

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

На заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
Председатель Учебно-методического совета
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому и дополнительному
профессиональному образованию,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности

31.08.75 «Стоматология ортопедическая»

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,

д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

И.В. Орлова

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
стоматологии;

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

« 31 » 08

2021 г., протокол заседания №

1

стоматологии;

Заведующий кафедрой

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ
Перечень компетенций и этапы их формирования по уровням освоения.

№ п/ п	Номер/ индекс с компете- нции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
Универсальные компетенции					
1.	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию.	Излагать самостоятельно точку зрения, анализировать и логически мыслить, словесно оформлять публичное выступление, аргументировать, вести дискуссии.	Соотношение мнения, веры, понимания, интерпретации и знания. Рациональное и эмпирическое познание. Иррациональное познание: интуиция в медицине. Отражение мира в сознании как познание.
2.	УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	Тенденции культурной универсализации в мировом современном процессе. Культура и природа. Культура и общество. Особенности правового регулирования профессиональной деятельности.	Регулировать труд медицинских работников. ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста;	Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; иностранным языком в объеме, необходимом для возможности получения информации из зарубежных источников.
3.	УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического	Основные направления психологии, общие и индивидуальные особенности психики детей, подростков и взрослого человека, психологию личности и малых групп. Объект, предмет, задачи, функции, методы педагогики.	Анализировать и оценивать объекты, предметы, задачи, функции, методы педагогики. Ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о педагогике, применять нормы законодательства в конкретных	Основными категориями педагогики: образованием, воспитанием, обучением, педагогической деятельностью, педагогическим взаимодействием, педагогической технологией. Медицинской педагогикой.

		о образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.		практических ситуациях;	Педагогическими аспектами профессиональной деятельности врача. Обучением больных, медицинского персонала. Обучающие программы в работе с семьей пациента.
--	--	--	--	-------------------------	---

Профессиональные компетенции

4.	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение	Основные закономерности развития и жизнедеятельности организма человека, гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования. Анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития организма человека, функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах.	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Пользоваться лабораторным оборудованием. Проводить статистическую обработку экспериментальных данных. Обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного.	Базовыми технологиями преобразования информации Методами изучения наследственности (цитологический, генеалогический, близнецовый). Основами врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи. Основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов.
----	-------------	---	---	---	---

		вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.			
5.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Проблемы медикосанитарной и стоматологической помощи лицам, связанные с проблемами; осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний; принципы диспансерного стоматологического наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения.	Уметь анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи состоянию здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.	Оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп. Алгоритмом постановки предварительного диагноза, при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам.
6.	ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	Основные принципы диагностики, лечения и реабилитации инфекционных больных; показания к реабилитации. Эпидемиологию инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний, осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях.	Уметь использовать медицинскую информацию. Дать характеристику биологических препаратов, используемых для лечения. Выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
7.	ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	Теоретические основы информатики, сбор, хранение, поиск, переработка, преобразование информации в медицинских биологических системах, использование информационных систем.	Использовать информационные компьютерные системы в медицине и здравоохранении.	Сбором, хранением, поиском, переработкой, преобразованием информации в медицинских и биологических системах.

8.	ПК-5	Готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме; клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях	Интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; Сформулировать клинический диагноз. вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	Алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным.
9	ПК-6	Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.	Основы страховой медицины в Российской Федерации, структуру современной системы здравоохранения Российской Федерации; особенности работы врача-стоматолога при заключении договоров на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования с пациентами, с любыми предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном законом порядке	Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; Правовыми основами по проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.
10	ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи	Методы диагностики, лечения и профилактики ортопедических заболеваний у детей. Общую характеристику и особенности течения мультифакториальных болезней; принципы классификации патологии человека с ортодонтологической	Установить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику; клинику наиболее распространенных мультифакториальных болезней;	Новейшими методами исследования, применяемыми в ортопедической стоматологии. Знаниями о современных материалах, применяемых в ортопедической стоматологии. Современными

			точки зрения		методами лечения, применяемыми в стоматологии
11.	ПК-8	готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Виды и методы современной анестезии; способы и методы профилактики послеоперационных осложнений; особенности проведения интенсивной терапии; особенности организации оказания медицинской помощи, проведения реанимационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях, при катастрофах в мирное и военное время	Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия при заболеваниях челюстно-лицевой области	Методами инфильтрационной и проводниковой анестезии в полости рта для проведения хирургического, хирургического, ортопедического и ортопедического лечения, устранения возможных осложнений при проведении анестезии у детей и взрослых
12.	ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; характеристики воздействия физических факторов на организм; физические основы функционирования медицинской аппаратуры; правила использования ионизирующего облучения и риски, связанные с их воздействием на биологические ткани; методы защиты и снижения дозы воздействия; принципы, лежащие в основе стомат.радиографии.	Пользоваться физиотерапевтическим оборудованием; работать с увеличительной техникой при изучении физики, химии, биологии; работать с увеличительной техникой; проводить статистическую обработку экспериментальных данных; анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для стоматологического лечения больных;	Медицинским и стоматологическим инструментарием; основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных стоматологических заболеваний и патологических процессов. Методами реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии.

13.	ПК-10	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Учение о здоровье детского и взрослого населения, методах его сохранения; взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родственники»;	Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи;	Навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких;
14.	ПК-11	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	Современные полиотологические школы. Гражданское общество, его происхождение и особенности. Политический менеджмент. Государство и право. Мед. право. Права пациентов и медицинских работников. Трудовую дисциплину и ответственность за ее нарушение.	Применять правовые основания управления здравоохранения. Пользоваться основами законодательства РФ об охране здоровья граждан. Регулировать труд медицинских работников. Заключать трудовой договор (контракт).	Медицинским правом, биоэтикой и деонтологией – важными нормативными системами в сфере охраны здоровья граждан. Врачебной тайной. Актуальными проблемами медицины и права.
15	ПК-12	готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Конкуренцию, структуру рынка. Оценка результатов стоматологической деятельности. Основы маркетинга.	Организовать мед. помощь населению. Оценивать показ. здоровья населения, бюджетно-страхов. медицину.	Методами планирования, финансирования и экономики здравоохранения. Владеть медицинской статистикой.

1 6	ПК-13	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Методы проведения неотложных, реанимационных мероприятий в ЧС, при катастрофах, в мирное и военное время.	Выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в ЧС.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагност. и леч. мероприятий. по оказ. перв. врачебной пом. при ЧС.
--------	--------------	---	---	--	--

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.75 «Стоматология ортопедическая»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б1.Б.1 «Стоматология ортопедическая»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-11 ПК-12	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»	УК-1 УК-2 ПК-1 ПК-4 ПК-6 ПК-10 ПК-11 ПК-12	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
3.	Б1.Б.3 «Педагогика»	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-10	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
4.	Б1.Б.4 «Патология»	УК-1 ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
5.	Б1.Б.5 «Медицина чрезвычайных ситуаций»	УК-1 ПК-3 ПК-8 ПК-13	- тесты	- тестирование
6.	Б1.В.ОД.1 «Стоматология терапевтическая»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9 ПК-10	- вопросы - тесты	- устно - тестирование

7.	Б1.В.ДВ.1 «Имплантология»	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
8.	Б1.В.ДВ.2 «Стоматология хирургическая»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9 ПК-10	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
9.	Б2.1 Производственная практика (базовая часть)	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
10.	Б2.2 Производственная практика (вариативная часть)	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

Матрица компетенций выпускника, формируемых в результате освоения аккредитуемой ОП по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая

Индекс	Наименование учебных циклов, разделов, модулей, практик и ГИА	УК-1	УК-2	УК-3	ПК-1	ПК-2	ПК-3	ПК-4	ПК-5	ПК-6	ПК-7	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК-11	ПК-12	Промежуточная аттестация	Семестр
Б1.Б	Базовая часть																	
Б1.Б.1	Стоматология ортопедическая	+			+	+			+	+		+		+	+		1,2,3,4	1,2
Б1.Б.2	Общественное здоровье и здравоохранение	+	+		+			+					+	+	+			1
Б1.Б.3	Педагогика	+	+	+									+					2
Б1.Б.4	Микробиология	+																1
Б1.Б.5	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	+					+				+					+		2
<i>Б1.В</i>	<i>Вариативная часть</i>																	
<i>Б1.В.ОД</i>	<i>Обязательные дисциплины</i>																	
Б1.В.ОД.1	Стоматология терапевтическая	+			+	+	+		+	+		+						1
<i>Б1.В.ДВ</i>	<i>Дисциплины по выбору</i>																	
Б1.В.ДВ.1.1	Имплантология	+			+	+			+	+								2
Б1.В.ДВ.1.2	Стоматология хирургическая	+						+						+	+			2
Б2	Практики																	
Б2.1	Производственная практика (Баз)	+			+	+	+		+	+	+	+	+				2,3,4	2,3,4
Б2.2	Производственная практика (Вар)	+			+	+			+	+		+	+				4	4
Б3	Государственная итоговая аттестация	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		4

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ

знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности

31.08.75 «Стоматология ортопедическая»

Перечень вопросов для проведения устного собеседования

1. Ортопедическая стоматология, ее разделы. Связь ортопедической стоматологии с другими разделами специальности и медицинскими дисциплинами.
2. Оборудование, оснащение и инструментарий кабинета ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории. Организация рабочего места врача стоматолога-ортопеда.
3. Санитарно-гигиенические нормативы врачебного кабинета и зуботехнической лаборатории
4. Техника безопасности при работе в ортопедическом отделении, кабинете, зуботехнической лаборатории. Гигиена труда врача стоматолога-ортопеда.
5. Пути распространения инфекции в ортопедическом отделении. Профилактика СПИДа и гепатита В на ортопедическом приеме.
6. Обеспечение эпидемиологической безопасности на стоматологическом приеме. Дезинфекция и стерилизация инструментов, оттисков, зубных протезов на этапах изготовления.
7. Анатомия и физиология челюстно-лицевой системы. Функциональная анатомия нижней челюсти
8. Функциональная анатомия верхней челюсти. Контрфорсы верхней челюсти.
9. Зубы и зубные ряды. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубных рядов верхней и нижней челюстей. Понятие о зубной, альвеолярной и базальной дугах.
10. Оклюзионная поверхность зубных рядов. Оклюзионные кривые и их функциональное значение.
11. Биомеханика нижней челюсти. Сагиттальные движения нижней челюсти. Сагиттальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
12. Биомеханика нижней челюсти. Трансверзальные движения нижней челюсти. Трансверзальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
13. Артикуляция и окклюзия зубных рядов. Виды окклюзий, их характеристики.
14. Прикус, его физиологические и патологические разновидности. Морфологическая характеристика ортогнатического прикуса.
15. Анатомия и физиология пародонта. Периодонт, его функции. Выносливость пародонта к жевательной нагрузке.
16. Жевательные и мимические мышцы и их функциональная характеристика.
17. Абсолютная сила жевательных мышц и выносливость пародонта. Жевательное давление, жевательная эффективность. Методы исследования жевательной функции, их оценка.
18. Строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки.
19. Височно-нижнечелюстной сустав. Строение, возрастные особенности. Движения в суставе.
20. Обследование больного в клинике ортопедической стоматологии.

21. Документация отделения ортопедической стоматологии. Схема истории болезни ортопедического стоматологического больного. Субъективные и объективные методы обследования
22. Вспомогательные методы обследования ортопедического стоматологического больного. Одонтопародонтограмма, ее значение в планировании конструкции зубного протеза, при лечении заболеваний тканей пародонта.
23. Статические и функциональные методы определения жевательной эффективности. Их значение.
24. Диагноз в клинике ортопедической стоматологии, его структура и значение для планирования лечения.
25. Частичное отсутствие зубов. Классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди, Бетельману, Гаврилову.
26. Специальные терапевтические и хирургические мероприятия при подготовке полости рта к протезированию.
27. Специальная ортопедическая подготовка полости рта к протезированию при частичном отсутствии зубов, осложненном зубо-альвеолярным удлинением.
28. Вторичные деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. Классификация. Этиология, клиника мезио-дистального перемещения зубов. Методы лечения, профилактика.
29. Зубо-альвеолярное удлинение, формы, клиника. Дифференциальная диагностика. Ортопедические и комплексные методы лечения. Показания к выбору метода лечения.
30. Классификация дефектов твердых тканей зубов. Виды зубных протезов, применяемых для лечения патологии твердых тканей зубов.
31. Психотерапевтическая подготовка пациентов к ортопедическим мероприятиям. Современные методы обезболивания при препаровке зубов.
32. Классификация искусственных коронок. Требования, которым должны соответствовать искусственные коронки (металлические, пластмассовые, комбинированные).
33. Общие показания и противопоказания (относительные и абсолютные) к ортопедическому лечению искусственными коронками.
34. Клинико-лабораторные этапы изготовления металлической штампованной коронки. Показания к протезированию.
35. Техника препаровки зубов при протезировании металлическими штампованными коронками: принципы, последовательность, ошибки. Профилактика возможных осложнений.
36. Пластмассовые коронки: показания к изготовлению, особенности препаровки, клинико-лабораторные этапы изготовления.
37. Комбинированные металлопластмассовые коронки: показания к изготовлению, виды комбинированных коронок. Клинико-лабораторные этапы изготовления коронки по Белкину.
38. Микропротезирование: вкладки. Показания к протезированию вкладками. Принципы формирования полостей под вкладки. Прямой метод изготовления вкладок.
39. Микропротезирование: вкладки. Классификации полостей под вкладки. Косвенный способ изготовления вкладок. Материалы для изготовления.
40. Ортопедическое лечение литыми цельнометаллическими коронками: показания к изготовлению, клинико-лабораторные этапы, особенности препаровки.
41. Металлокерамические коронки: показания к применению, клинико-лабораторные этапы изготовления.
42. Принципы и методика препарирования зубов под металлокерамические коронки. Критерии оценки качества препарирования. Ошибки и осложнения.

43. Временные (провизорные) коронки на этапах изготовления металлокерамических протезов. Показания, способы изготовления.
44. Методики получения оттисков при изготовлении металлокерамических конструкций зубных протезов. Материалы для получения оттисков.
45. Методы протезирования при полном отсутствии коронковой части зуба. Показания к сохранению и использованию корней зубов.
46. Штифтовые зубы. Показания к их применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления штифтового зуба по Ричмонду.
47. Особенности конструкции штифтовых зубов по Ильиной-Маркосян, Ахмедову. Клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассового штифтового зуба.
48. Клинико-лабораторные этапы протезирования коронками с изготовлением литой искусственной культи зуба. Литые культовые штифтовые вкладки. Показания к применению. Прямой и косвенный методы изготовления.
49. Протезирование дефектов зубных рядов мостовидными протезами. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления. Особенности препаровки опорных зубов.
50. Виды мостовидных протезов. Характеристика опорных элементов. Особенности протезирования при конвергенции опорных зубов.
51. Показания к применению мостовидных протезов с односторонней опорой. Выбор опорных зубов.
52. Адгезивные мостовидные протезы. Показания к применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
53. Ошибки и осложнения при протезировании мостовидными протезами. Мероприятия, направленные на предупреждение осложнений.
54. Неотложная стоматологическая ортопедическая помощь.
55. Основные симптомы клиники частичного отсутствия зубов. Понятие о функциональной перегрузке зубов. Травматическая окклюзия, ее виды.
56. Показания к протезированию съемными конструкциями зубных протезов. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичных съемных пластиночных протезов.
57. Составные части съемных протезов. Границы базисов протезов на верхней и нижней челюстях.
58. Способы фиксации частичных съемных пластиночных протезов. Кламмерная фиксация. Кламмер, его части. Виды кламмеров. Кламмерная линия.
59. Оттиски, их классификация. Оттискные ложки, правила подбора оттискных ложек. Методика получения анатомического оттиска с верхней челюсти гипсом.
60. Методика получения анатомического гипсового оттиска с нижней челюсти. Оценка качества оттисков.
61. Получение анатомических оттисков эластическими, термопластическими оттискными массами. Одно - и двухэтапная методики получения комбинированных оттисков.
62. Методика определения центрального соотношения челюстей при частичных дефектах зубных рядов при фиксированной и нефиксированной высоте прикуса.
63. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей, выявляемые на клиническом этапе проверки конструкции частичного съемного протеза. Способы устранения.
64. Компрессионное прессование пластмасс при изготовлении съемных протезов. Способы гипсовки восковых композиций протезов в кюветы. Их сравнительная характеристика.
65. Клинический этап припасовки и наложения частичного съемного протеза в полости рта. Коррекция выявленных недостатков.
66. Непосредственное протезирование при частичном отсутствии зубов. Показания. Способы изготовления имедиат-протезов.

67. Проблема концевое седла. Типы альвеолярных отростков по Эльбрехту. Особенности протезирования пациентов с односторонними и двухсторонними дефектами зубных рядов.
68. Особенности ортопедического лечения при одиночно сохранившихся зубах на верхней и нижней челюстях.
69. Бюгельные протезы, их составные части (назначение, требования). Показания и противопоказания к применению бюгельных протезов.
70. Способы фиксации бюгельных протезов. Виды опорно-удерживающих кламмеров, их характеристика, показания к применению.
71. Параллелометр. Цель, задачи и сущность методов параллелометрии при изготовлении бюгельных протезов.
72. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.
73. Характеристика метода литья каркасов бюгельных протезов на огнеупорных моделях. Материалы для изготовления дублирующей формы. Преимущества метода перед методом безмодельного литья.
74. Клиника полного отсутствия зубов. Характеристика тканей протезного ложа беззубых челюстей. Классификации беззубых челюстей (Шредера, Келлера, Оксмана).
75. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа (классификация слизистой по Суппле).
76. Методы фиксации полных съемных пластиночных протезов. Понятие «клапанная зона».
77. Индивидуальные ложки: методы изготовления. Методика припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть. Техника получения функционального оттиска с формированием краев по Гербсту и Боянову.
78. Функциональные оттиски. Способы получения функциональных оттисков, выбор оттисковых материалов.
79. Методика припасовки индивидуальной ложки на нижнюю челюсть. Техника получения функционального оттиска с формированием краев по Гербсту и Боянову.
80. Определение центрального соотношения беззубых челюстей. Использование жестких базисов при определении центрального соотношения.
81. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей у пациентов с полным отсутствием зубов. Причины, методы устранения.
82. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти. Постановка искусственных зубов в полных съемных протезах. Антропометрические ориентиры и клинические методы определения положения, формы и величины искусственных зубов.
83. Особенности постановки искусственных зубов в полных съемных пластиночных протезах при прогнатическом и прогеническом соотношении беззубых челюстей.
84. Проверка конструкции полных съемных пластиночных протезов: возможные ошибки, их причины, методы исправления. Объемное моделирование.
85. Сравнительная характеристика компрессионного и литьевого прессования пластмасс при изготовлении полных съемных протезов.
86. Припасовка и наложение полных съемных протезов. Рекомендации. Возможные осложнения при пользовании протезами и методы их устранения. Физиологические механизмы привыкания к съемным протезам. Коррекция протезов.
87. Частичное отсутствие зубов. Классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди, Бетельману, Гаврилову.
88. Влияние пластиночных протезов на ткани протезного ложа (побочное, травматическое, токсическое, аллергическое) Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

89. Причины переломов базисов съемных протезов. Методы починок. Методика проведения этапа уточнения рельефа протезного ложа ускоренным и лабораторным способами.
90. Дезинфекция оттисков из различных материалов и протезов на этапах изготовления: актуальность, методика, режим. Документальное обоснование.
91. Классификация ортопедических аппаратов, применяемых в челюстно-лицевой ортопедии.
92. 2.Ортопедическое лечение переломов челюстей.
93. 3.Ортопедическое лечение переломов альвеолярного отростка. Ортопедическое лечение переломов верхней челюсти.
94. 4.Ортопедическое лечение переломов нижней челюсти.
95. 5.Протезирование при ложных суставах нижней челюсти.
96. 6.Протезирование и лечение пациентов при неправильно сросшихся переломах челюстей.
97. 7.Лечение пациентов с неправильно сросшимися переломами челюстей при полностью сохранившихся зубных рядах.
98. 8.Лечение пациентов с неправильно сросшимися переломами челюстей при частичной потере зубов.
99. 9.Контрактура нижней челюсти. Профилактика и лечение.
100. 10.Протезирование после резекции альвеолярного отростка верхней челюсти.
101. 11.Протезирование после резекции альвеолярного отростка нижней челюсти и полного удаления нижней челюсти.
102. 12.Протезирование приобретенных дефектов твердого и мягкого неба.
103. 13.Протезирование врожденных дефектов твердого и мягкого неба.
104. 14.Экзопротезы. Протезирование при дефектах лица.
105. 15.Ортопедическое лечение при зияющих дефектах глотки и шейного отдела пищевода.
106. 16.Миогимнастика и механотерапия при лечении больных с дефектами челюстно-лицевой области.
107. Заболевания тканей пародонта. Этиология, патогенез. Классификация. Дифференциальная диагностика пародонтитов и пародонтоза.
108. Травматическая окклюзия как этиологический фактор в патогенезе заболеваний пародонта. Классификация травматической окклюзии. Диагностика. Методы устранения, профилактика.
109. Ортопедические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта. Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов: показания, методика проведения этапов.
110. Виды стабилизации зубных рядов, биомеханические основы шинирования при пародонтите. Показания к включению зубов в шину.
111. Виды шинирования при пародонтитах. Классификация шин. Сравнительная оценка съемных и несъемных шинирующих конструкций.
112. Временное шинирование при лечении заболеваний пародонта. Значение временного шинирования в комплексной терапии пародонтитов.
113. Виды постоянных шинирующих конструкций, применяемых для лечения заболеваний пародонта. Показания к применению, особенности изготовления, преимущества и недостатки.
114. Особенности ортопедического лечения пародонтита, осложненного частичным отсутствием зубов.
115. Классификация заболеваний ВНЧС. Этиология и патогенез заболеваний ВНЧС.
116. Диагностика и клиника заболеваний ВНЧС. Методы консервативного лечения заболеваний ВНЧС.

117. Ортопедическое лечение привычного вывиха и подвывиха нижней челюсти.
118. Аппараты для ортопедического лечения заболеваний ВНЧС.
119. Медикаментозное лечение, физиотерапия и ЛФК при заболеваниях ВНЧС.
120. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Компенсированная форма. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
121. Декомпенсированная форма повышенной стираемости твердых тканей зубов. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» – всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» – полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» – знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» – обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Задачи для проведения собеседования

Клиническая задача № 1

Пациент Н., 20 лет, предъявляет жалобы на аномалию положения коронки 23 зуба, что, по его мнению, грубо нарушает эстетику лица.

23 зуб не депульпирован, в цвете не изменен, имеет вестибулярное положение. Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. От ортодонтического лечения пациент отказывается.

Зубная формула:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Вопросы:

- 1..План психологической и психомедикаментозной подготовки больного к протезированию.
- 2..План подготовки зуба при протезировании облицовкой или искусственной коронкой.

Клиническая задача № 2

Пациентка У., 22 лет, обратилась с жалобами на нарушение эстетики в результате потери 25 зуба. Прикус ортогнатический. Зубы устойчивые. На окклюзионной поверхности зуба 24 имеется полость средней глубины. Зондирование её безболезненно.

Зубная формула:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Вопросы:

1.Поставьте диагноз и составьте план лечения. Отметьте вероятные причины возникновения дефекта коронковой части 24 зуба. Классифицируйте его и предположите возможные нарушения при наличии подобных дефектов.

2. Показания к применению вкладок при описанной клинической картине.

Клиническая задача № 3

Больной Т., 20 лет, явившийся на консультацию к ортопеду-стоматологу, предъявляет жалобы на плохую фиксацию и изменение цвета пломбы, восстанавливающей дефект режущего края зуба 11. В течение года замена пломбы проводилась 2 раза.

Зубная формула:

							П								
							п								
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

При зондировании отмечено плохое краевое прилегание пломбировочного материала к тканям зуба в области режущего края зуба 11. Прикус ортогнатический. Зуб 11 депульпирован, устойчивый, перкуссия и зондирование безболезненны. На рентгенограмме определяется хорошо проходимый канал корня, заполненный пломбировочным материалом на 2/3 его длины. В области верхушки корня обнаружена резорбция костной ткани.

Вопросы:

Какие методы специальной подготовки требуются в данном случае?

Правила препарирования твердых тканей зубов при протезировании вкладками, облицовками и искусственными коронками. Режущие инструменты.

Клиническая задача № 4

Пациент Р., 24 лет, обратился к ортопеду-стоматологу по поводу разрушения коронки 36 зуба.

При осмотре 36 зуба выявлено почти полное разрушение его коронки до десневого края. Имеется сохранившаяся дистальная стенка, дно полости при зондировании безболезненно, имеется большое количество гнилостных масс. Окружающая слизистая оболочка отечна, при пальпации болезненна. На рентгенограмме двухлетней давности в области 36 зуба имеется очаг разрежения костной ткани с ровными краями в области дистального корня.

Зубная формула:

							П								
							п								
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Вопросы:

Назовите методы дополнительного обследования пациентки.

Определите врачебную тактику при конкретной клинической картине.

Клиническая задача №5

Пациентка М., 58 лет, обратилась к заведующему ортопедическим отделением с жалобой на врача-ортопеда в связи с предложением ей удалить оставшиеся зубы верхней челюсти. Ранее ортопедического лечения не проводилось.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено следующее: слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений; прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; частичная потеря зубов (двусторонний концевой дефект верхнего зубного ряда ограничен 13 и 23 зубами; двусторонний концевой дефект нижнего зубного ряда ограничен 33 и 43 зубами); 11, 12, 13, 21, 22, 23 зубы имеют патологическую подвижность III степени с обнажением корней на $\frac{1}{2}$ их длины и веерообразным расхождением под углом 45° ; 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубы имеют патологическую подвижность II степени с обнажением корней на $\frac{1}{4}$; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	III	III	III	III	III	III	0	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0	0

Вопросы:

Какую форму травматической окклюзии можно предположить у пациентки, первичную или вторичную?

Назовите специальные методы подготовки полости рта пациентки М. к протезированию.

Клиническая задача № 6

Пациенту 34 года. Обратился к ортопеду-стоматологу с жалобами на подвижность передних зубов нижней челюсти и кровоточивость дёсен.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта: прикус ортогнатический, отсутствующих зубов нет; на язычной поверхности передних зубов нижней челюсти имеются зубные отложения. Десневой край в области указанных зубов воспален, отечен; уздечки верхней губы и верхние щечные уздечки прикрепляются у основания альвеолярного отростка; на нижней челюсти – на скате альвеолярной части; 31, 32, 41, 42 зубы имеют патологическую подвижность II степени.

Вопросы:

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для постановки диагноза?

Какие мероприятия необходимы для санации полости рта данного больного?

Клиническая задача № 7

Пациент 47 лет обратился к врачу ортопеду-стоматологу с целью протезирования полости рта.

Пациент протезирован частичными съёмными пластиночными протезами 8 лет назад, но пользоваться протезом на нижней челюсти не смог и за последние 8 лет утратил шесть зубов.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	II	0	0	0	0	II	II	II	II	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	II	II	0	0	0	0	0	II	II	II	0	0	0

Сохранившиеся зубы имеют патологическую подвижность II степени, с обнажением корней зубов на 1/3. Слизистая оболочка полости рта бледная, атрофичная, без воспалительных явлений.

Вопросы:

Поставьте диагноз, определите класс зубного ряда верхней и нижней челюсти с дефектами. Типы конструкций шинирующих протезов.

Клиническая задача № 8

Пациентка 36 лет обратилась к ортопеду-стоматологу с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Больная 7 лет страдает сахарным диабетом.

Зубная формула:

0	II	0	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	0	II	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	II	II	II	II	II	0	0	0	0	II	II	II	II	II	0

Передние зубы нижней челюсти удалены 2 месяца назад из-за патологической подвижности IV степени. Остальные зубы имеют II степень подвижности с обнажением корней на 1/4. их высоты. 11, 12, 21, 22 зубов имеют веерообразное расхождение с диастемой шириной 0,5 см.

Вопросы:

Какие специалисты должны принять участие в подготовке больной к протезированию?

Виды съёмных конструкций шинирующих протезов.

Клиническая задача № 9

Пациент 40 лет обратился к ортопеду-стоматологу с жалобами на подвижность передних зубов нижней челюсти.

Зубная формула:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
					II	II	II	II							

Все зубы интактные. Передние зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 1/2 их коронок. Зубы 41, 42, 31, 32 имеют патологическую подвижность II степени. Язычная поверхность этих зубов покрыта зубными отложениями.

Вопросы:

Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза?

Какие методы обезболивания следует использовать при препарировании зубов?

Клиническая задача № 10

Пациентка 51 года обратилась к ортопеду-стоматологу с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	O	O	O	II	II	II	II	II	II	II	O	O	O	O	0

Сохранившиеся зубы верхней и нижней челюстей имеют патологическую подвижность II степени. Прикус глубокий травмирующий.

Вопросы:

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Особенности получения оттисков при подвижности зубов.

Клиническая задача № 11

Пациентка 38 лет обратилась к ортопеду-стоматологу с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи.

Внешний вид больной: уменьшение высоты нижнего отдела лица, западение верхней губы, выдвижение подбородка. Прикус мезиальный с перекрытием передними зубами нижней челюсти передних зубов верхней челюсти на $\frac{1}{2}$ высоты коронок.

Зубная формула:

0		П	0									0			0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	0	II	II	III	III	III	III	II	0	0	0	0	0

Коронка 16 зуба разрушена на $\frac{2}{3}$, частично восстановлена пломбой. На нижней челюсти сохранившиеся зубы имеют патологическую подвижность II-III степени с обнажением корней на $\frac{1}{3}$ их высоты.

Вопросы:

Какие дополнительные методы исследований необходимо провести для постановки диагноза?

С какими специалистами необходима консультация данной больной?

Клиническая задача № 12

Пациент 60 лет обратился к ортопеду-стоматологу по поводу протезирования. Ранее неоднократно в течение 15 лет протезирован съёмными пластиночными протезами.

Последними протезами пользуется 6 лет.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	0	0	II	0	0	0	0	II	0	0	0	0	0

Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти неравномерная, резко выраженная в переднем отделе. Слизистая оболочка бледная, атрофичная, тонкая. Нёбный торус выражен умеренно. Зубы 43 и 33 имеют патологическую подвижность II степени с обнажением корня на $\frac{1}{4}$ его высоты. Искусственные зубы на протезах верхней и нижней челюсти стёрты, межальвеолярная высота снижена.

Вопросы:

Поставьте диагноз, используя различные классификации беззубых челюстей.

Определите план специальной подготовки полости рта пациента к протезированию.

Клиническая задача № 13

Пациентка О., 42 лет, обратилась к стоматологу по поводу дефекта коронки 21 зуба в результате автомобильной аварии, произошедшей 5 дней назад.

При осмотре отмечен перелом коронки 21 зуба на уровне экватора зуба. Ранее зуб был депульпирован и неоднократно пломбирован. Культи коронки зуба устойчива, перкуссия и зондирование по линии перелома безболезненны. Прикус ортогнатический.

Вопросы:

Назовите методы дополнительного обследования пациентки.

Обсудите различные варианты протезирования пациентки (штифтовые зубы, коронки на искусственной культе).

Клиническая задача № 14

Больной Р., 50 лет, обратился с жалобами на затрудненное разжевывание пищи из-за частичной потери зубов.

Из анамнеза стало известно, что зубы удалялись постепенно в течение всей жизни в результате осложненного кариеса, последнее удаление было полгода назад. Протезами раньше не пользовался.

Объективно: лицо симметричное, высота нижней части лица уменьшена, носогубные, подбородочные складки выражены, имеется западание щек. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, влажная, блестящая. Зубы устойчивы.

Зубная формула:

0	0	0	0			0	0				0	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0		0				0	0				0	0	0

Вопросы:

Что необходимо для окончательного обследования пациента?

Особенности протезирования больного при указанной клинической картине.

Клиническая задача № 15

Пациент В, 38 лет, обратился к ортопеду-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи и подвижность 46 зуба. Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено следующее: прикус ортогнатический; слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений; прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; мостовидный протез из металлокерамики с опорой на 14, 15, 17; частичная потеря зубов (односторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти ограничен 25 зубом; комбинированный дефект нижнего зубного ряда); 46 имеет патологическую подвижность II степени, перкуссия его умеренно болезненная; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

	К	0	К	К									0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	0	П	0	0								0	0	0	

Вопросы:

Дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза. Поставьте предварительный диагноз.

Ваш план мероприятий по подготовке к протезированию.

Критерии оценки:

«Отлично» – правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» – правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» – правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» – правильные ответы даны на менее ½ вопросов, выполнены менее ½ заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Тесты

001. Артикуляция – это
- 1) вид смыкания зубов в центральной окклюзии
 - 2) всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые с помощью жевательных мышц
 - 3) вид смыкания зубов в передней окклюзии
 - 4) вид смыкания зубов в боковой окклюзии
 - 5) цепь сменяющих друг друга окклюзий
 - 6) 2+5
002. Прикус – это характер смыкания зубов в положении окклюзии
- 1) центральной
 - 2) боковой
 - 3) передней
 - 4) задней
003. К нормальному прикусу относится
- 1) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов
 - 2) глубокий прикус
 - 3) ортогнатический прикус
 - 4) прямой прикус
004. В норме, после прорезывания постоянных зубов образуются
- 1) межзубные площадки
 - 2) межзубные промежутки
 - 3) межзубные контакты
005. Базальную дугу образуют
- 1) режущий край и жевательные поверхности зубов
 - 2) верхушки корней
 - 3) гребень альвеолярной части
006. На верхней челюсти самой широкой дугой является
- 1) альвеолярная дуга
 - 2) базальная дуга
 - 3) зубная дуга
007. На нижней челюсти во время пережевывания твердой пищи на моляры действует сила
- 1) 20–30 кг
 - 2) 10–15 кг
 - 3) 5–10 кг
008. Двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц достигается
- 1) передняя окклюзия
 - 2) центральная окклюзия

- 3) задняя окклюзия
 - 4) боковая окклюзия
009. Контакт мезиального щечного бугорка верхнего правого моляра с дистальным щечным бугорком одноименного нижнего моляра в положении центральной окклюзии подразумевает наличие
- 1) дистального прикуса
 - 2) мезиального прикуса
 - 3) ортогнатического прикуса
 - 4) перекрестного прикуса
010. К мышцам опускающим нижнюю челюсть относятся
- 1) m.pterygoideusmedialis
 - 2) m.mylohyoideus
 - 3) m.geniohyoideus
 - 4) m.digastricus
 - 5) 1+2+3
 - 6) 2+3+4
011. Угол сагиттального суставного пути равен
- 1) 17°
 - 2) 110°
 - 3) 60°
 - 4) 33°
012. Угол бокового суставного пути (угол Беннетта) равен
- 1) 110°
 - 2) 30°
 - 3) 17°
 - 4) 60°
013. Угол сагиттального резцового пути равен
- 1) 30°
 - 2) 45°
 - 3) 110°
 - 4) 17°
014. Угол бокового резцового пути равен
- 1) 110°
 - 2) 17°
 - 3) 30°
 - 4) 60°
015. Воображаемая линия от козелка уха до нижнего края крыла носа
- 1) камперовская горизонталь
 - 2) франкфуртская горизонталь
 - 3) протетическая горизонталь
016. Воображаемая линия от нижнего края орбиты

до верхнего края наружного слухового прохода называется

- 1) камперовской горизонталью
- 2) франкфуртской горизонталью
- 3) протетической плоскостью

017. В какой фазе жевания происходит смыкание зубов на рабочей стороне – одноименными бугорками, а на балансирующей – разноименными?

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

018. На верхней челюсти различают контрфорсы

- 1) лобно–носовой
- 2) резцовый
- 3) скуловой
- 4) небный
- 5) крылонебный
- 6) 1+3+4+5

019. Трехпунктный контакт Бонвиля возможен

- 1) в центральной окклюзии
- 2) в боковой окклюзии
- 3) в передней окклюзии
- 4) в задней окклюзии

020. Для какого прикуса характерны такие лицевые признаки как западение нижней губы и выступание верхней губы?

- 1) мезиального прикуса
- 2) дистального прикуса
- 3) глубокого прикуса
- 4) открытого прикуса
- 5) перекрестного прикуса
- 6) 2+3

021. Какой симптом является общим для некоторых форм дистального и глубокого прикуса?

- 1) смыкание боковых зубов как и при ортогнатическом прикусе
- 2) пересечение верхнего и нижнего зубных рядов
- 3) отсутствие режуще–бугоркового контакта передних зубов

022. Смещение нижней челюсти в сторону осуществляется мышцей

- 1) латеральной крыловидной при ее одностороннем сокращении
- 2) подбородочно–подъязычной
- 3) височной
- 4) медиальной крыловидной

023. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет:

- 1) выносливость пародонта

- 2) жевательную эффективность
024. Классификация зубных рядов с дефектами по Гаврилову включает
- 1) концевые, включенные, комбинированные дефекты
 - 2) включенные, концевые дефекты, одиночностоящие зубы
 - 3) концевые, включенные, комбинированные дефекты, одиночностоящие зубы
025. По классификации Кеннеди
- зубной ряд с двусторонним концевым дефектом относят
- 1) к первому классу
 - 2) к второму классу
 - 3) к третьему классу
 - 4) к четвертому классу
026. Клиническая шейка зуба соответствует
- 1) границе эмали и цемента корня
 - 2) границе над- и поддесневой части зуба
 - 3) экватору зуба
027. Анатомическая шейка зуба соответствует
- 1) границе эмали и цемента корня
 - 2) границе над- и поддесневой части зуба
 - 3) экватору зуба
028. Промежуток между центральными резцами называется
- 1) диастемой
 - 2) тремой
 - 3) расщелиной
029. Промежуток между зубами называют
- 1) диастемой
 - 2) тремой
 - 3) расщелиной
030. В состав пародонта входят
- 1) ткани десны
 - 2) ткани альвеолы
 - 3) периодонт
 - 4) цемент корня
 - 5) 1+2+3+4
 - 6) 1+2+4
031. Часть жевательной силы, используемой при пережевывании пищи, называется
- 1) жевательной нагрузкой
 - 2) жевательным давлением
 - 3) функциональной нагрузкой
030. В состав пародонта входят
- 1) ткани десны

- 2) ткани альвеолы
 - 3) периодонт
 - 4) цемент корня
 - 5) 1+2+3+4
 - 6) 1+2+4
034. Аномальным прикусом является
- 1) глубокий прикус
 - 2) прямой прикус
 - 3) ортогнатический прикус
 - 4) ортогнатический прикус с ретрузией передних зубов
035. Термин “аномалия” означает
- 1) отклонение от нормы, возникшее в период роста и развития организма
 - 2) отклонение от нормы, возникшее в процессе жизнедеятельности взрослого организма
 - 3) 1+2
036. Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов возникают
- 1) у детей
 - 2) у взрослых
 - 3) 1+2
037. К мышцам–выдвигателям нижней челюсти относятся
- 1) собственно жевательные мышцы
 - 2) височные мышцы
 - 3) крыловидные латеральные мышцы
 - 4) крыловидные медиальные мышцы
 - 5) все выше перечисленные мышцы
038. Мышцы–подниматели нижней челюсти
- 1) собственно жевательные мышцы
 - 2) височные мышцы
 - 3) крыловидные латеральные мышцы
 - 4) крыловидные медиальные мышцы
 - 5) челюстно–подъязычные мышцы
 - 6) 1+2+3
 - 7) 1+2+4
039. Классификация Келлера относится к беззубой
- 1) нижней челюсти
 - 2) верхней челюсти
 - 3) обеим челюстям
040. По классификации Оксмана значительная атрофия альвеолярного гребня беззубой челюсти относится
- 1) к первому типу
 - 2) ко второму типу
 - 3) к третьему типу
 - 4) к четвертому типу

041. При ортогнатическом прикусе зубная дуга имеет форму
- 1) верхняя – парабола, нижняя – полуэллипса
 - 2) верхняя – полуэллипса, нижняя – парабола
 - 3) верхняя – полуэллипса, нижняя – трапецевидная
 - 4) верхняя – седловидная, нижняя – парабола
042. Смыкание зубных рядов или отдельных групп зубов–антагонистов в течение большего или меньшего отрезка времени называется
- 1) окклюзией
 - 2) артикуляцией
 - 3) прикусом
 - 4) 1+2+3
043. Головка нижней челюсти, справа, слегка вращаясь, остается у основания суставного бугорка, а слева она смещается книзу – что соответствует
- 1) центральной окклюзии
 - 2) передней окклюзии
 - 3) правой боковой окклюзии
 - 4) левой боковой окклюзии
 - 5) задней окклюзии
044. Центральное соотношение челюстей – это
- 1) такое соотношение челюстей, при котором головки нижней челюсти занимают наиболее дистальное положение в суставной ямке, при котором возможны ее боковые смещения
 - 2) такое соотношение челюстей, при котором головки нижней челюсти занимают наиболее переднее положение в суставной ямке, при котором возможны ее боковые смещения
 - 3) такое соотношение челюстей, при котором имеются множественные межзубные окклюзионные контакты
 - 4) 1+3
045. Высота нижней части лица, измеряемая при сомкнутых зубах, называется
- 1) высотой относительного функционального покоя
 - 2) окклюзионной высотой
 - 3) 1+2
046. Основоположником гнатостатической методики получения и изучения диагностических моделей челюстей является
- 1) Шварц
 - 2) Коркгауз
 - 3) Брюкль
 - 4) Симон
 - 5) Герлах
047. Диагностические модели челюстей изучают в трех взаимно перпендикулярных плоскостях
- 1) трансверсальной, сагиттальной, вертикальной

- 2) трансверзальной, сагиттальной, горизонтальной
 - 3) сагиттальной, вертикальной, переднезадней
 - 4) трансверзальной, горизонтальной, вертикальной
048. Метод, позволяющий изучить местоположение зубов в трансверзальном и сагиттальном направлениях
- 1) параллелография
 - 2) симметроскопия
 - 3) параллелометрия
049. Метод исследования диагностических моделей челюстей с последующим их фотографированием в определенном режиме
- 1) симметрография
 - 2) фотосимметроскопия
 - 3) симметроскопия
050. В положении центральной окклюзии перекрытие нижних зубов верхними свыше 1/2 высоты коронок с сохранением режуще-бугоркового контакта говорит
- 1) о глубоком прикусе
 - 2) о глубоком резцовом перекрытии
 - 3) о глубоком травмирующем прикусе
051. Внеротовая запись суставного пути проводится с помощью
- 1) цефалостата
 - 2) гнатостата
 - 3) аксиографа
052. Методика сравнительного изучения длины зубного ряда по дуге и сумме ширины коронок его зубов предложена
- 1) Тонном
 - 2) Герлахом
 - 3) Коркгаузом
 - 4) Нансе
 - 5) Поном
053. Премолярный индекс Пона равен
- 1) 64
 - 2) 85
 - 3) 60
 - 4) 65
 - 5) 80
054. Данные миотонометрии позволяют судить
- 1) о тонусе мышц при различных состояниях
 - 2) о перестройке миостатического рефлекса
 - 3) об адаптационных возможностях мышц
 - 4) 1+2+3
055. Электроактивность круговой мышцы рта зависит
- 1) от особенностей строения губ

- 2) от высоты нижней части лица
 - 3) от степени выпуклости лица
 - 4) 1+2+3
056. Метод аускультации височно–нижнечелюстных суставов для выявления в них шума, хруста, щелканья и диагностики функциональных и морфологических нарушений называется
- 1) осциллография
 - 2) миоартрография
 - 3) артрофонография
 - 4) мастикациография
057. При оценке жевательной эффективности в баллах за единицу измерения избрана функциональная способность
- 1) клыков
 - 2) центральных резцов
 - 3) первых моляров
 - 4) боковых резцов
 - 5) третьих моляров
058. Обследуемому предлагают разжевать 800 мг миндаля до появления рефлекса глотания во время функциональной жевательной пробы
- 1) по Христиансену
 - 2) по Гельману
 - 3) по Рубинову
 - 4) по Соловьеву
059. Метод обследования, позволяющий оценить состояние костной ткани пародонта всех зубов
- 1) окклюзионная рентгенография
 - 2) ортопантомография
 - 3) телерентгенография
 - 4) компьютерная томография
060. Метод обследования, позволяющий наиболее точно оценить строение лицевого скелета
- 1) внутриротовая рентгенография
 - 2) окклюзионная рентгенография
 - 3) ортопантомография
 - 4) телерентгенография
 - 5) компьютерная томография
061. Разделы рентгенэнцефалометрического исследования
- 1) краниометрия, гнатометрия, профилометрия
 - 2) краниометрия, дентометрия, профилометрия
 - 3) фотограмметрия, профилометрия, дентометрия
062. Показатели, отражающие индивидуальные особенности строения лицевого скелета по данным телерентгенограммы

- 1) линейные
 - 2) угловые
 - 3) отношения линейных величин
 - 4) 1+2+3
063. Функции истории болезни
- 1) медицинская
 - 2) юридическая
 - 3) научная
 - 4) статистическая
 - 5) 1+2+3+4
064. Заключение, отражающее состояние здоровья пациента и его прогноз
- 1) диагноз
 - 2) эпикриз
 - 3) 1+2
065. Задачи ортопедического лечения
- 1) восстановление эстетики лица
 - 2) восстановление функции жевательно–речевого аппарата
 - 3) создание состояния психологического комфорта
 - 4) профилактика
 - 5) 1+2+3
066. Методы обследования больных делятся
- 1) на субъективные и объективные
 - 2) на клинические и параклинические
 - 3) на анатомические и функциональные
067. К клиническим методам обследования относятся
- 1) опрос, осмотр
 - 2) пальпация, зондирование
 - 3) функциональные пробы
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
068. К параклиническим методам обследования относятся
- 1) инструментальные, лабораторные, рентгенологические
 - 2) анатомические, рентгенологические, функциональные
 - 3) лабораторные, цефалометрические, антропометрические.
069. Графический метод регистрации жевательных движений нижней челюсти осуществляется с помощью
- 1) мастикациографии
 - 2) гнатодинамометрии
 - 3) реографии
070. Исследование, характеризующее расположение челюстей по отношению к плоскости передней части основания черепа, называется
- 1) профилометрией
 - 2) гнатометрией

3) краниометрией

071. Уточнить формы аномалий прикуса зубоальвеолярную, гнатическую, сочетанную можно

- 1) по телерентгенограмме
- 2) по ортопантограмме
- 3) по рентгенограмме кистей рук

072. Нарушение функций жевательно–речевого аппарата влияет

- 1) на функцию опорно–двигательной аппарата
- 2) на функцию дыхательной и сердечно–сосудистой системы
- 3) на функцию системы пищеварения
- 4) на особенности формирования психики
- 5) 1+2+3+4

073. Если во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него сифилиса, врач должен

- 1) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания
- 2) сказать больному о своем подозрении и прекратить прием
- 3) отказать пациенту в оказании стоматологической помощи
- 4) закончить осмотр, направить пациента на анализ крови

074. Гнатодинамометром измеряют

- 1) абсолютную силу жевательных мышц
- 2) выносливость пародонта
- 3) жевательную эффективность
- 4) жевательное давление

075. К инструментальным методам обследования относится

- 1) мастикациография
- 2) электромиография
- 3) функциональная проба Гельмана
- 4) функциональная проба Рубинова
- 5) 1+2+3+4

076. В функциональных пробах Гельмана и Рубинова пережеванные частицы просеивают через сито с отверстиями диаметром

- 1) 0,5 мм
- 2) 1,2 мм
- 3) 2,4 мм
- 4) 3,6 мм

077. Функциональная проба Гельмана показывает

- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- 2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- 3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
- 4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления

глутательного рефлекса

- 5) время разжевывания пищи.

078. Метод регистрации колебаний электрического сопротивления тканей пародонта при прохождении через него тока высокой частоты называется

- 1) мастикациография
- 2) гнатодинамометрия
- 3) реопародонтография

079. По классификации Кеннеди двусторонний концевой дефект относится

- 1) к первому классу
- 2) ко второму классу
- 3) к третьему классу
- 4) к четвертому классу

080. По классификации Кеннеди односторонний концевой дефект относится

- 1) к первому классу
- 2) ко второму классу
- 3) к третьему классу
- 4) к четвертому классу

081. По классификации Кеннеди односторонний включенный дефект относится

- 1) к первому классу
- 2) ко второму классу
- 3) к третьему классу
- 4) к четвертому классу

082. По классификации Кеннеди включенный дефект в области передних зубов относится

- 1) к первому классу
- 2) ко второму классу
- 3) к третьему классу
- 4) к четвертому классу

083. Методы определения степени атрофии костной ткани альвеолы зуба

- 1) рентгенологический
- 2) клинический (зондирование)
- 3) клинический (осмотр)
- 4) пальпаторный
- 5) с помощью электроодонтодиагностики
- 6) 1+3
- 7) 2+4
- 8) 1+2+3+4

084. Функциональная проба по Рубинову показывает

- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- 2) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течении 50 сек.
- 3) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
- 4) время разжевывания пищи
- 5) 3+4

085. Стоматологические материалы подразделяются

- 1) на основные, вспомогательные, клинические
- 2) на основные, вспомогательные, эстетические

- 3) на клинические, технические, вспомогательные
086. Клинические материалы используются
- 1) врачом на клиническом приеме
 - 2) техником для создания протеза или аппарата
087. К физическим свойствам материала относятся
- 1) температура кипения
 - 2) теплопроводность
 - 3) поверхностное напряжение
 - 4) плотность
 - 5) все перечисленное
088. Понятия “прочность, твердость, упругость, вязкость, пластичность” относят
- 1) к химическим свойствам материала
 - 2) к механическим свойствам материала
 - 3) к физическим свойствам материала
089. Являются ли синонимами понятия “пластичность” и “эластичность”
- 1) да
 - 2) нет
090. Вязкость – это
- 1) способность материала оказывать сопротивление действию внешних сил, вызывающих их течение
 - 2) способность материала прилипать к рукам
091. В характеристику химических свойств металлов и сплавов входят такие понятия как
- 1) коррозионная стойкость
 - 2) окисляемость
 - 3) растворимость
 - 4) цветостойкость
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+3+4
092. Стоматологический материал оказывает на организм следующее действие
- 1) механическое
 - 2) токсическое
 - 3) аллергическое
 - 4) термоизолирующее
 - 5) все вышеперечисленные
093. Токсическое действие основного стоматологического материала на организм может быть
- 1) непосредственным
 - 2) опосредованным
 - 3) и тем, и другим
094. Главными токсикогенными факторами акриловой пластмассы являются
- 1) пластификаторы
 - 2) стабилизаторы

- 3) красители
 - 4) мономер
095. Основной стоматологический материал должен быть
- 1) безопасным для организма
 - 2) достаточно прочным
 - 3) эстетичным
 - 4) технологичным
 - 5) 1+2+3+4
096. Оттисковые материалы условно делят
- 1) на твердые и эластические
 - 2) на кристаллизирующиеся и термопластические
 - 3) на эластические, термопластические и твердые (кристаллизирующиеся)
097. Гипс относится
- 1) к твердым оттискным материалам
 - 2) к моделировочным материалам
 - 3) 1+2
098. Супергипс получают путем
- 1) нагревания двуводного гипса под давлением 1,3 атм.
 - 2) добавления соли при замешивании
 - 3) замешивания гипса в горячей воде
099. Верно ли утверждение, что чем быстрее схватывается гипс, тем больше прочность полученной модели?
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) зависит от вида гипса
100. Цинкоксида-эвгеноловую пасту “Репин” применяют
- 1) для получения анатомических оттисков
 - 2) для получения функциональных оттисков
 - 3) для временной фиксации несъемных протезов
 - 4) 1+2+3
 - 5) 2+3
101. Эластические оттисковые материалы делят
- 1) на альгинатные, силиконовые
 - 2) на альгинатные, термопластические, силиконовые
 - 3) на альгинатные, полисульфидные, полиэфирные, силиконовые
102. Что нужно предпринять после получения оттиска альгинатным материалом?
- 1) позвать техника
 - 2) сразу отлить гипсовую модель
 - 3) положить оттиск в воду
 - 4) проверить качество оттиска
 - 5) провести дезинфекцию оттиска

- 6) 1+3
- 7) 4+5+2

103. Выделяют силиконовые материалы со следующими типами химических реакций

- 1) кристаллизации
- 2) поликонденсации
- 3) полиприсоединения
- 4) 1+2+3
- 5) 2+3

104. При замешивании силиконовой массы руками в латексных перчатках паста не затвердела, потому что

- 1) истек срок годности материала
- 2) сера из перчаток снизила активность платиносодержащего катализатора

105. При протезировании металлокерамическими протезами для получения оттиска целесообразно применить

- 1) гипс
- 2) альгинатный материал
- 3) силиконовый материал
- с использованием методики двойного оттиска

106. В каких оттискных материалах в качестве ингредиента катализаторной пасты присутствует двуокись свинца?

- 1) альгинатных материалах
- 2) силиконовых материалах
- 3) тиоколовых материалах
- 4) кристаллизирующихся материалах

107. Термопластические оттискные материалы применяют

- 1) для получения функциональных оттисков
- 2) для окантовки краев индивидуальной ложки
- 3) для получения вспомогательных оттисков
- 4) 1+2+3

Для получения функционального оттиска с беззубых челюстей применяют

- 1) стандартные ложки
- 2) перфорированные ложки
- 3) индивидуальные ложки

109. По степени давления на ткани протезного ложа при снятии оттиска различают

- 1) анатомический оттиск
- 2) компрессионный оттиск
- 3) разгружающий оттиск
- 4) 1+2+3
- 5) 2+3

110. Все металлы принято делить

- 1) на черные и белые
- 2) на белые и цветные

- 3) на цветные и черные
 - 4) на черные, белые и цветные
111. К благородным металлам относят
- 1) золото
 - 2) алюминий
 - 3) серебро
 - 4) палладий
 - 5) платина
 - 6) свинец
 - 7) 1+2+3+4+5
 - 8) 1+3+4+5
112. В ортопедической стоматологии применяются следующие сплавы золота
- 1) 900-й пробы
 - 2) 750-й пробы
 - 3) 1000-й пробы
 - 4) 583-й пробы
 - 5) 1+3
 - 6) 2+4
 - 7) 1+2
113. Для искусственных коронок используют сплав золота
- 1) 1000-й пробы
 - 2) 900-й пробы
 - 3) 583-й пробы
114. Процесс отделения золота от примесей называется
- 1) прокаткой
 - 2) аффинажем
 - 3) волочением
115. Чистое золото в стоматологии не применяется по причине его
- 1) дороговизны
 - 2) мягкости
116. Процесс придания особых свойств металлам путем введения других металлов (элементов) называется
- 1) закалкой
 - 2) легированием
 - 3) аффинажем
117. Золото–платиновый сплав применяется для создания
- 1) каркасов дуговых протезов и кламмеров
 - 2) искусственных коронок
 - 3) припоя
118. Ограниченное применение серебряно–палладиевых сплавов обусловлено
- 1) подверженностью сплава коррозии
 - 2) трудоемкостью технологического процесса

119. Припой должен иметь температуру плавления
- 1) выше, чем у сплава металлов
 - 2) ниже, чем у сплава металлов
120. Примерный состав припоя 750-й пробы (в % по массе)
- 1) золото–72, серебро–8, медь–13, кадмий–7
 - 2) золото–80, медь–13, латунь–7
 - 3) золото–75, серебро–5, медь–13, кадмий –5, латунь–2
121. Если температура плавления сплава превышает 1500°C, то такой сплав относится
- 1) к легкоплавким
 - 2) к тугоплавким
122. Добавление никеля в нержавеющую сталь повышает
- 1) коррозионную стойкость сплава
 - 2) пластичность сплава
 - 3) однородность сплава металла
123. Все хромоникелевые сплавы для ортопедической стоматологии должны содержать
- 1) не более 1% углерода и не менее 25 % хрома
 - 2) не менее 0,1% углерода и не менее 18% хрома
124. К механическим свойствам нержавеющих сталей относят
- 1) высокую прочность
 - 2) высокую текучесть
 - 3) высокую пластичность

Припой для соединения элементов каркаса протеза из нержавеющей стали

- 1) серебряно–палладиевые
 - 2) золото–платиновые
 - 3) серебряно–кадмиевые
126. Содержание кобальта, хрома и никеля в КХС должно быть не менее
- 1) 75%
 - 2) 90%
 - 3) 85%
127. Возможно ли улучшить механические и литейные качества кобальто–хромового сплава, если повысить содержание хрома с 30% до 50%?
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) содержание хрома ни на что не влияет
128. Содержат ли никелехромовые сплавы углерод
- 1) да
 - 2) нет
129. Для изготовления каркаса металлокерамических протезов применяют

- 1) никелехромовый сплав
 - 2) кобальтохромовый сплав
 - 3) хромоникелевую сталь
 - 4) золото–палладиевый сплав
 - 5) 1+2+4
 - 6) 1+2+3
 - 7) 2+3
130. Сплавы титана различных марок применяются для создания
- 1) штампованных коронок и базисов
 - 2) каркасов литых съемных и несъемных конструкций протезов
 - 3) имплантатов
 - 4) 1+2+3
131. Легкоплавкие сплавы относятся
- 1) к вспомогательным материалам
 - 2) к основным материалам
 - 3) к клиническим материалам
132. В состав сплава Меллота входят
- 1) висмут
 - 2) свинец
 - 3) олово
 - 4) кадмий
 - 5) 1+2+3
133. Легкоплавкие сплавы возможно применить
- 1) для получение коронок
 - 2) для изготовления штампов
 - 3) для спаивания деталей
134. К важнейшим свойствам, которыми обладают легкоплавкие сплавы, относят их
- 1) легкоплавкость
 - 2) твердость
 - 3) минимальную усадку
 - 4) антикоррозионную стойкость
 - 5) 1+2+3+4
 - 6) 1+2+3
135. Метиловый эфир метакриловой кислоты является результатом химических превращений
- 1) формальдегида
 - 2) ацетона
 - 3) ацетальдегида
136. При повышении температуры процесс полимеризации
- 1) ускоряется
 - 2) замедляется
137. Для придания полимеру свойств пластичности в его состав вводят

- 1) наполнители
- 2) пластификаторы
- 3) красители

138. Отрицательным свойством полимера является

- 1) пластичность
- 2) водопоглощение
- 3) ударопрочность

139. Полимеры возможно получить реакцией

- 1) полиприсоединения
- 2) поликонденсации
- 3) и тем и другим

140. Какой метод замены воска на пластмассу имеет больше недостатков?

- 1) компрессионного прессования
- 2) инъекционно—литьевого прессования

Какие виды пористости возникают при нарушении режима полимеризации?

- 1) газовая
- 2) термореактивная
- 3) гранулярная
- 4) сжатия
- 5) 1+2+3+4
- 6) 1+3+4

142. Какой процент остаточного мономера содержит быстротвердеющая пластмасса после полимеризации?

- 1) 3–5%
- 2) 0,2–0,5%

143. Какая пластмасса используется для облицовки каркасов несъемных протезов?

- 1) фторакс
- 2) моллопласт—Б
- 3) синма—М

144. Применение двуслойного базиса съемного протеза целесообразно

- 1) при наличии острых костных выступов
- 2) при выраженной атрофии тела нижней челюсти
- 3) при неудовлетворительной фиксации протеза нижней челюсти
- 4) при проявлениях токсико—аллергического стоматита, вызванного базисным материалом
- 5) при всех выше перечисленных случаях

Создание эластичной подкладки на базисе съемного протеза возможно

- 1) при одновременной паковке эластичной и базисной пластмассы в гипсовую пресс—форму кюветы
- 2) при нанесении мягкой подкладки на базис готового протеза

3) 1+2

146. Композиционные материалы химического отверждения дают усадку

- 1) по направлению к центру
- 2) от центра к поверхностным слоям

147. Реакция полимеризации химически отверждаемых компомеров носит

- 1) экзотермический характер
- 2) эндотермический характер

Связь акриловой полимерной облицовки с металлическим каркасом протеза обеспечивается за счет

- 1) механического сцепления
- 2) физико–химического соединения
- 3) 1+2

149. Керомеры (керамикой оптимизированные полимеры) относят

- 1) к фарфору
- 2) к пластмассе
- 3) к самостоятельной группе материалов

150. Стекловолоконный материал “Вектрис” применяется

- 1) для облицовки металлических каркасов протезов
- 2) для изготовления каркасов несъемных протезов

151. Облицовочный керомер “Таргис”

фиксируется на металлическом каркасе протеза

- 1) при помощи механической ретенции в виде шариков
- 2) без механической ретенции

152. При увеличении содержания каолина в фарфоре прозрачность последнего

- 1) повышается
- 2) снижается

Фарфор с температурой обжига в диапазоне 870-1065°C относится к группе

- 1) тугоплавких фарфоров
- 2) среднеплавких фарфоров
- 3) низкоплавких фарфоров

154. Основанием для индивидуальной фарфоровой коронки служит

- 1) колпачок из КХС
- 2) платиновый колпачок
- 3) фарфор не требует основы

155. Фарфоровая облицовка прочно фиксируется на металлическом каркасе

- 1) после пескоструйной и пароструйной его обработки
- 2) после нанесения грунта и адгезива
- 3) без проведения обработки каркаса

156. Основной недостаток ситаллов
- 1) низкая прочность
 - 2) химическая нестойкость
 - 3) одноцветность массы
157. Исключите лишнее из классификации восковых композиций
- 1) базисный воск
 - 2) бюгельный воск
 - 3) постановочный воск
 - 4) моделировочный воск
 - 5) профильный воск
 - 6) липкий воск
158. Для моделирования коронок, облицовок, штифтовых зубов целесообразно применить
- 1) липкий воск
 - 2) базисный воск
 - 3) моделировочный воск
159. Для изготовления дублированной модели челюсти используют
- 1) гидроколлоидный материал
 - 2) стомальгин
 - 3) воск
 - 4) силиконовый материал
 - 5) 1+4
160. В стоматологии используются вспомогательные материалы
- 1) гипсовые формовочные материалы
 - 2) фосфатные формовочные материалы
 - 3) силикатные формовочные материалы
 - 4) 1+2+3

Какой из ниже перечисленных абразивов не относится к полировочным?

- 1) окись железа
- 2) мел
- 3) окись хрома
- 4) пемза
- 5) паста ГОИ

Для временной фиксации несъемных конструкций протезов используют

- 1) цинкоксидэвгеноловые цементы
- 2) цинк–силикатнофосфатные цементы
- 3) цементы на основе полимеров

Альгинатную массу применяют для получения оттисков при протезировании

- 1) литыми коронками

- 2) фарфоровыми коронками
 - 3) пластмассовыми коронками
 - 4) металлокерамическими коронками
 - 5) металлопластмассовыми коронками
 - 6) 1+3+5+6
 - 7) частичными съёмными протезами
164. Репин относится к следующей группе материалов
- 1) силиконовых
 - 2) тиоколовых
 - 3) альгинатных
 - 4) цинкоксидэвгеноловых
165. Гипсовая модель челюсти по альгинатным оттискам должна быть получена не позднее
- 1) 2–3 мин
 - 2) 15 мин
 - 3) 60 мин
 - 4) 24 час
166. Дублирование рабочих моделей челюстей проводят с помощью
- 1) термопластической массы
 - 2) гидроколлоидной массы
 - 3) силиконовой массы
 - 4) огнеупорной массы
 - 5) 2+3
167. Для получения функциональных оттисков используют материалы
- 1) термопластические
 - 2) альгинатные
 - 3) силиконовые
 - 4) гидроколлоидные
 - 5) цинкоксидэвгеноловые
 - 6) 1+3+5
 - 7) 3+5
 - 8) 1+2+3+5
168. К силиконовым оттискным материалам относятся
- 1) стомальгин
 - 2) репин
 - 3) спидекс
 - 4) стенс
 - 5) гипс
169. Для двойного оттиска используются
- 1) твердые массы
 - 2) силиконовые материалы
 - 3) альгинатные материалы
 - 4) термопластические массы
170. Для получения рабочих моделей челюстей используют

- 1) супергипс
- 2) обычный гипс
- 3) огнеупорную массу
- 4) 1+2
- 5) 1+2+3

Для получения оттисков при непосредственном протезировании применяют

- 1) силиконовые массы
- 2) термопластические массы
- 3) гипс
- 4) альгинатные массы

172. Материал для реставрации съемных протезов

- 1) эладент 100
- 2) фторакс
- 3) фарфоровая масса
- 4) синма М
- 5) 1+2+3

173. Способы гипсовки модели челюсти с восковой репродукцией протеза в кювету

- 1) прямой
- 2) обратный
- 3) комбинированный
- 4) все перечисленные

174. Отливку металлического каркаса дугового съемного протеза проводят

- 1) на рабочей гипсовой модели челюсти
- 2) на модели из огнеупорной массы
- 3) на модели из высокопрочного гипса

Моделирование каркаса цельнолитых мостовидных протезов проводят

- 1) на модели челюсти из огнеупорной массы
- 2) на разборной комбинированной гипсовой модели челюсти
- 3) на модели челюсти из обычного медицинского гипса
- 4) на модели челюсти из высокопрочного гипса

176. Для получения литых деталей зубных протезов используют

- 1) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска в формах из огнеупорного материала
- 2) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала
- 3) оба метода

177. Процесс удаления окисной пленки (окалины) с поверхности металла называется

- 1) отжигом
- 2) закалкой

- 3) отбеливанием

Процесс термической обработки металла для придания ему высокой твердости и повышенной прочности называется

- 1) отжигом
- 2) закалкой
- 3) отбеливанием

179. Для улучшения обрабатываемости, снятия внутренних напряжений, уменьшения твердости, увеличения пластичности и вязкости сплав металла подвергают

- 1) отжигу
- 2) закалке
- 3) отбеливанию

180. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса протезов за счет растворения мельчайших выступов и шероховатостей, называется

- 1) электроэрозивной обработкой
- 2) электрохимической полировкой
- 3) пескоструйной обработкой

181. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса таким образом, чтобы на ней образовалась сеть однородных мельчайших выступов и шероховатостей, называется

- 1) электроэрозивной обработкой
- 2) электрохимической полировкой
- 3) пескоструйной обработкой

182. Разделительная линия – это линия, которая

- 1) является средним углом продольных осей зубов, выбранных для опоры
- 2) делит поверхность зуба на удерживающую и опорную части
- 3) является линией наибольшей выпуклости зуба по отношению к вертикальной оси

183. Для определения разделительной линии на опорном зубе применяется

- 1) артикулятор
- 2) параллелометр
- 3) окклюдатор

184. Толщина штампованной коронки равна

- 1) 0,1–0,2 мм
- 2) 0,2–0,3 мм
- 3) 0,4–0,4 мм

185. Рекомендуемая толщина восковой репродукции каркаса металлокерамической коронки составляет

- 1) 0,4–0,5 мм
- 2) 0,1–0,2 мм
- 3) 0,2–0,3 мм

186. Для моделирования каркаса металлокерамической коронки можно использовать
- 1) беззольно–выгорающую пластмассу
 - 2) воск
 - 3) оба вышеперечисленных материала
187. Первый слой керамической массы, наносимый на металлический каркас металлокерамической коронки, называется
- 1) дентинным слоем
 - 2) эмалевым слоем
 - 3) глазурью
 - 4) грунтовым слоем
188. Слой керамического покрытия, который придает металлокерамическому протезу блеск естественных зубов, называют
- 1) дентинным слоем
 - 2) эмалевым слоем
 - 3) глазурью
 - 4) грунтовым слоем
189. Просвечивание металлического каркаса металлокерамической конструкции можно предотвратить благодаря нанесению керамической массы
- 1) дентинного слоя
 - 2) эмалевого слоя
 - 3) глазури
 - 4) грунтового слоя
190. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе является
- 1) седловидная форма
 - 2) касательная форма
 - 3) висячая форма с промывным пространством
191. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярной части в боковом отделе является
- 1) седловидная форма
 - 2) касательная форма
 - 3) висячая форма с промывным пространством
- Увеличение прочности пайки между опорными штампованными коронками и промежуточной частью мостовидного паяного протеза проводят за счет
- 1) утолщения промежуточной части мостовидного протеза
 - 2) уменьшения ширины режущего края или жевательной поверхности искусственных зубов
 - 3) увеличения площади спайки
 - 4) все перечисленное
193. Основное отличие опорно–удерживающего кламмера

от кламмеров удерживающего типа в том, что он

- 1) более прочно соединяется с базисом протеза
- 2) передает жевательную нагрузку протеза на пародонт опорных зубов
- 3) обеспечивает более надежную стабилизацию протеза
- 4) более эстетичен
- 5) 1+2+3
- 6) 3+4
- 7) 1+4

194. Для определения разделительной линии на опорных зубах с помощью параллелометра применяют метод

- 1) определения среднего угла наклона продольных осей зубов, выбранных в качестве опоры
- 2) наклона модели (логический метод)
- 3) 1+2

195. Способ соединения кламмера с каркасом протеза

- 1) жесткое соединение
- 2) упругое соединение
- 3) шарнирное соединение
- 4) все перечисленные способы

При заболеваниях пародонта желательно использовать следующий тип соединения кламмера с каркасом протеза

- 1) жесткое соединение
- 2) упругое соединение
- 3) шарнирное соединение
- 4) все перечисленные способы

197. Соединение искусственных пластмассовых зубов с базисом съемных протезов

- 1) механическое
- 2) химическое

198. Соединение искусственных фарфоровых зубов с пластмассовым базисом протеза осуществляется

- 1) механически за счет металлических крапцов или посредством каналов и полостей внутри искусственных зубов
- 2) посредством химического соединения

199. При создании съемных протезов на верхнюю челюсть используют следующие варианты постановки передних зубов

- 1) постановка на приточке
- 2) постановка на искусственной десне
- 3) оба перечисленных способа

200. Основным критерием для выбора формы искусственных передних зубов является

- 1) величина альвеолярной части
- 2) форма лица
- 3) анатомические ориентиры: крылья носа,

состояние красной каймы губ при улыбке

201. Прибор, имитирующий движения нижней челюсти, называется
- 1) окклюдатор
 - 2) артикулятор
 - 3) параллелометр
 - 4) 1+2
202. Фиксация адгезионных мостовидных протезов зависит от площади накладок, используемых для фиксации
- 1) прямо пропорционально
 - 2) обратно пропорционально
 - 3) не зависит
203. При протезировании мостовидными протезами малых включенных дефектов зубных рядов наиболее щадящим для опорных зубов является
- 1) металлокерамический протез
 - 2) металлопластмассовый протез
 - 3) адгезионный протез
204. К основным преимуществам адгезионных мостовидных протезов относят
- 1) эстетичность
 - 2) малую травматичность для опорных зубов
 - 3) прочность конструкции
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
 - 6) 2+3
205. Для создания вкладок используют
- 1) фарфоровые массы
 - 2) полимерные и композиционные материалы
 - 3) сплавы металлов
 - 4) все вышеперечисленные материалы
206. Основными элементами каркаса дугового съемного протеза являются
- 1) металлические крепления для фиксации пластмассы + дуга + опорно–удерживающие кламмеры + дробители нагрузки
 - 2) дуга + опорно–удерживающие кламмеры + пластмассовый базис
 - 3) металлические крепления для фиксации пластмассы + дуга + дробители нагрузки
207. Основным преимуществом использования протезов с балочным креплением является
- 1) технологичность
 - 2) дополнительное шинирующее действие на опорные зубы
 - 3) высокая эстетичность протезов
 - 4) 2+3

208. При деформациях зубных рядов, вызванных мезиодистальным смещением зубов, при малых и средних включенных дефектах, когда из-за сильного наклона опорных зубов требуется девитализация пульпы, наиболее рациональным считается протезирование

- 1) металлокерамическими мостовидными протезами
- 2) паяными мостовидными протезами
- 3) разборными мостовидными протезами

209. К непрямым фиксаторам относят

- 1) окклюзионные накладки, непрерывные кламмеры, отростки базиса и другие приспособления для предупреждения опрокидывания протеза
- 2) различные кламмерные системы, обеспечивающие фиксацию протеза

210. Прямыми фиксаторами принято считать

- 1) различного рода окклюзионные накладки, непрерывные кламмеры, отростки базиса и другие приспособления для предупреждения опрокидывания протеза (т.е. вращения его вокруг кламмерной линии)
- 2) различные кламмерные системы, обеспечивающие фиксацию протеза непосредственной ретенцией

211. Производственное помещение зуботехнической лаборатории для замены восковых репродукций сплавом металлов

- 1) паяльная комната
- 2) гипсовочная комната
- 3) полировочная комната
- 4) литейная комната
- 5) полимеризационная комната

212. Производственное помещение зуботехнической лаборатории для замены восковой репродукции на пластмассу

- 1) паяльная комната
- 2) гипсовочная комната
- 3) полировочная комната
- 4) литейная комната
- 5) полимеризационная комната

213. При моделировании искусственных коронок в артикуляторе жевательные бугорки должны иметь анатомическую форму

- 1) невыраженную
- 2) резко выраженную
- 3) умеренно выраженную
- 4) подобную таковым у одноименного зуба на противоположной стороне
- 5) 3+4

214. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели применяют воск

- 1) базисный
- 2) липкий
- 3) моделировочный для мостовидных работ
- 4) лавакс

215. При создании искусственных коронок гипсовые модели челюстей укрепляются

- 1) в окклюдаторе
- 2) в артикуляторе
- 3) в эстезиометре
- 4) в параллелометре
- 5) в гнатодинамометре
- 6) не используют дополнительных устройств
- 7) 1+2
- 8) 1+2+3+4+5

При создании штампованной коронки моделирование воском проводят

- 1) на гипсовом столбике
- 2) на гипсовой модели челюсти
- 3) на разборной модели челюсти
- 4) на огнеупорной модели челюсти
- 5) 1+2+3+4

Толщина гильзы для искусственной коронки из нержавеющей стали равна

- 1) 0,12 мм
- 2) 0,22 мм
- 3) 0,30 мм
- 4) 0,50 мм

218. Для улучшения сцепления фарфоровой массы с металлическим каркасом протеза при протезировании металлокерамическими протезами необходимо провести

- 1) пескоструйную обработку
- 2) пескоструйную обработку каркаса, обезжиривание и создание окисной пленки
- 3) пескоструйную обработку каркаса и получение окисной пленки

219. При создании металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига наносится на каркас в объеме естественного зуба

- 1) несколько меньшем
- 2) полном
- 3) несколько большем

220. Толщина каркаса металлокерамической коронки должна быть не менее

- 1) 0,1 мм
- 2) 0,2 мм
- 3) 0,3 мм
- 4) 0,5 мм

221. Разборная гипсовая модель челюсти необходима при создании искусственной коронки

- 1) штампованной
- 2) пластмассовой
- 3) металлокерамической
- 4) штампованной, облицованной пластмассой
- 5) фарфоровой
- 6) 1+2+4

7) 3+5

222. Полирование несъемных мостовидных протезов проводят с помощью

- 1) полировочной пасты
- 2) шлифовальных эластичных кругов
- 3) щетинных и нитяных щеток
- 4) войлочных фильцев
- 5) 1+2+3+4

223. Флюсы при паянии необходимы

- 1) для очищения спаиваемых поверхностей элементов протеза
- 2) для уменьшения температуры плавления припоя
- 3) для увеличения площади спаиваемых поверхностей
- 4) для предотвращения образования пленки окислов
- 5) для предварительного соединения спаиваемых деталей

224. Температура плавления припоя должна быть

- 1) выше температуры плавления соединяемых частей протеза
- 2) ниже температуры плавления соединяемых частей протеза
- 3) равна температуре плавления соединяемых частей протеза

225. Моделирование тела паяного мостовидного протеза проводят

- 1) перед моделированием опорных коронок
- 2) на этапе проверки опорных коронок на модели
- 3) одновременно с моделированием опорных коронок
- 4) после проверки опорных коронок в клинике

226. Нагнетание расплавленного сплава металлов в форму–опоку осуществляется методом

- 1) вакуумирования
- 2) давления
- 3) разогрева бензиновой горелкой
- 4) центробежного литья
- 5) 1+2+4
- 6) 1+2+3+4

227. Для плавления кобальтохромового сплава при литье используют

- 1) газовую горелку
- 2) бензиновую горелку
- 3) вольтовую дугу
- 4) высокочастотное электрическое поле
- 5) 1+3

228. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассовый используют следующие способы гипсовки моделей в кювету

- 1) прямой способ
- 2) перекрестный способ
- 3) обратный способ
- 4) дублированный способ
- 5) комбинированный способ
- 6) 1+3+5

- 7) 1+2+3+4+5
229. Полное разрушение коронки зуба обусловлено
- 1) отломом коронки при обширной пломбе
 - 2) травмой зуба
 - 3) заболеванием пародонта
 - 4) повышенной стираемостью до шейки зуба
 - 5) 1+3
 - 6) 1+2+4
230. К дефектам коронки зуба относят
- 1) наличие 1/2 коронки над десной
 - 2) наличие твердых тканей зуба на уровне десны
 - 3) разрушение твердых тканей зуба ниже уровня десны до 1/4 длины корня
 - 4) наличие 2/3 коронки над десной
 - 5) 1+2+3+4
231. Периапикальные изменения, позволяющие использовать корень зуба для ортопедического лечения
- 1) хронический фиброзный периодонтит
 - 2) хронический гранулирующий периодонтит с длительной ремиссией
 - 3) киста
232. Штифтовыми зубами можно восстановить
- 1) однокорневые
 - 2) многокорневые
 - 3) 1+2
 - 4) резцы верхней челюсти
233. В однокорневых зубах штифт должен заходить в корневой канал
- 1) на 1/3 длины корня
 - 2) на 1/2 длины корня
 - 3) на 2/3 длины корня
 - 4) на всю длину корня
234. В многокорневых зубах штифты заходят в корневые каналы
- 1) на всю длину корней
 - 2) на 2/3 длины корней
 - 3) на 1/2–1/3 длины корней
235. Противопоказание для протезирования штифтовыми зубами
- 1) однокорневые зубы
 - 2) неполное пломбирование канала
 - 3) короткие или искривленные корни
 - 4) глубокое разрушение корня
 - 5) патологическая подвижность корней
 - 6) 2+3+4+5
236. Возможные способы моделирования искусственной культи со штифтом
- 1) прямой – врачом, непосредственно в полости рта

- 2) зубным техником на модели по полученному врачом двойному оттиску
зубного ряда
- 3) 1+2

237. Показания к применению цельнолитых коронок

- 1) нарушение анатомической формы коронок естественных зубов
- 2) повышенное стирание твердых тканей зубов
- 3) нарушение цвета коронок естественных зубов
- 4) 1+2

240. Показания к применению металлокерамических искусственных коронок

- 1) нарушение анатомической формы и цвета коронок естественных зубов
- 2) повышенное стирание твердых тканей зубов
- 3) непереносимость пластмассовых облицовок
- 4) 1+2+3

239. При препарировании зубов под литые коронки уступ формируется

- 1) не доходя до десны
- 2) на уровне десны
- 3) апикальное десневого края
- 4) 2+3

240. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при протезировании металлокерамической коронкой?

- 1) желобообразный
- 2) под углом 135° к продольной оси зуба
- 3) не нужно уступа

241. Культия зуба, подготовленная под металлокерамическую коронку, должна иметь наклон боковых стенок в пределах

- 1) $20-25^\circ$
- 2) $10-12^\circ$
- 3) $5-7^\circ$

При протезировании металлокерамической коронкой по периметру шейки зуба формируется уступ шириной

- 1) 1,3–1,4 мм
- 2) 2–3 мм
- 3) 3,5 мм

243. Оттиск при протезировании металлокерамической коронкой получают с помощью

- 1) альгинатных материалов
- 2) силиконовых материалов
- 3) гипса
- 4) термопластических материалов

244. При протезировании металлокерамической коронкой получают оттиск

- 1) двойной
- 2) функциональный
- 3) частичный

245. Возможно ли применение пластмассовых коронок для иммобилизации подвижных зубов?

- 1) да, как временная или постоянная шина, особенно при наличии невысоких коронок или депульпированных зубов
- 2) нет
- 3) да, но только как временное средство при протезировании металлополимерными или металлокерамическими коронками

246. При препарировании твердых тканей клыков верхней челюсти с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- 1) на вершинах бугорков
- 2) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
- 3) в оральной вогнутости коронки

247. При подготовке полости под вкладку делают фальц

- 1) на 1/3 толщины эмали
- 2) на всю толщину эмали
- 3) на 1/2 толщины эмали
- 4) в пределах твердых тканей, отступив от полости зуба на 0,5–1 мм

248. При подготовке полости под вкладку формируют фальц с целью

- 1) предупреждения смещения вкладки
- 2) исключения опрокидывающего момента
- 3) лучшей фиксации и прилегания
- 4) исключения сколов эмали

249. Режим препарирования зуба под вкладку

- 1) охлаждение, острый центрированный вращающийся инструмент, минимальное давление
- 2) без охлаждения, острый инструментальный, максимальное давление
- 3) без охлаждения, не оказывая никакого давления

250. Сколько поверхностей коронковой части зуба необходимо препарировать под искусственную коронку?

- 1) 3
- 2) 4
- 3) 5

251. Какие инструменты (режущие и шлифующие) применяются для препарирования зуба?

- 1) сепарационные диски
- 2) алмазные и карборундовые фасонные головки
- 3) алмазные круги
- 4) 1+2+3

252. Степень разобщения препарированного зуба с антагонистами проверяют с помощью

- 1) копировальной бумаги
- 2) обычной папиросной бумаги
- 3) полоски разогретого воска

Слой ткани, сошлифованный с жевательной поверхности при препарировании под полную штампованную металлическую коронку должен быть не менее

- 1) 0,3 мм
- 2) 0,2 мм
- 3) 1 мм

254. Какие материалы нужно использовать при получении оттисков после препарирования коронки зуба под искусственную коронку?

- 1) гипс
- 2) альгинатные материалы
- 3) силиконовые
- 4) термопластические
- 5) 2 или 3

255. Под каким углом наиболее целесообразно создавать циркулярный придесневой уступ при препарировании зуба под пластмассовую или фарфоровую коронку?

- 1) 45°
- 2) 90°, 135°
- 3) 30°

256. Какой слой ткани сошлифовывают с жевательной поверхности или режущего края при препарировании зуба под фарфоровую коронку?

- 1) 1,5–2 мм
- 2) 0,5–1 мм
- 3) 0,2–0,3 мм

257. Искусственная штампованная коронка должна погружаться в десневой карман не более чем

- 1) на 0,2–0,3 мм
- 2) на 1 мм
- 3) на 2 мм

258. Материал, используемый для постоянной фиксации искусственных коронок

- 1) фосфат–цемент
- 2) репин
- 3) стекло–иономерный цемент
- 4) поликорбасилатный цемент
- 5) 1+3+4

259. Первый клинический прием при протезировании искусственной коронкой включает в себя

- 1) опрос, осмотр, составление плана протезирования, рентгенологическое обследование, препарирование зуба, получение рабочего и вспомогательного оттисков, определение центрального соотношения челюстей
- 2) получение оттиска
- 3) опрос, осмотр, рентгенологическое исследование, получение оттиска

260. При протезировании цельнолитой коронкой для получения рабочего и вспомогательного оттисков применяют

- 1) альгинатные массы
- 2) альгинатные или силиконовые материалы
- 3) термопластические массы

- 4) любой оттисковой материал

261. Какие оттисковые массы следует использовать при протезировании пластмассовыми коронками?

- 1) кристаллизирующиеся, альгинатные, силиконовые
- 2) силиконовые
- 3) термопластические, кристаллизирующиеся

262. На какую толщину проводят препарирование твердых тканей при протезировании пластмассовыми коронками?

- 1) на 0,25–0,3 мм
- 2) от 0,7 до 1,5–2 мм
- 3) на толщину соответствующей пришеечной части

263. Какую форму должен иметь зуб после препарирования его под пластмассовую коронку?

- 1) форму цилиндра
- 2) форму конуса (наклон боковых стенок не более 3–5°)
- 3) форма не имеет значения

264. Что должен сделать врач после препарирования зубов при протезировании искусственными коронками?

- 1) получить оттиски челюстей
- 2) определить центральное соотношение челюстей
- 3) получить модели челюстей
- 4) покрыть зуб фтор-лаком
- 5) покрыть зуб временной коронкой
- 6) 1+4+5

265. Какую форму должен иметь зуб после препарирования его под цельнолитую коронку?

- 1) форму конуса
- 2) форму цилиндра
- 3) анатомическую форму зуба
- 4) 2+3

266. Укрепление пластмассовой коронки на опорном зубе включает в себя

- 1) оценку качества коронки в ротовой полости
- 2) оценку качества коронки на модели, медикаментозную обработку коронки, проверку коронки в полости рта, фиксацию коронки цементом
- 3) фиксацию коронки цементом на опорном зубе

267. Проверка металлокерамической коронки в полости рта включает

- 1) оценку анатомической формы и цвета коронки
- 2) проверку окклюзионных и межзубных контактов
- 3) 1+2

268. Первый клинический прием при протезировании пластмассовой коронкой включает в себя

- 1) опрос, осмотр, составление плана протезирования
- 2) рентгенологическое обследование

- 3) препарирование зуба, снятие оттиска, определение центрального соотношения,
выбор цвета коронки
- 4) 1+2+3
269. Создание культи зуба конической формы с углом конвергенции 3-5°
- 1) обеспечивает свободное наложение металлокерамического протеза
 - 2) исключает напряжение в цельнолитом каркасе
 - 3) предупреждает отлом керамической облицовки
 - 4) 1+2+3
270. Препарирование зубов под искусственные коронки проводят
- 1) твердосплавными борами
 - 2) алмазными головками
 - 3) фрезами
 - 4) карборундовыми камнями
 - 5) сепарационными дисками
 - 6) 2+4+5
271. При препарировании зуба под металлическую коронку необходимо
- 1) сошлифовать твердые ткани на толщину металла
 - 2) сошлифовать твердые ткани в соответствии с диаметром клинической шейки
- зуба
- 3) создать просвет между зубами (препарированным и антагонистом) на толщину металлической коронки и слоя фиксирующего цемента
 - 4) 2+3
272. Величина сошлифовывания твердых тканей зуба при препарировании под искусственную коронку зависит
- 1) от анатомической формы зуба
 - 2) от анатомической формы зуба и материала для получения коронки
 - 3) от типа коронки
273. Искусственную металлическую коронку по показаниям можно снять с опорного зуба, используя
- 1) колесовидный бор
 - 2) вулканитовый диск
 - 3) фрезу
 - 4) алмазную головку
 - 5) карборундовую головку
 - 6) 1+2
 - 7) 3+4
274. Причины гингивита при протезировании искусственными коронками
- 1) отсутствие экватора
 - 2) широкий периметр коронки в области шейки зуба
 - 3) длинный край коронки
 - 4) отсутствие контактного пункта с соседними зубами
 - 5) 1+2+3+4
275. Вкладки, коронки используются
- 1) для замещения дефекта коронки зуба

- 2) для замещения дефекта зубного ряда
 - 3) для фиксации протеза с односторонней опорой
 - 4) для опоры мостовидных протезов
 - 5) для предупреждения дальнейшего повышенного стирания зубных тканей
 - 6) 1+4+5
276. Дефект коронки зуба замещают
- 1) штифтовым зубом
 - 2) искусственной коронкой
 - 3) мостовидным протезом
 - 4) вкладкой
 - 5) полукоронкой
 - 6) 1+2+4
277. Вероятность пульпита при препарировании зубов можно уменьшить
- 1) изменением скорости вращения инструмента
 - 2) более точной центровкой инструмента
 - 3) охлаждением зуба
 - 4) непрерывным сошлифовыванием зуба
 - 5) 1+2+3
278. Для литых коронок используются
- 1) нержавеющая сталь
 - 2) золотой сплав 750 пробы
 - 3) кобальтохромовый сплав
 - 4) серебряно–палладиевый сплав
 - 5) 2+3+4
279. Ретракционные нити используют для
- 1) связывания подвижных зубов перед снятием оттиска
 - 2) фармако–механического расширения зубодесневого желобка перед снятием двойного оттиска
 - 3) 1+2
280. Для устранения клиновидных дефектов используют
- 1) вкладки
 - 2) искусственные коронки
 - 3) съемные конструкции протезов
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
281. Противопоказаниями для протезирования штифтовыми зубами являются
- 1) короткие искривленные корни, глубокое разрушение корня под десной, заболевание пародонта, неполное пломбирование канала
 - 2) многокорневые зубы с непараллельными каналами
 - 3) гиперплазированная десна, закрывающая корень
 - 4) хронический воспалительный процесс в области верхушки корня в стадии ремиссии
282. Причина трещин корня при протезировании штифтовыми зубами
- 1) изготовление укороченного штифта

- 2) асимметричный профиль поперечного сечения штифта
 - 3) изменения в периодонте протезируемого корня
 - 4) чрезмерное расширение корневого канала
 - 5) 1+4
283. Показания к применению штифтового зуба
- 1) устойчивые корни с хорошо сохранившейся культей
 - 2) глубокое разрушение корня под десной
 - 3) искривленные корни с тонкими стенками
 - 4) заболевание пародонта, изменения в периодонте, подвижные корни
 - 5) устойчивые зубы после гемисекции
284. Материал для искусственной культи со штифтом
- 1) золото 900-й пробы
 - 2) золото 750-й пробы
 - 3) нержавеющая сталь
 - 4) КХС, серебряно-палладиевый сплав
 - 5) золото-платиновые сплавы
 - 6) 1+3
 - 7) 2+3+4+7
285. Раскрытие и расширение корневых каналов под штифт должно проводиться
- 1) на 1/3 длины корня
 - 2) на 1/2 длины корня
 - 3) на 2/3 длины корня
 - 4) до верхушки корня
286. Прямой способ создания искусственной культи со штифтом предполагает
- 1) моделирование репродукции вкладки из воска врачом, с последующей заменой в лаборатории на металл
 - 2) снятие двойного оттиска с заранее подготовленного канала, после чего техник получает огнеупорную модель, моделирует вкладку из воска, заменяет воск металлом
 - 3) вытачивание вкладки из стандартных заготовок
287. Недостаточное раскрытие корневого канала под искусственную кулю со штифтом приводит
- 1) к раскалыванию корня
 - 2) к нарушению фиксации
 - 3) 1+2
 - 4) к изменениям в пародонте
288. Для моделирования искусственной культи со штифтом применяют воск
- 1) лавакс
 - 2) базисный воск
 - 3) воск моделировочный для мостовидных протезов
 - 4) липкий воск
 - 5) 2+4

289. Оптимальный материал для получения оттисков при непрямом методе создания культевых вкладок
- 1) силиконовая оттискная масса
 - 2) оттискные массы на основе альгиновой кислоты
 - 3) гипс
 - 4) термопластические массы
290. Косвенный метод создания литой культы со штифтом
- 1) получение двойного оттиска, отливка техником огнеупорной модели, создание на модели восковой репродукции искусственной культы, замена ее металлом
 - 2) моделировка культы из воска в полости рта, отливка в лаборатории из металла
 - 3) припасовка стандартных заготовок штифтов с фарфоровыми коронками
291. Раскрытие корневого канала под штифт можно проводить
- 1) шаровидными и фиссурными борами
 - 2) дрельборами
 - 3) 1+2
 - 4) алмазными головками
292. Ориентиром для выбора направления движения бора при раскрытии и расширении канала служит
- 1) внутриротовой прицельный рентгеновский снимок
 - 2) пятно пломбировочного материала в канале
 - 3) ориентиров не существует
 - 4) 1+2
293. Асимметричная форма штифта используется
- 1) для предотвращения вращения штифта в канале
 - 2) для облегчения припасовки штифта
 - 3) для предотвращения раскола корня
 - 4) 1+2
 - 5) для создания параллельности опорных культей
294. Недостаток штифтового зуба по Ричмонду
- 1) непрочная фиксация в корневом канале
 - 2) погружение колпачка в десневую бороздку с губной стороны вызывает травму краевого пародонта
 - 3) непрочное соединение штифта и колпачка
 - 4) непрочная фиксация облицовки
295. В качестве временного протеза может быть использован штифтовой зуб, имеющий в своем составе
- 1) штифт и пластмассовую коронку
 - 2) штифт, надкорневую защитную пластинку и пластмассовую коронку
 - 3) 1+2
296. Для более надежной фиксации пластмассового зуба к штифту
- 1) на штифте делают насечки
 - 2) штифт изгибают в виде петли
 - 3) 1+2
 - 4) используют стандартные штифты

297. Обязательные элементы любого штифтового зуба
- 1) штифт внутриканальный
 - 2) искусственная коронка
 - 3) надкорневая защитная пластинка
 - 4) 1+2
298. Удалению подлежат корни
- 1) с патологической подвижностью 2–3 степени
 - 2) прикрытые гиперплазированной десной
 - 3) при пломбировании на 2/3 длины корня.
299. Методы обследования корней зубов
- 1) УЗИ
 - 2) рентгенологический
 - 3) тепловизионный
300. Корни с I степенью патологической подвижности
- 1) подлежат удалению
 - 2) могут использоваться как составной элемент шинирующей конструкции
 - 3) используются для протезирования штифтовыми зубами по Ричмонду
301. Разборная искусственная культи используется при протезировании
- 1) многокорневых зубов с параллельными каналами
 - 2) многокорневых зубов с непараллельными каналами
 - 3) однокорневых зубов
 - 4) 1+2+3
 - 5) 1+3
 - 6) 2+3
302. Преимущество штифтов, созданных заводским способом
- 1) они могут быть размещены и фиксированы за одно посещение
 - 2) сокращают время подготовительных процедур
303. По форме штифты могут быть
- 1) коническими
 - 2) цилиндрическими
 - 3) комбинированными
 - 4) 1+2+3
304. По способу фиксации различают штифты
- 1) ввинчивающиеся
 - 2) фиксируемые цементом (гладкие и зубчатые)
 - 3) 1+2
305. При протезировании штифтовыми конструкциями возможно следующее осложнение
- 1) продольный перелом корня зуба
 - 2) перфорация стенок корня
 - 3) нарушение фиксации
 - 4) 1+2

306. В каких случаях лучше использовать фиксируемые цементом штифты?
- 1) у лиц пожилого возраста
 - 2) если эндодонтическое лечение зуба проводилось более 2 лет назад
 - 3) если корень зуба искривлен и облитерирован
 - 4) 1+2
307. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают
- 1) обычной искусственной коронкой
 - 2) штифтовой конструкцией
 - 3) съемным протезом
 - 4) вкладкой
 - 5) искусственной коронкой, с предварительным созданием искусственной культи
308. У штифтовых зубов длина штифта относительно высоты искусственной коронки должна составлять
- 1) 1:1
 - 2) 2:1
 - 3) 1:3
 - 4) 1:2
 - 5) 1+2
309. В каком ответе наиболее полно перечислены эндогенные факторы, влияющие на развитие повышенной стираемости зубов?
- 1) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, неполноценная структура твердых тканей зубов, заболевания щитовидной железы
 - 2) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, генетическая предрасположенность, нарушение процесса минерализации твердых тканей зубов
 - 3) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, неполноценная структура твердых тканей зубов, генетическая предрасположенность, нарушение процесса минерализации твердых тканей зубов и функции желез внутренней секреции
310. К местным факторам, влияющим на развитие повышенной стираемости зубов, относят
- 1) функциональную перегрузку зубов вследствие потери боковых зубов, воздействие кислот на зубной ряд, неравномерную концентрацию жевательного давления, заболевания желудка, неправильное протезирование, бруксизм
 - 2) наличие зубочелюстных аномалий
 - 3) нарушения витаминного баланса, синдром Стентона–Капдепона, хронические химические повреждения эмали
311. Горизонтальная форма повышенной стираемости зубов характеризуется
- 1) убылью твердых тканей в вестибуло–оральном направлении.
 - 2) убылью твердых тканей в горизонтальной плоскости
 - 3) неравномерным ускоренным стиранием твердых тканей без уменьшения межальвеолярной высоты
312. Первая степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей
- 1) до 1/3 высоты коронки зуба
 - 2) до 1/2 высоты коронки зуба
 - 3) 2/3 высоты коронки зуба

313. Вторая степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей
- 1) от 1/3 до 2/3 высоты коронки зуба
 - 2) от 2/3 высоты коронки зуба до десневого края
 - 3) до 1/3 высоты коронки зуба
 - 4) в пределах дентина
314. Третья степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей
- 1) до 1/3 высоты коронки зуба
 - 2) от 2/3 высоты коронки зуба до десневого края
 - 3) до экватора зуба
 - 4) в пределах дентина с просвечиванием полости зуба
315. Для компенсированной формы генерализованной стираемости зубов характерно
- 1) уменьшение высоты нижнего отдела лица
 - 2) увеличение высоты нижнего отдела лица
 - 3) неизмененность высоты нижнего отдела лица
316. Для декомпенсированной формы генерализованной стираемости зубов характерно
- 1) уменьшение высоты нижнего отдела лица
 - 2) увеличение высоты нижнего отдела лица
 - 3) неизмененность высоты нижнего отдела лица
317. Генерализованная стираемость компенсируется
- 1) расслаблением жевательных мышц
 - 2) вакантной гипертрофией альвеолярной части
 - 3) появлением подвижности зубов
 - 4) повышением тонуса жевательных мышц
318. Ортопедическое лечение больных с повышенной стираемостью зубов направлено
- 1) на восстановление высоты нижнего отдела лица, обеспечение множественных окклюзионных контактов и выравнивание окклюзионной поверхности, замещение дефектов зубных рядов
 - 2) на уменьшение гиперэстезии эмали
 - 3) на замещение дефектов зубных рядов
319. Специальная подготовка больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости к протезированию включает в себя
- 1) нормализацию окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью временных ортопедических конструкций
 - 2) депульпирование зубов с повышенной чувствительностью
 - 3) восстановление нормальной окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью цельнолитых конструкций
 - 4) 1+2
320. Назовите поверхности зубов,

подвергающиеся функциональному стиранию

- 1) вестибулярная (щечная) поверхность
- 2) жевательные бугорки (режущие края)
- 3) контактные поверхности
- 4) язычная (небная) поверхность
- 5) 2+3
- 6) 1+2

321. Убыль твердых тканей зубов у лиц молодого и среднего возраста при функциональной стираемости происходит в пределах

- 1) эмали
- 2) дентина
- 3) до полости зуба

322. Направление стираемости твердых тканей зубов в зависимости от типа прикуса может быть

- 1) вертикальным
- 2) трансверзальным
- 3) горизонтальным
- 4) смешанным
- 5) 1+2+4
- 6) 1+3+4

323. Убыль твердых тканей зубов при повышенной стираемости происходит в пределах

- 1) эмали
- 2) дентина
- 3) 1+2

324. При повышенной стираемости зубов чувствительность дентина может

- 1) понижаться
- 2) оставаться в пределах нормы
- 3) повышаться
- 4) 1+2+3

325. Наибольшую микротвердость имеет следующая ткань зуба

- 1) дентин
- 2) эмаль
- 3) цемент
- 4) пульпа

326. При повышенной стираемости микротвердость обнаженного дентина

- 1) понижается
- 2) не изменяется
- 3) повышается

327. При локализованной форме повышенной стираемости высота нижнего отдела лица, как правило,

- 1) уменьшается
- 2) увеличивается
- 3) не изменена

328. При повышенной стираемости зубов может наблюдаться повышенная чувствительность дентина к следующим раздражителям
- 1) химическим
 - 2) температурным
 - 3) тактильным
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
329. Перестройка миостатического рефлекса при разобщении зубных рядов у больных с декомпенсированной генерализованной формой повышенной стираемости, как правило, происходит в течение
- 1) 1 месяца
 - 2) 1–3 месяцев
 - 3) 3–6 недель
 - 4) 6–12 месяцев
330. Перечислите возможные лицевые симптомы при генерализованной декомпенсированной форме повышенной стираемости
- 1) опущенные углы рта, заеды
 - 2) втянутые щеки
 - 3) выраженные носогубные и подбородочные складки
 - 4) асимметрия лица
 - 5) западение губ
 - 6) 1+2+3+5
 - 7) 1+3
 - 8) 1+2+4+6
331. Возможный отоневрологический синдром при повышенной стираемости зубов характеризует
- 1) головокружение, шаткая походка, хруст и щелканье в височно–нижнечелюстном суставе
 - 2) ощущение заложенности в ухе, головокружение, понижение слуха
 - 3) глухота, звон в ушах, усиливающийся при наклоне головы в стороны, хруст и щелканье в височно–нижнечелюстном суставе
 - 4) головокружение, тошнота, рвота, общее недомогание
332. Назовите общие причины, вызывающие повышенную стираемость
- 1) нарушение обмена веществ, эндокринные расстройства, генетическая предрасположенность
 - 2) множественное кариозное поражение зубов, пародонтопатии, заболевания костной системы
 - 3) дефицит кальция в организме, курение, алкоголизм, постоянная механическая травма (вредные привычки).
333. Назовите местные факторы,

оказывающие влияние на развитие повышенной стираемости зубов

- 1) потеря боковых зубов, воздействие щелочей или кислот, парафункции, жевательной мускулатуры, зубочелюстные аномалии
- 2) чрезмерное употребление продуктов, содержащих кислоты, дефицит фтора в воде и пище
- 3) отсутствие гигиены полости рта, неправильное протезирование, избыток фтора в воде и пище
- 4) влияние профессиональных вредностей, избыток в организме гормонов с анаболическим действием, ответственных за усвоение кальция.

334. Что такое миостатический рефлекс?

- 1) установление новой толщины жевательных мышц
- 2) рефлекс жевательных мышц на растяжение
- 3) 1+2

335. По классификации Кеннеди

зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе относят

- 1) к первому классу
- 2) ко второму классу
- 3) к третьему классу
- 4) к четвертому классу

336. Если в зубном ряду несколько дефектов, относящихся к различным классам, то по классификации Кеннеди зубную дугу относят

- 1) к меньшему по порядку классу
- 2) к большему по порядку классу

337. По классификации Гаврилова

челюсти с одиночно сохранившимися зубами относят

- 1) к первому классу
- 2) ко второму классу
- 3) к третьему классу
- 4) к четвертому классу

338. При удалении зубов зубной ряд распадается на группы зубов

- 1) жевательные группы
- 2) функционирующие группы
- 3) нефункционирующие группы
- 4) 2+3

339. Патологическое состояние, при котором повышенную

функциональную нагрузку здоровый пародонт зуба испытывает при его преждевременном контакте (на одиночной коронке)

- 1) первичная травматическая окклюзия
- 2) вторичная травматическая окклюзия

340. Вторичная травматическая окклюзия возникает вследствие

- 1) изменения направления, величины и времени действия нагрузки

- на здоровый пародонт
- 2) дистрофии или воспаления пародонта, делающих его неспособным воспринимать нагрузку, которая ранее была адекватной
 - 3) преждевременного контакта зубов
341. Травматическая окклюзия может возникнуть
- 1) при деформациях окклюзионной поверхности зубных рядов
 - 2) при значительной потере зубов
 - 3) 1+2
 - 4) при глотании
342. Явления компенсации функциональной перегрузки пародонта выражаются
- 1) в усилении кровообращения
 - 2) в увеличении числа и толщины маргинальных волокон пародонта
 - 3) в явлениях гиперцементоза
 - 4) 1+2+3
343. Резервные силы пародонта – это
- 1) способность выдерживать жевательное давление
 - 2) способность пародонта приспосабливаться к повышению функциональной нагрузки
 - 3) способность воспринимать жевательное давление в условиях его дистрофии и воспаления
344. Преимущество мостовидных протезов перед частичными съемными пластиночными протезами
- 1) максимальное восстановление жевательной эффективности
 - 2) надежная фиксация протезов
 - 3) быстрая адаптация к протезу
 - 4) минимальные размеры протеза
 - 5) 1+2+3+4
345. Мостовидные протезы показаны для замещения дефектов зубных рядов
- 1) малых и средних включенных дефектов (2–3 зуба)
 - 2) концевых дефектов
 - 3) в переднем отделе при отсутствии 4 резцов
 - 4) 1+3
 - 5) 1+2+3
346. К методам разгрузки опорных зубов при протезировании мостовидными протезами относят
- 1) увеличение количества опорных зубов
 - 2) уменьшение площади жевательной поверхности промежуточной части мостовидного протеза
 - 3) моделировку зуба с меньшим жевательным коэффициентом
 - 4) моделировку невыраженных бугорков
 - 5) 1+2+3+4

347. Опорный зуб при протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой находится
- 1) дистальнее дефекта
 - 2) впереди дефекта
 - 3) 1+2
348. Гипсовые модели челюстей возможно составить в центральной окклюзии без применения восковых шаблонов с прикусными валиками, если
- 1) есть пары антагонизирующих зубов, находящихся в одной плоскости, вплоть до наличия одной пары антагонизирующих зубов
 - 2) есть пары антагонизирующих зубов, расположенных по вершинам равностороннего треугольника
 - 3) есть зубы на обеих или одной из челюстей, но они не антагонизируют
349. В боковом отделе промывное пространство должно быть
- 1) 4–5 мм
 - 2) 3–4 мм
 - 3) не должно быть промывного пространства
 - 4) 1–2 мм
350. Для опоры мостовидного протеза можно использовать зубы, каналы которых пломбированы
- 1) до верхушки корня
 - 2) за верхушку корня
 - 3) не полностью
 - 4) 1+2
 - 5) 1+3
 - 6) 1+2+3
351. Тело мостовидного протеза в боковом отделе по отношению к альвеолярному гребню во всех случаях должно иметь
- 1) прямоугольную форму
 - 2) чечевицеобразную форму
 - 3) любую форму
 - 4) промывное пространство
352. Мостовидные протезы противопоказаны при протезировании
- 1) больших дефектов, ограниченных зубами с различной функциональной ориентацией
 - 2) дефектов, ограниченных дистально зубом с патологической подвижностью
 - 3) дефектов, ограниченных зубами с низкими клиническими коронками
 - 4) 1+2+3
353. При создании металлокерамического мостовидного протеза анатомическую форму будущей искусственной коронки опорного зуба восстанавливают за счет

- 1) металла
- 2) керамической облицовки
- 3) 1+2

354. На каркасе промежуточной части металлокерамического мостовидного протеза экватор искусственных зубов должен быть

- 1) не выражен
- 2) хорошо выражен
- 3) не имеет значения

355. Протезирование после удаления боковых зубов позволяет

- 1) восстановить непрерывность зубного ряда
- 2) обеспечить боковую защиту сустава
- 3) предупредить снижение межальвеолярной высоты
- 4) 1+3
- 5) 1+2+3

356. Опорными элементами несъемных мостовидных протезов могут быть

- 1) полные коронки (штампованные, литые)
- 2) телескопические коронки
- 3) коронки на культевой штифтовой вкладке
- 4) вкладки во вкладке
- 5) вкладки
- 6) 1+2
- 7) 1+3+4+5

357. При поражении краевого пародонта экваторные коронки, как опора мостовидных протезов, могут применяться

- 1) да
- 2) нет

358. Возможно ли использовать один корень нижнего моляра после гемисекции в качестве опоры мостовидного протеза

- 1) да
- 2) нет
- 3) возможно, если удаление корней приведет к образованию одностороннего краевого дефекта

359. Вкладки, как фиксирующие элементы мостовидного протеза, используются

- 1) на зубах с низкой клинической коронкой
- 2) при повышенной стираемости зубов
- 3) при дефектах в пределах одной функциональной группы
- 4) 1+2+3

360. Ошибкой при протезировании мостовидными протезами следует считать

- 1) необоснованное расширение показаний к протезированию
- 2) отсутствие множественных контактов мостовидного протеза

- с зубами антагонистами
 - 3) неправильную моделировку каркаса протеза
 - 4) увеличение межальвеолярной высоты
 - 5) неудовлетворительные эстетические качества протеза
 - 6) все выше перечисленное
361. При моделировании боковых поверхностей опорных коронок паяного мостовидного протеза экватор должен быть
- 1) хорошо выражен
 - 2) не выражен
 - 3) отсутствует
362. Нарушения нормальной деятельности височно–нижнечелюстного сустава при частичной потере зубов можно связать
- 1) с понижением межальвеолярной высоты
 - 2) с изменением условий распределения жевательного давления
 - 3) с появлением необычных экскурсий нижней челюсти в связи с деформацией окклюзионной поверхности зубных рядов
 - 4) все перечисленное
363. При наличии раковин и пор в каркасе металлокерамического протеза следует
- 1) наносить керамическое покрытие, которое закрывает дефект
 - 2) наносить керамическое покрытие, если дефекты незначительны
 - 3) переделать каркас на этом этапе
364. При препарировании опорных зубов при протезировании металлокерамическим мостовидным протезом, уступ с вестибулярной стороны располагают
- 1) на уровне десны
 - 2) ниже уровня края десны
365. Метод литья промежуточной части мостовидного протеза
- 1) под давлением
 - 2) центробежное
 - 3) вакуумное
 - 4) по выплавляемым моделям на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+3+4
366. Огнеупорные модели челюстей получают
- 1) без дублирования гипсовых моделей челюстей
 - 2) дублированием гипсовых моделей челюстей
 - 3) 1+2
367. При протезировании металлоакриловыми мостовидными протезами к слизистой оболочке должна прилегать
- 1) металлическая часть, что предотвращает травму слизистой при набухании пластмассовой облицовки
 - 2) пластмассовая часть, что предотвращает травму слизистой оболочки

- металлической частью тела протеза
- 3) не должны прилегать элементы тела протеза
368. Минимальная толщина стенки восковой модели опорной коронки каркаса цельнолитого мостовидного протеза (с учетом пластмассового колпачка) для обеспечения качества отливок и допуска на механическую обработку металла должна быть
- 1) 1–1,5 мм
 - 2) 2 мм
 - 3) 0,4–0,5 мм
369. На всей поверхности каркаса металлокерамического протеза при моделировке
- 1) не должно быть острых углов, резких поднутрений
 - 2) должны быть хорошо выражены углы
 - 3) должны быть хорошо выражены углы и поднутрения
370. Показание к созданию разборного мостовидного протеза
- 1) подвижность опорных зубов
 - 2) концевой дефект зубного ряда
 - 3) большое количество опорных зубов
 - 4) большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект
 - 5) большая протяженность дефекта зубного ряда
371. Опорами съемного мостовидного протеза могут быть
- 1) коронки, полукоронки, штифтовые зубы, вкладки
 - 2) вкладки, коронки, штифтовые культевые вкладки, полукоронки
 - 3) полукоронки, штифтовые зубы, вкладки, опорно–удерживающие кламмеры
 - 4) опорно–удерживающие кламмеры, полукоронки, штифтовые зубы, телескопические коронки
 - 5) телескопические коронки, опорно–удерживающие кламмеры, замковые крепления
372. Составными частями несъемного мостовидного протеза являются
- 1) опорные коронки
 - 2) промежуточная часть
 - 3) кламмеры
 - 4) дуга
 - 5) 1+2
 - 6) 3+4
373. Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность
- 1) до 30%
 - 2) до 60%
 - 3) до 100%
374. Способ передачи жевательного давления в мостовидных протезах
- 1) физиологический

- 2) нефизиологический
- 3) полуфизиологический

375. Выбор количества опорных зубов

при планировании конструкции мостовидного протеза зависит

- 1) от состояния пародонта зубов антагонистов
- 2) от топографии дефекта зубного ряда
- 3) от протяженности дефекта зубного ряда
- 4) от состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
- 5) от материала и метода изготовления протеза
- 6) 2+3+4
- 7) 1+2+3+4+5

376. При протезировании мостовидным протезом

с односторонней опорой отрицательным является

- 1) необходимость депульпирования опорного зуба
- 2) неудовлетворительное эстетическое качество
- 3) наличие опрокидывающего момента в области опорного зуба
- 4) сошлифовывание большого количества тканей опорного зуба

377. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают

- 1) топографию дефекта зубного ряда
- 2) состояние пародонта зубов антагонистов
- 3) величину дефекта зубного ряда
- 4) абсолютную силу жевательных мышц
- 5) анатомическую форму зубов
- 6) состояние пародонта опорных зубов
- 7) 1+2+3+6
- 8) 4+5

378. Форма тела мостовидного протеза в области передних зубов

- 1) касательная
- 2) промывная
- 3) седловидная
- 4) может быть любой
- 5) зависит от протяженности дефекта

379. Проверка каркаса опорных коронок является клиническим этапом при протезировании мостовидным протезом

- 1) любым
- 2) паяным
- 3) цельнолитым
- 4) металлоакриловым
- 5) металлокерамическим

380. На этапе проверки конструкции паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории

- 1) на модели
- 2) без модели
- 3) на гипсовых и/или металлических столбиках

381. Для постоянной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют
- 1) репин
 - 2) цемент Висфат
 - 3) водный дентин
 - 4) цемент Силидонт
382. Пластиночный протез состоит
- 1) из базиса с искусственными зубами в области отсутствующих зубов
 - 2) из кламмеров
 - 3) из замковых креплений
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
383. Границы базиса съемного пластиночного протеза с вестибулярной стороны проходят
- 1) по переходной складке верхней и нижней челюсти
 - 2) по переходной складке верхней челюсти, обходя уздечку верхней челюсти и щечные тяжи
 - 3) по переходной складке нижней челюсти, обходя подвижные уздечки и тяжи нижней челюсти
 - 4) 2+3
384. Кламмеры делятся на следующие группы
- 1) по форме
 - 2) по способу изготовления
 - 3) по величине охвата естественного зуба, по функции
 - 4) удерживающие, опорно–удерживающие, опирающиеся
 - 5) 1+2+3
 - 6) 2+4
385. По величине охвата естественного зуба различают кламмеры
- 1) одноплечие
 - 2) двухплечие
 - 3) расщепленные, перекидные
 - 4) кольцевые, многозвеньевые
 - 5) 1+2+3+4
 - 6) 1+2+4
386. Воображаемая линия, проходящая через удерживающие кончики кламмеров на опорных зубах, называется
- 1) диагональной
 - 2) экваторной
 - 3) кламмерной
387. Составные элементы удерживающего кламмера
- 1) плечо
 - 2) отросток
 - 3) тело
 - 4) окклюзионная накладка

- 5) 1+2+3
- 6) 1+2+3+4

388. Опорно–удерживающий кламмер состоит

- 1) из плеча
- 2) из отростка
- 3) из тела
- 4) из окклюзионной накладки
- 5) из ответвления
- 6) 1+2+3+4
- 7) 1+2+3+4+5

389. Плечо удерживающего кламмера должно

- 1) располагаться между экватором и десной
- 2) располагаться между экватором и жевательной поверхностью
- 3) прилегать к зубу в одной точке
- 4) прилегать к зубу в максимальном количестве точек
- 5) 1+4
- 6) 2+3

390. Упругость плеча кламмера зависит

- 1) от материала, из которого он изготовлен
- 2) от толщины кламмера
- 3) от длины плеча
- 4) от вида прикуса
- 5) 1+3+4
- 6) 1+2+3

391. Функциональное назначение стабилизирующей части плеча кламмера

- 1) препятствует действию сил, направленных косо под углом
- 2) препятствует действию сил, направленных горизонтально
- 3) препятствует смещению шины в вертикальном направлении
- 4) удерживает зуб от смещения при вертикальном его нагружении
- 5) 1+2
- 6) 3+4
- 7) 1+2+3+4

392. Требование, предъявляемое к опорным зубам для кламмерной фиксации

- 1) устойчивость зубов
- 2) отсутствие хронического воспалительного околоверхушечного очага
- 3) выраженная анатомическая форма
- 4) все перечисленное

393. Показание к применению искусственных коронок для кламмерной фиксации

- 1) аномальная форма зуба
- 2) большая часть зуба восстановлена пломбировочным материалом
- 3) обнажение шейки зуба
- 4) гиперестезия эмали
- 5) наклон зуба в сторону дефекта

- 6) все перечисленное
394. Выбор количества опорных зубов для фиксации частичных съемных протезов зависит
- 1) от состояния пародонта зубов–антагонистов
 - 2) от топографии дефекта зубного ряда
 - 3) от протяженности дефекта зубного ряда
 - 4) от состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
 - 5) от материала и типа протеза
 - 6) 1+2+3+4
 - 7) 1+2+3+4+5
395. Существует способ соединения кламмера с базисом протеза
- 1) жесткое
 - 2) пружинящее
 - 3) линейное
 - 4) суставное
 - 5) 1+2+4
 - 6) 1+2+3
396. Определить центральную окклюзию проще
- 1) при полном отсутствии зубов
 - 2) при одиночно сохранившихся зубах
 - 3) при наличии зубов–антагонистов
397. Окклюзионная поверхность прикусного валика в переднем отделе должна быть параллельна
- 1) линии от козелка уха до кончика носа
 - 2) зрачковой линии
 - 3) линии надбровных дуг
398. Окклюзионная поверхность прикусного валика в боковом отделе должна быть параллельна
- 1) линии от козелка уха до кончика носа
 - 2) зрачковой линии
 - 3) линии края нижней челюсти
399. Наиболее объективным методом определения высоты нижней части лица является
- 1) анатомический
 - 2) анатомо–функциональный
 - 3) антропометрический
400. Функциональный покой жевательных мышц характеризуется
- 1) наличием расстояния между окклюзионной поверхностью зубных рядов 2–6 мм
 - 2) плотно сжатыми зубами
 - 3) открытым ртом
401. Искусственные зубы для съемных протезов подбираются
- 1) по форме
 - 2) по цвету

- 3) по размеру
 - 4) по величине
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+4
402. Режущие края искусственных центральных резцов в съемном протезе должны
- 1) при закрытом рте совпадать с линией смыкания губ
 - 2) быть видны при разговоре на 1–2 мм
 - 3) быть не видны вообще
 - 4) 1+3
 - 5) 1+2
403. Искусственные зубы для съемного протеза бывают
- 1) металлические
 - 2) пластмассовые
 - 3) фарфоровые
 - 4) комбинированные
 - 5) керамические
 - 6) 2+3
 - 7) 2+4+5
404. Постановку искусственных зубов на приточке осуществляют
- 1) при короткой верхней губе
 - 2) при длинной верхней губе
 - 3) при выраженном альвеолярном отростке в переднем отделе
 - 4) при атрофии альвеолярного отростка в переднем отделе
 - 5) 1+3
 - 6) 2+4
405. Преимущество пластмассовых искусственных зубов перед фарфоровыми
- 1) больше твердость
 - 2) более надежное соединение с базисом протеза
 - 3) возможность постановки на приточке
 - 4) возможность использования при глубоком прикусе
 - 5) более легкая коррекция окклюзионной поверхности
 - 6) 2+3+4+5
 - 7) 1+2+4
406. Проверку восковой конструкции пластиночного протеза начинают
- 1) с определения высоты нижнего отдела лица
 - 2) с введения репродукции протеза в полость рта
 - 3) с оценки конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе
407. Постановка боковых искусственных зубов в съемном протезе осуществляется
- 1) на 1,5 мм снаружи от дуги альвеолярного отростка
 - 2) посередине альвеолярного отростка
 - 3) внутрь от альвеолярного отростка

408. Проверка восковой репродукции съемного пластиночного протеза проводится
- 1) на модели
 - 2) в полости рта
 - 3) 1+2
409. При проверке конструкции частичного съемного протеза между искусственными и естественными зубами–антагонистами должно быть
- 1) плотное смыкание
 - 2) наличие щели 1,5–2 мм
410. Возможные ошибки, выявляемые при проверке конструкции съемного протеза
- 1) неправильная фиксация положения центральной окклюзии
 - 2) цвет искусственных зубов очень отличается от естественных
 - 3) граница базиса протеза не соответствуют данным клиническим условиям
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
411. Свободное наложение съемного пластиночного протеза затруднено из-за
- 1) дефектов рабочей поверхности гипсовой модели
 - 2) дефектов базиса протеза
 - 3) выраженного экватора сохранившихся зубов
 - 4) отсутствия изоляции костных выступов и небного валика (торуса)
 - 5) 1+2+3+4
412. Факторы, влияющие на длительность периода адаптации к съемным пластиночным протезам
- 1) площадь базиса протеза, обусловленная топографией дефекта
 - 2) индивидуальные психосоматические особенности пациента
 - 3) толщина базиса протеза
 - 4) особенности конструирования искусственных зубных рядов
 - 5) метод фиксации протеза
 - 6) 1+2+3+5
 - 7) 1+3+5
413. Съемный пластиночный протез ночью необходимо хранить
- 1) в кипяченой воде
 - 2) в спиртовом растворе
 - 3) в сухом виде
414. Съемные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность
- 1) до 20–40%
 - 2) до 50–70%
 - 3) до 70–90%
 - 4) до 90–100%
415. Для реставрации пластиночного протеза оттиск необходимо получить

- 1) при переломе базиса
 - 2) при трещине в базисе
 - 3) при отломе кламмера
 - 4) при добавлении искусственного зуба
 - 5) при уточнении границ базиса протеза
 - 6) 1+2
 - 7) 3+4+5
 - 8) 1+2+3+4+5
416. Показанием к непосредственному протезированию является
- 1) множественный кариес
 - 2) удаление передних зубов
 - 3) деформация зубных рядов
417. При непосредственном протезировании зубных рядов протезы создают
- 1) до операции
 - 2) через 5–7 дней после удаления зубов
 - 3) через 2 недели после удаления зубов.
418. Применение непосредственных протезов позволяет
- 1) сохранить высоту нижнего отдела лица, которая может быть изменена в результате удаления зубов, фиксирующих межальвеолярную высоту
 - 2) ускорить репаративные процессы альвеолярных частей
 - 3) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов
 - 4) восстановить речь, функцию жевания
 - 5) устранить эстетические дефекты
 - 6) 1+2+3
 - 7) 2+4+5
 - 8) 1+2+3+4+5
419. При непосредственном протезировании рабочие оттиски снимают
- 1) через 4 и более недель после удаления зубов
 - 2) через 1–5 дней после удаления зубов
 - 3) до удаления зубов
420. Для определения центральной окклюзии в полости рта из зуботехнической лаборатории в клинику поступают гипсовые модели
- 1) фиксированные в окклюдаторе
 - 2) с восковыми базисами и окклюзионными валиками
 - 3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками, фиксированными в окклюдаторе
421. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти
- 1) диагональное
 - 2) парасагиттальное
 - 3) поперечное
422. Фарфоровые искусственные зубы фиксируются в базисе протеза
- 1) механическим способом

- 2) химическим способом
 - 3) 1+2
423. Удержание съемного протеза в полости рта в состоянии покоя называется
- 1) фиксация
 - 2) стабилизация
424. Удержание съемного протеза в полости рта во время жевания называется
- 1) фиксация
 - 2) стабилизация
425. Для проверки восковой репродукции съемного протеза в клинику поступает
- 1) восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели
 - 2) пластмассовый базис с зубами и кламмерами
 - 3) восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели
 - 4) восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе
426. Плотность фиссурно–бугоркового контакта между искусственными зубами съемных пластиночных протезов проверяют на этапе
- 1) определения центральной окклюзии
 - 2) проверки восковой репродукции протеза в полости рта
 - 3) припасовки и наложения протезов
 - 4) коррекции протезов
 - 5) 2+3+4
427. Срок контрольного посещения после наложения съемного пластиночного протеза
- 1) определяется больным
 - 2) на следующий день после наложения протеза
 - 3) через неделю после наложения протеза
428. Припасовка съемного пластиночного протез проводится
- 1) зубным техником на модели
 - 2) врачом в полости рта
 - 3) зубным техником на модели, затем врачом в полости рта
429. Первая фаза адаптации к съемному протезу по Е.И. Гаврилову
- 1) полное торможение
 - 2) частичное торможение
 - 3) раздражение
430. Вторая фаза адаптации к съемному протезу по Е.И. Гаврилову
- 1) полное торможение
 - 2) частичное торможение
 - 3) раздражение
431. Третья фаза адаптации к съемному протезу по Е.И. Гаврилову
- 1) полное торможение

- 2) частичное торможение
 - 3) раздражение
432. При наличии сильных болей перед коррекцией съемного пластиночного протеза больному рекомендуется
- 1) не снимать протез до посещения врача
 - 2) снять протез, но надеть за 3–4 часа перед коррекцией
 - 3) снять протез до посещения врача
433. Дуговой протез включает в себя
- 1) искусственные зубы, базис, ответвления, опорно–удерживающие элементы
 - 2) дугу, седла, искусственные зубы, ответвления, опорно–удерживающие элементы
 - 3) дугу, ответвления, искусственные зубы, опорно–удерживающие элементы
434. При использовании дугового протеза во время жевания давление передается
- 1) на периодонт опорных зубов
 - 2) на слизистую оболочку альвеолярных частей
 - 3) на височно–нижнечелюстной сустав
 - 4) 1+2+3
435. Базисом в дуговом протезе являются
- 1) седла
 - 2) дуга
 - 3) ретенционные решетки
436. Функция дуги в дуговом протезе
- 1) вспомогательная роль – соединительный элемент
 - 2) распределение жевательной нагрузки
 - 3) дробитель нагрузки
437. Число седел в дуговом протезе должно соответствовать числу дефектов
- 1) да
 - 2) нет
438. Виды крепления дугового протеза на опорных зубах
- 1) замковое
 - 2) с помощью опорно–удерживающих кламмеров
 - 3) 1+2
439. Из какого материала отливается каркас дугового протеза?
- 1) сталь нержавеющей
 - 2) хромокобальтовый сплав
 - 3) серебряно–палладиевый сплав
440. Какая пластмасса используется для базиса дугового протеза?

- 1) этакрил
 - 2) протакрил
 - 3) синма–М
 - 4) фторакс
 - 5) акрел
 - 6) 1+4+5
441. Для чего применяется огнеупорная модель при создании дуговых протезов?
- 1) для компенсации усадки металлической отливки
 - 2) для лучшей фиксации протеза
 - 3) для определения путей введения протеза
 - 4) для устранения деформации восковой конструкции
 - 5) 1+2
442. Какой толщины должна быть дуга протеза на верхней челюсти?
- 1) 0,2 мм
 - 2) 1–1,5 мм
 - 3) 0,6 мм
443. Какой ширины должна быть дуга протеза на верхней челюсти?
- 1) 2 мм
 - 2) 10–12 мм
 - 3) 5–8 мм
444. Какой толщины должна быть дуга протеза на нижней челюсти?
- 1) 5–8 мм
 - 2) 1–1,5 мм
 - 3) 1,5–2 мм
445. Какой ширины должна быть дуга протеза на нижней челюсти?
- 1) 2–3 мм
 - 2) 5–8 мм
 - 3) 1 см
446. На какую величину должна отстоять дуга протеза на верхней челюсти от слизистой оболочки?
- 1) 0,1–0,3 мм
 - 2) 0,5 мм
 - 3) 0,7–0,9 мм
447. На какую величину должна отстоять дуга нижней челюсти от слизистой оболочки?
- 1) 1–1,5 мм
 - 2) 0,2 мм
 - 3) 0,9 мм
448. Какая технология дуговых протезов отвечает современным требованиям?
- 1) получение цельнолитого каркаса дугового протеза
 - 2) получение паяного каркаса дугового протеза
449. Какой оптимальный вариант расположения кламмерной линии в частичных съемных протезах на верхней челюсти?

- 1) трансверзальный
- 2) диагональный
- 3) парасагиттальный

450. Какая кламмерная линия используется в частичных съемных протезах на нижней челюсти?

- 1) парасагиттальная
- 2) диагональная
- 3) трансверзальная

451. Типы соединения кламмера дугового протеза с седлом

- 1) жесткое
- 2) шарнирное
- 3) пружинящее
- 4) 1+2+3

452. Телом кламмера называется его

- 1) пружинящая часть
- 2) неподвижная часть
- 3) та часть, которая служит креплением кламмера в протезе

453. Какие кламмеры получили большее распространение при использовании дуговых протезов?

- 1) литые
- 2) гнутые
- 3) петлевидные

454. Как называется линия на гипсовом зубе, которую очерчивает графитовый стержень параллелометра?

- 1) линия А
- 2) разделительная линия
- 3) кламмерная линия

455. Крепление Шредера и Румпеля – это

- 1) балочная система крепления
- 2) многозвеньевой кламмер
- 3) замковое крепление

456. Какой элемент дугового протеза обеспечивает его стабилизацию?

- 1) дуга
- 2) опорно–удерживающий кламмер
- 3) седло
- 4) ответвления
- 5) 2+3

457. Наиболее важной линией при расположении элементов опорно–удерживающего кламмера является

- 1) линия анатомического экватора
- 2) разделительная линия
- 3) линия десневого края

458. Функциональное назначение дробителя нагрузки (амортизатора жевательного давления)

- 1) уменьшение передачи давления с седла на опорный зуб
- 2) уменьшение горизонтального компонента функциональной нагрузки
- 3) уменьшение опрокидывающего эффекта
- 4) 1+3
- 5) 1+2+3

459. Часть опорно–удерживающего кламмера, обеспечивающая ретенцию дугового протеза при вертикальных смещениях, располагается

- 1) в буферной зоне
- 2) в окклюзионной зоне
- 3) в ретенционной зоне
- 4) в зоне безопасности

460. Окклюзионная накладка должна располагаться по отношению к оси зуба следующим образом

- 1) совпадать с осью зуба
- 2) быть приблизительно перпендикулярной продольной оси зуба
- 3) под углом в 45° к вертикальной оси зуба

461. Если при изучении моделей в параллеломере используют ее задний наклон, то путь наложения дугового протеза будет

- 1) вертикальным
- 2) горизонтальным
- 3) спереди назад
- 4) сзади наперед

462. Если при изучении моделей в параллеломере используют ее правый боковой наклон, то путь наложения дугового протеза будет

- 1) вертикальным
- 2) горизонтальным
- 3) сзади наперед
- 4) со стороны, противоположной наклону, т.е. слева направо
- 5) спереди налево
- 6) справа налево

463. Разделительная линия, проведенная на коронке зуба, должна пересекаться

- 1) окклюзионной накладкой
- 2) удерживающим плечом кламмера
- 3) когтевидным отростком

464. Основным фактором, ведущим к возникновению деформации окклюзионной поверхности зубных рядов, является

- 1) множественное кариозное поражение окклюзионной поверхности зубов
- 2) неравномерная и локализованная стираемость зубов

- 3) частичное отсутствие зубов
 - 4) разрушение или истирание пломбировочных материалов
 - 5) новообразование челюстей
 - 6) травматическое поражение челюстей
 - 7) все перечисленное
465. Частичная потеря зубов приводит
- 1) к деформации альвеолярной части (отростка)
 - 2) к смещению зубов, блокированию движений нижней челюсти в сагиттальном направлении
 - 3) к макроглоссии, гиперсаливации
 - 4) 1+2
466. Постановка диагноза при деформациях окклюзионной поверхности осуществляется на основе изучения
- 1) прицельных рентгенограмм зубов
 - 2) жалоб пациента и внешнего осмотра лица
 - 3) диагностических моделей челюстей, ортопантомограммы и телерентгенограммы
 - 4) мастикардиограммы и гнатодинамометрии
467. Аппаратурно–хирургический метод лечения включает в себя
- 1) избирательное сошлифовывание зубов, перемещение нижней челюсти
 - 2) покрытие зубов искусственными коронками, применение аппарата для перемещения зубов в вестибулооральном, мезиодистальном направлении
 - 3) компактостеотомию, аппаратурное лечение, протезирование
468. Основная цель лечения деформации окклюзионной поверхности зубных рядов
- 1) нормализация функции височно–нижнечелюстного сустава и жевательных мышц
 - 2) восстановление эстетики
 - 3) нормализация речи
 - 4) выравнивание окклюзионной поверхности зубов
 - 5) устранение функциональной перегрузки пародонта переместившихся зубов и зубов, блокирующих движения нижней челюсти
 - 6) 1+4+5
469. Причинами возникновения синдрома Костена являются
- 1) травма височно–нижнечелюстного сустава, общие инфекционные заболевания, ревматизм, подагра, уменьшение межальвеолярной высоты
 - 2) уменьшение межальвеолярной высоты, сифилис, неврит лицевого нерва, новообразования в области ВНЧС
 - 3) перелом в области шейки мышечного отростка, анкилоз ВНЧС, туберкулез кости
 - 4) уменьшение межальвеолярной высоты

470. Синдром Костена проявляется в следующем
- 1) боль при перкуссии зубов, гипертрофия слизистой оболочки альвеолярного гребня, шум в ушах, сухость во рту, головокружение
 - 2) боль или хруст в ВНЧС, шум в ушах, головокружение, боли в ушах и заушной области, в шейном отделе и затылочной области, головная боль, чувство жжения в языке и глотке, сухость во рту или повышенное слюноотделение, тризм, боль в области придаточных пазух носа
 - 3) боль и хруст в ВНЧС, иррадиирующие в ухо, верхнюю и нижнюю челюсть, а также соответствующую половину головы, головная боль, тяжесть и ломота в суставах всего тела, самопроизвольные ноющие боли отдельных зубов
471. Какие изменения возможны в жевательном аппарате больных при нарушении окклюзионных взаимоотношений и уменьшении межальвеолярной высоты?
- 1) нарушение жевательной функции, неравномерное распределение жевательного давления, формирование глубокого травмирующего прикуса, дисфункция ВНЧС
 - 2) нарушение дикции, заболевания языка и ЛОР-органов, парафункции мышц
 - 3) травмирование слизистой оболочки полости рта, заболевания губ, асимметрия лица, заеды в углах рта
472. Назовите главные симптомы деформаций, возникающих вследствие потери зубов при зубочелюстных аномалиях
- 1) увеличение межальвеолярной высоты, блокада движений нижней челюсти, мезиальный сдвиг нижней челюсти
 - 2) уменьшение межальвеолярной высоты, блокада движений нижней челюсти
 - 3) уменьшение межальвеолярной высоты, блокада движений нижней челюсти, дистальный сдвиг нижней челюсти
473. Назовите цели выравнивания окклюзионной поверхности деформированного зубного ряда при полном отсутствии зубов на другой челюсти
- 1) предотвращение функциональной перегрузки оставшихся зубов
 - 2) улучшение стабилизации полного съемного протеза
 - 3) улучшение фиксации полного съемного протеза
 - 4) изменение активности мышц в покое
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+3
 - 7) 3+4
474. Возникновение преждевременных контактов отдельных зубов при смыкании челюстей происходит из-за

- 1) отсутствия соседних зубов
- 2) повышенной стираемости пломбы на окклюзионной поверхности зуба–антагониста
- 3) неравномерной стираемости или отсутствия стираемости отдельных зубов, групп зубов
- 4) изменения положения зубов вследствие поражения пародонта
- 5) 1+2
- 6) 3+4

475. Деформация окклюзионной поверхности зубного ряда возникает из-за

- 1) отсутствия соседних зубов и зубов–антагонистов
- 2) повышенной стираемости отдельных групп зубов и отсутствия стираемости других групп зубов
- 3) отсутствия стираемости отдельных зубов, групп зубов
- 4) изменения положения зубов вследствие поражения пародонта
- 5) 1+2+4
- 6) 3+4

476. Показанием к избирательному пришлифовыванию зубов является

- 1) преждевременный контакт или наличие контакта только на отдельных зубах при смыкании челюстей в центральной, боковых и передней окклюзии
- 2) открытый прикус
- 3) перекрестный прикус

477. Шина – это

- 1) средство замещения дефектов зубных рядов
- 2) аппарат для иммобилизации группы зубов или всегозубного ряда
- 3) аппарат для нормализации межальвеолярной высоты

478. Каким аппаратом можно провести изменение межальвеолярной высоты?

- 1) съемным накусочным
- 2) несъемной зубной каппой
- 3) дуговым (бюгельным) протезом с окклюзионными накладками
- 4) 1+2+3
- 5) 1+2

479. Какие из нижеперечисленных материалов позволяют получить “жемчужный” феномен искусственных зубов?

- 1) диметакрилаты
- 2) люминофоры
- 3) гирдоксилапатиты

480. Какие из нижеперечисленных материалов используют для получения функциональных оттисков с беззубых челюстей?

- 1) Альфасил, Ксантопрен
- 2) Упин, Стомальгин, Оралгин
- 3) Протакрил, Редонт

481. Какие из нижеперечисленных материалов используют для изготовления базисов полных съемных протезов?

- 1) Комподент, Эвикрол, Микрофил
 - 2) Сикор, Силит
 - 3) Этакрил, Фторакс, Бакрил
482. Клинические признаки полной потери зубов
- 1) потеря фиксированной межальвеолярной высоты, изменение внешнего вида пациента
 - 2) увеличение угла нижней челюсти
 - 3) уменьшение угла нижней челюсти
 - 4) 1+2
 - 5) 1+3
483. Кем было введено понятие “буферные зоны”?
- 1) Оксманом
 - 2) Васильевым
 - 3) Гавриловым.
484. К биомеханическим методам фиксации полных съемных протезов относятся
- 1) анатомическая ретенция, внутрикостные импланты
 - 2) использование магнитов, утяжеление протезов
 - 3) явление адгезии
485. К биофизическим методам фиксации полных съемных протезов относится
- 1) крепление с помощью пружин Фошара
 - 2) присасывающие камеры
 - 3) утяжеление нижних протезов
 - 4) создание краевого замыкающего клапана
486. Проба “глотания слюны” применяется для припасовки индивидуальной ложки на нижней челюсти в области
- 1) края, расположенного в ретромолярной области
 - 2) вдоль челюстно-подъязычной линии
 - 3) на подъязычном крае ложки
487. Проба “широкое открывание рта” применяется для припасовки индивидуальной ложки на верхней челюсти в области
- 1) щечных уздечек
 - 2) переднего отдела
 - 3) альвеолярных бугров верхней челюсти до места постановки моляров
488. После наложения полного съемного протеза на верхнюю челюсть нарушается произношение фонемы “К” в результате
- 1) утолщения и удлинения дистального отдела протеза
 - 2) укорочения дистального отдела протеза
 - 3) утолщения базиса протеза в области боковых зубов
489. Межальвеолярную высоту можно определить с помощью фонем
- 1) “К”
 - 2) “С”, “И”, “З”

- 3) “Ф”, “И”, “В”
490. У пациента после реставрации полного съемного протеза верхней челюсти спустя 5 дней появилось ощущение жжения под протезом. Объективно гиперемия, отек и разрыхление слизистой оболочки твердого неба. Предположительный диагноз
- 1) токсический стоматит
 - 2) обострение хронического гастрита
 - 3) острая респираторная вирусная инфекция
491. Единую классификацию беззубых челюстей предложил
- 1) Оксман
 - 2) Келлер
 - 3) Шредер
492. Проба “вытягивания губ” требует припасовки индивидуальной ложки верхней челюсти в области
- 1) передних зубов
 - 2) щечных уздечек
 - 3) боковых зубов
493. Когда используется компрессионный оттиск?
- 1) при резкой атрофии альвеолярных частей
 - 2) при податливой слизистой оболочки
 - 3) при низком прикреплении уздечек и тяжей
494. Хирургическая подготовка при полной потере зубов необходима в случае
- 1) хейлита, кандидоза
 - 2) наличия рубцов на слизистой оболочке, острой зубчатой вершины альвеолярного гребня
 - 3) снижения межальвеолярной высоты
495. Что такое “стабилизация полного съемного протеза”?
- 1) устойчивость протеза к горизонтальным и косым нагрузкам
 - 2) устойчивость протеза к вертикальному сбрасыванию
 - 3) 1+2
496. Компрессионный оттиск желательно получить
- 1) под произвольным давлением
 - 2) под жевательным давлением
 - 3) под дозированным давлением
497. При проверке конструкции протезов обнаружена щель между передними зубами в положении центральной окклюзии. Ваша тактика
- 1) повторная постановка зубов на верхнюю и нижнюю челюсть
 - 2) повторная постановка зубов на верхнюю челюсть
 - 3) повторная постановка зубов на нижнюю челюсть
 - 4) повторное определение центрального соотношения челюстей

498. При наложении полного съемного протеза на верхнюю челюсть наблюдается его балансирование. Причина
- 1) отсутствие изоляции небного валика
 - 2) нарушение окклюзии при постановке зубов
 - 3) атрофия альвеолярного отростка 4 класса по Оксману
499. В течение какого времени происходит окончательная адаптация к полным съемным протезам при первичном протезировании больных
- 1) 3–6 месяцев – 1 год
 - 2) 1–2 месяца
 - 3) 2–3 недели
500. Какой фонетической пробой определяют положение передних зубов у полного съемного протеза на верхней челюсти?
- 1) “вэф”, “свифт”
 - 2) “сос”
 - 3) “боб”, “поп”
501. Наиболее объективным методом определения межальвеолярной высоты является
- 1) анатомический
 - 2) анатомо–функциональный
 - 3) антропометрический
 - 4) функциональный
502. При проверке конструкции полного съемного протеза в клинику поступает
- 1) восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели
 - 2) пластмассовый базис с искусственными зубами
 - 3) восковой базис с зубами на гипсовой модели в окклюдаторе
503. Для получения рабочих моделей челюстей для полных съемных протезов оттиски заполняют
- 1) обычным гипсом
 - 2) супергипсом
 - 3) огнеупорной массой
504. С помощью каких фонетических проб можно формировать дистальную границу полного съемного протеза на верхней челюсти
- 1) “как”
 - 2) “вэф”, “свифт”
 - 3) “поп”, “мом”
505. Отмечается значительная стираемость искусственных зубов полных съемных протезов. Имеется западение щек, резкая выраженность носогубных и подбородочных складок. Ваша тактика перед повторным протезированием
- 1) повторное протезирование с применением фарфоровых зубов
 - 2) специальная ортопедическая подготовка с коррекцией межальвеолярной высоты на старом протезе

- 3) хирургическая подготовка
506. Материал, используемый для коррекции полных съемных протезов при повышенной чувствительности слизистой оболочки, костных выступах, непереносимости пластмассы
- 1) Ортосил–М
 - 2) Стомальгин
 - 3) Геркулайт
507. Основным методом фиксации полных съемных протезов в настоящее время является
- 1) биофизический
 - 2) применение клеящих кремов и порошков
 - 3) применение имплантатов
508. Вторичный травматический синдром развивается вследствие
- 1) воздействия неадекватной нагрузки на ранее интактный пародонт
 - 2) присоединения к хронической травме воспалительного процесса
 - 3) воздействия адекватной нагрузки на ослабленный пародонт
509. Наличие преждевременных контактных пунктов зубов выявляют при использовании
- 1) восковой пластинки
 - 2) копировальной бумаги
 - 3) диагностических моделей челюстей
 - 4) визуально
 - 5) записи движения нижней челюсти
 - 6) 1+2+3+4+5
 - 7) 1+2+5
510. При ортопедическом лечении травматической окклюзии важно
- 1) устранить или ослабить функциональную перегрузку пародонта
 - 2) восстановить жевательную эффективность
 - 3) разгрузить зубы с наиболее пораженным пародонтом за счет зубов, у которых он лучше сохранен
 - 4) вернуть зубному ряду утраченное единство
 - 5) предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальных нагрузок
 - 6) шинирование зубов и протезирование
 - 7) 1+2+3+4
 - 8) 1+3+4+5+6
511. Избирательное пришлифовывание зубов наиболее эффективно
- 1) при патологической подвижности зубов
 - 2) в ранних стадиях заболевания пародонта
 - 3) 1+2 (независимо от стадии заболевания)
512. Необходимо выявлять и устранять преждевременные контакты зубов
- 1) в задней, центральной, передней и боковых окклюзиях
 - 2) в передней и боковых окклюзиях
 - 3) в центральной и боковых окклюзиях

4) в центральной и передней окклюзиях

513. Возможным осложнением при избирательном пришлифовывании зубов является
- 1) гиперестезия твердых тканей зубов
 - 2) кариес
 - 3) пульпит
 - 4) снижение межальвеолярной высоты
 - 5) выключение зубов из окклюзионных контактов
 - 6) 1+3+4+5
 - 7) 1+2+3+4+5
514. При ортогнатическом прикусе сошлифовыванию для устранения преждевременных контактов подлежат
- 1) сместившиеся из лунки и удлинившиеся резцы
 - 2) нижние щечные и верхние небные бугорки
 - 3) верхние щечные и нижние язычные бугорки
 - 4) нижние щечные и верхние щечные бугорки
 - 5) верхние небные и нижние язычные бугорки
 - 6) 1+3
515. Использование временных шин целесообразно
- 1) в период консервативной и хирургической терапии заболеваний пародонта
 - 2) при подвижности зубов III–IV степени
 - 3) как ретенционный аппарат после ортодонтического перемещения зубов
 - 4) 1+2+3
 - 5) 1+3
516. К временным шинам относятся
- 1) колпачковая шина
 - 2) шина из панцирных накладок
 - 3) шина Эльбрехта
 - 4) круговая (вестибуло–оральная) шина из быстротвердеющих пластмасс
 - 5) съемная шина Ванкевич
517. Съемные временные назубные шины готовят
- 1) из сплава металлов
 - 2) из пластмассы
 - 3) 1+2
518. При ортопедическом лечении травматической окклюзии применяют следующие конструкции
- 1) съемные
 - 2) несъемные
 - 3) временные
 - 4) постоянные
 - 5) все вышеперечисленное
519. Временные шины для лечения болезней пародонта должны
- 1) равномерно распределять жевательное давление

- 2) не препятствовать консервативной терапии
 - 3) не травмировать слизистую оболочку десны
 - 4) 1+2+3
 - 5) 2+3
520. Высокий эффект при травматической окклюзии достигается стабилизацией
- 1) передней и боковой
 - 2) переднебоковой
 - 3) поперечной
 - 4) круговой (по дуге)
521. Шинирование передних и боковых зубов с одной стороны челюсти называется стабилизацией
- 1) передней
 - 2) боковой
 - 3) переднебоковой
 - 4) поперечной
 - 5) круговой (по дуге)
522. Ортопедическое лечение первичной травматической окклюзии направлено
- 1) на профилактику заболеваний твердых тканей зуба
 - 2) на устранение причин, вызвавших заболевание
 - 3) на устранение первичного травматического синдрома
 - 4) на шинирование зубов с пораженным пародонтом
 - 5) на предупреждение функциональной перегрузки здорового пародонта
 - 6) 1+3+4
 - 7) 2+3+4+5
523. К несъемным типам шин постоянного пользования относятся
- 1) балочная шина, шина Ван–Тили, колпачковая шина, кольцевая шина
 - 2) шина из экваторных коронок на боковые зубы, вкладочная шина, шина Эльбрехта
 - 3) шина Мамлока, шина из панцирных накладок с парапульпарными штифтами, шина из полукоронок, экваторных коронок, колпачковая шина
 - 4) балочная шина с парапульпарными штифтами, шина Шпренга, шина Мамлока
524. Выбор вида и конструкции шины зависит
- 1) от степени резорбции костной ткани пародонта
 - 2) от расположения уздечек верхней и нижней губы
 - 3) от вида прикуса
 - 4) от целостности коронок зубов
 - 5) от величины и топографии дефектов зубных рядов
 - 6) все выше перечисленное
 - 7) 1+3+4+5
525. Конструкция цельнолитого съемного шинирующего протеза включает
- 1) опорно–удерживающие кламмеры и дуги
 - 2) пластмассовый базис с искусственными зубами

- 3) металлический каркас с шинирующими элементами
 - 4) 1+2
 - 5) 2+3
526. Для непосредственного протезирования вторичной травматической окклюзии наиболее пригоден
- 1) дуговой протез
 - 2) временный мостовидный протез
 - 3) съемный пластиночный протез
 - 4) дуговой протез с шинирующими элементами
527. При протезировании съемным непосредственным (иммедиат) протезом исключается клинический этап
- 1) получения оттисков и моделей
 - 2) определения центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
 - 3) проверка конструкции протеза
528. Применение непосредственных протезов при заболеваниях пародонта позволяет
- 1) сохранить высоту нижнего отдела лица
 - 2) устранить эстетический и фонетический недостаток при удалении передних зубов
 - 3) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов, восстановить функцию жевания
 - 4) нормализовать репаративные процессы альвеолярного гребня
 - 5) 1+2+3+4
 - 6) 1+2+3
529. Клиническими признаками деформаций зубных рядов при пародонтите является
- 1) вестибулярное смещение передних зубов
 - 2) смещение зубов в сторону отсутствующих антагонистов
 - 3) образование трем, увеличение диастем
 - 4) наклон зубов в сторону дефекта
 - 5) все вышеперечисленное
530. Для ортодонтического лечения вестибулярного перемещения и трем передних зубов при пародонтите применяют
- 1) связывание зубов лигатурной проволокой
 - 2) пластинки с вестибулярной ретракционной дугой
 - 3) аппарат Энгля
 - 4) все вышеперечисленное
531. В качестве шинирующих элементов в дуговых протезах могут использоваться
- 1) круговые кламмеры
 - 2) полукоронки
 - 3) когтеобразные отростки
 - 4) непрерывные многозвеньевые кламмеры
 - 5) шина–каппа
 - 6) 1+3+4+5
 - 7) 2+3+4

532. Показаниями к применению метода избирательного пришлифовывания зубов при травматической окклюзии являются

- 1) множественный кариес
- 2) преждевременные межзубные контакты
- 3) деформация зубных рядов
- 4) блокада движений нижней челюсти
- 5) 1+2
- 6) 2+3+4

533. Избирательное пришлифовывание бугорков и изменение наклона их скатов при травматической окклюзии проводится на зубах

- 1) верхней челюсти
- 2) нижней челюсти
- 3) верхней и нижней челюсти

534. При травматической окклюзии устраняют преждевременные контакты избирательным сошлифовыванием зубов

- 1) в задней окклюзии
- 2) в центральном соотношении
- 3) в боковых окклюзиях
- 4) в передней окклюзии
- 5) 1+2+3+4
- 6) 1+2
- 7) 2+3+4

535. Ортодонтическое лечение веерообразного расхождения зубов можно проводить при заболеваниях пародонта в стадии

- 1) компенсации
- 2) обострения
- 3) субкомпенсации
- 4) декомпенсации

536. Для дифференциальной диагностики между лейкоплакией и молочницей применяют метод исследования

- 1) цитологический
- 2) серологический
- 3) бактериологический
- 4) иммунологический

537. Санация полости рта при лейкоплакии и красном плоском лишае включает

- 1) устранение разноименных металлов и рациональное протезирование
- 2) шинирование зубов
- 3) сошлифовывание острых краев зубов и пломб
- 4) избирательное пришлифовывание окклюзионных поверхностей
- 5) 1+3
- 6) 2+4

538. Аллергия на стоматологические материалы относится

- 1) к реакциям гиперчувствительности немедленного типа
- 2) к реакциям гиперчувствительности замедленного типа

539. Жалобы больных при протетическом стоматите
- 1) чувство жжения
 - 2) сухость во рту
 - 3) нарушение вкусовой чувствительности
 - 4) 1+2+3
540. Протетический стоматит обусловлен
- 1) влиянием на слизистую оболочку полости рта остаточного мономера низкомолекулярных соединений, входящих в состав пластмасс
 - 2) токсическим воздействием продуктов жизнедеятельности микроорганизмов протезного ложа
 - 3) 1+2
541. Лечение протетического стоматита включает
- 1) замену протеза
 - 2) десенсибилизирующую терапию
 - 3) назначение витамина С
 - 4) обильное питье
 - 5) назначение мочегонных препаратов
 - 6) 1+2+3+4+5
542. При протезировании больных с лейкоплакией съёмными протезами использовать бесцветную пластмассу
- 1) рекомендуется
 - 2) не рекомендуется
543. При протезировании больных с лейкоплакией несъёмными протезами рекомендуется использовать
- 1) однородный металл с полировкой мест пайки
 - 2) цельнолитые мостовидные протезы
 - 3) 1+2
544. При протезировании больных с красным плоским лишаем несъёмными протезами применять цельнолитые конструкции из однородного металла
- 1) целесообразно
 - 2) не целесообразно
545. К неспецифическим факторам аллергизации организма при пользовании съёмными пластиночными протезами можно отнести следующие
- 1) нарушение теплообмена
 - 2) несоответствие протеза протезному ложу
 - 3) изменение водородного показателя слюны
 - 4) 1+2
 - 5) процессы истирания пластмассового базиса
 - 6) 1+2+3+5
546. Нормальные показатели микротоков полости рта
- 1) 1–3 мкА

- 2) 2–6 мкА
- 3) 2–5 мкА
- 4) 3–7 мкА

547. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при пользовании металлическими конструкциями протезов, относят

- 1) коррозионные процессы
- 2) изменение водородного показателя слюны в кислую сторону
- 3) процессы истирания
- 4) тепловой эффект
- 5) 1+2+3

548. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены пробы

- 1) аппликационная по Сорокину
- 2) провокационная
- 3) экспозиционная
- 4) лейкопеническая
- 5) 1+2+3+4

549. Чем обусловлено появление эрозивно–язвенных форм хронических заболеваний полости рта?

- 1) осложнениями частичной потери зубов
- 2) зубоальвеолярным удлинением
- 3) наличием в полости рта протезов из разнородных металлов

550. Какой сплав металлов для протеза предпочтительнее при системной красной волчанке?

- 1) КХС
- 2) серебряно–палладиевый сплав
- 3) золотой сплав
- 4) 2+3

551. Какие протезы целесообразно применять при хронической заеде?

- 1) протезы с использованием пластмассовых искусственных зубов
- 2) протезы с использованием фарфоровых искусственных зубов
- 3) протезы, восстанавливающие высоту нижнего отдела лица

552. Что показано для восстановления нормального состояния слизистой оболочки полости рта и микроэлементного состава слюны?

- 1) применение обволакивающих средств
- 2) удаление протезов из разнородных металлов
- 3) применение местноанестезирующих средств

553. Основными принципами протезирования при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай) являются

- 1) протезирование преимущественно съёмными протезами
- 2) использование только удерживающих кламмеров
- 3) расширение показаний к несъёмным конструкциям протезов

554. Стоматологические проявления болезни Шегрена
- 1) паротит
 - 2) ксеростомия
 - 3) множественный кариес
 - 4) гиперсаливация
 - 5) хроническое воспаление слизистой оболочки полости рта
 - 6) 1+2+3
 - 7) 2+5
555. При протезировании больных с синдромом Шегрена нужно
- 1) расширить показания к несъемным протезам
 - 2) расширить показания к частичным съемным пластиночным протезам
 - 3) расширить показания к дуговым (бюгельным) протезам
556. При протезировании больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки для оттисков применяют
- 1) гипс
 - 2) эластические оттисковые массы
 - 3) термопластические массы
557. При протезировании больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта съемными протезами следует
- 1) обязательно увеличить межальвеолярную высоту
 - 2) исключить увеличение межальвеолярной высоты
 - 3) применять только пластмассовые зубы
 - 4) использовать фарфоровые зубы
 - 5) полировать внутреннюю поверхность базиса протеза
 - 6) не полировать внутреннюю поверхность базиса протеза
 - 7) 1+3+6
 - 8) 2+4+5
 - 9) 1+4+6
558. Характерными признаками при аллергическом стоматите, вызванном протезами из сплавов металлов, является
- 1) изменение вкусовой чувствительности
 - 2) разлитая гиперемия слизистой оболочки, часто с эрозивными участками на щеках, языке, дне полости рта
 - 3) поражение кожи
 - 4) отек губ, щек, языка
 - 5) наличие отпечатков зубов на слизистой оболочке щек
 - 6) постоянное чувство жжения, более выраженное на верхней челюсти
 - 7) сухость полости рта
 - 8) обложенность, гиперемия, увеличение языка
 - 9) повышенная вязкость слюны
 - 10) все перечисленное
 - 11) 2+3+4+6
 - 12) 3+6+7+9

559. Характерными признаками при аллергическом стоматите, вызванном акрилатами, является

- 1) изменение вкусовой чувствительности
- 2) разлитая гиперемия слизистой оболочки, часто с эрозивными участками на щеках, языке, дне полости рта
- 3) поражение кожи
- 4) отек губ, щек, языка
- 5) наличие отпечатков зубов на слизистой оболочке щек
- 6) постоянное чувство жжения, более выраженное на верхней челюсти
- 7) сухость полости рта
- 8) обложенность, гиперемия, увеличение языка
- 9) высокая вязкость слюны
- 10) все перечисленное
- 11) 2+3+4+6
- 12) 3+6+7+9

560. Для токсического стоматита характерно появление

- 1) первых признаков, возникающих через 1–7 суток пользования съёмным протезом
- 2) первых признаков, возникающих через месяц и более пользования съёмным протезом
- 3) неизменности жжения слизистой оболочки после снятия протеза
- 4) уменьшение жжения слизистой оболочки при снятии протеза
- 5) гиперемии и отека под базисом протеза
- 6) гиперемии и отека за границами базиса протеза
- 7) 1+4+5
- 8) 2+3+6

561. Височно–нижнечелюстной сустав образован

- 1) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставным диском, суставным бугорком
- 2) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставной капсулой, суставным бугорком
- 3) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставной капсулой и связками, суставным диском, суставным бугорком, барабанной частью височной кости

562. Типы движений в верхнем и нижнем отделах ВНЧС

- 1) шарнирные
- 2) возвратно–поступательные
- 3) 1+2

563. Нарушения жевательно–речевого аппарата, вызывающие заболевания ВНЧС

- 1) понижение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц
- 2) повышение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц
- 3) расстройство координации сокращения латеральных крыловидных мышц

- 4) нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов
 - 5) 1+3
 - 6) 2+3+4
564. Назовите оптимальную схему реабилитации заболеваний ВНЧС
- 1) ортопедические, медикаментозные, хирургические методы
 - 2) ортопедические, физиотерапевтические методы, блокады жевательных мышц анестетиками, психотерапия
 - 3) психотерапия и медикаментозные методы, физиотерапия, миогимнастика, ортопедические методы
565. Для диагностики заболеваний ВНЧС должны проводиться следующие клинические методы исследования
- 1) осмотр нижнего отдела лица и зубных рядов в центральной окклюзии, функциональном покое, при максимальном открывании рта
 - 2) электроодонтометрия
 - 3) пальпация сустава и жевательных мышц
 - 4) оценка прикуса, окклюзионных и динамических соотношений зубных рядов
 - 5) анализ шумов в суставе
 - 6) получение и анализ диагностических моделей челюстей
 - 7) 1+2+3+4+5
 - 8) 1+3+4+5+6
566. Для рентгенодиагностики заболеваний ВНЧС применяют
- 1) рентгенографию по Парму
 - 2) рентгенографию по Шюллеру
 - 3) томографию
 - 4) электромиографию
 - 5) артрофонографию
 - 6) 1+2+3
 - 7) все перечисленные методы
567. В клинике ортопедической стоматологии лечатся заболевания ВНЧС
- 1) мышечно–суставные дисфункции
 - 2) артрозы
 - 3) хронические артриты
 - 4) привычные вывихи и подвывихи
 - 5) анкилозы
 - 6) 1+2+4+5
 - 7) 1+2+3+4
568. Ведущие симптомы при мышечно–суставной дисфункции
- 1) пальпация сустава болезненная или слабо болезненная
 - 2) щелканье, хруст
 - 3) атипичные движения нижней челюсти, смещение ее в сторону
 - 4) боль при пальпации жевательных мышц
 - 5) невралгические, головные боли
 - 6) все перечисленные

569. Предложите возможный диагноз при болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС
- 1) мышечно–суставная дисфункция
 - 2) хронический артрит
 - 3) остеоартроз
570. Комплекс мероприятий при лечении мышечно–суставной дисфункции включает
- 1) химиотерапию, иглотерапию
 - 2) психотерапию, медикаментозную терапию физиотерапию, миогимнастику и ортопедические методы
 - 3) ортопедические методы и медикаментозную терапию
571. В ортопедическом лечении мышечно–суставных дисфункций применяют
- 1) лечебно–диагностические аппараты (каппа, накусочные пластиночные аппараты и др.)
 - 2) избирательное сошлифовывание зубов при наличии преждевременных окклюзионных контактов
 - 3) протезирование полости рта
 - 4) 1+3
 - 5) 1+2+3
572. Артроз – заболевание ВНЧС, характеризующееся
- 1) дегенеративными изменениями хрящевой, костной, соединительной ткани сустава с элементами воспаления
 - 2) воспалительными изменениями с обострением при охлаждении и переутомлении, ноющими и иррадиирующими болями.
573. Виды артрозов ВНЧС
- 1) склерозирующий
 - 2) деформирующий
 - 3) 1+2
574. При ортопедическом лечении артрозов ВНЧС применяют
- 1) съемные пластмассовые каппы
 - 2) накусочные пластиночные аппараты
 - 3) ортопедические аппараты с ограничителями открывания рта
 - 4) 1+2
 - 5) 1+3
575. Разновидности вывихов нижней челюсти
- 1) передние и задние
 - 2) односторонние и двусторонние
 - 3) острые
 - 4) привычные (хронические)
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+3+4
576. Причинами вывихов нижней челюсти являются

- 1) инфекционные и неинфекционные заболевания (ревматизм, туберкулез, подагра, отит, скарлатина и др.)
- 2) травмы челюстной области (ушибы и переломы)
- 3) последствия воспалительных и дистрофических процессов в суставе
- 4) врожденные аномалии развития ВНЧС
- 5) аномалии и деформации зубных рядов
- 6) 1+2+3
- 7) 1+2+3+4+5

577. Основным патогенетическим звеном привычных вывихов является

- 1) чрезмерное растяжение мышечно–связочного аппарата и капсулы сустава
- 2) нарушение функции жевательной мускулатуры
- 3) изменение формы, размеров и структуры внутрисуставного диска
- 4) деформация костных элементов сустава
- 5) 1+2+3
- 6) 1+2+3+4

578. Непосредственные причины начала проявления вывиха нижней челюсти

- 1) зевота, крик, откусывание пищевого комка
- 2) стоматологические вмешательства, связанные с широким открыванием рта (удаление зубов, снятие оттисков)
- 3) другие лечебные манипуляции (ларингоскопия, интубация трахеи и т.п.)
- 4) все перечисленное

579. Клинические проявления привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти

- 1) полуоткрытый рот, выдвижение вперед и опущение нижней челюсти, напряженность жевательных мышц и боль в области ушей, безуспешные попытки переместить челюсть и закрыть рот
- 2) открывание и закрывание рта сопровождается щелкающими звуками и толчками головки нижней челюсти, которая, проскакивая за вершину суставных бугорков, перерастягивает капсулу и мышечно–связочный аппарат, вызывает боль; движения нижней челюсти толчкообразные со смещением в сторону; при максимальном открывании рта расстояние между резцами 6–8 см; больной самостоятельно вправляет привычный вывих
- 3) 1+2

580. Рентгенологическая картина при привычных вывихах нижней челюсти

- 1) головка нижней челюсти располагается впереди переднего ската суставного бугорка, теряя с ним контакт
- 2) головка нижней челюсти располагается несколько впереди от вершины суставного бугорка, но контакт с его передним скатом сохраняется

581. Рентгенологическая картина при привычных подвывихах нижней челюсти

- 1) головка нижней челюсти располагается впереди суставного бугорка, теряя с ним контакт
- 2) головка нижней челюсти располагается несколько впереди

от вершины суставного бугорка,
но контакт с его передним скатом сохраняется

582. В диагностике привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти большое значение имеет

- 1) пальпация сустава
- 2) изучение движений челюсти
- 3) рентгенография ВНЧС в боковой проекции при максимально открытом рте
- 4) 1+3
- 5) 1+2+3

583. Основные принципы ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти

- 1) вправление вывиха и создание препятствия для широкого открывания рта
- 2) лечение основного заболевания
- 3) нормализация межальвеолярной высоты при ее нарушениях
- 4) протезирование полости рта
- 5) медикаментозная терапия
- 6) физиотерапевтические процедуры
- 7) 1+4
- 8) все перечисленное

584. Типы аппаратов с ограничителями открывания рта, применяемые при ортопедическом лечении привычных вывихов и подвывихов

- 1) съемные
- 2) несъемные
- 3) 1+2

585. К съемным аппаратам, применяемым при лечении привычных вывихов нижней челюсти, относится

- 1) аппарат Шредера
- 2) аппарат Померанцевой–Урбанской
- 3) аппарат Ядровой
- 4) аппарат Петросова
- 5) 1+2+3
- 6) 1+2+3+4

586. К несъемным аппаратам, применяемым при ортопедическом лечении привычных вывихов и подвывихов, относят

- 1) аппарат Шредера
- 2) аппарат Померанцевой–Урбанской
- 3) аппарат Ядровой
- 4) аппарат Петросова
- 5) 1+2+3

587. Съемные аппараты, применяемые для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти, состоят

- 1) из фиксирующей небной пластинки и пелота, упирающегося в передний край ветви нижней челюсти, создающего препятствие движению нижней челюсти

- 2) для широкого открывания рта
из блока коронок,
покрывающих противолежащие боковые зубы верхней
и нижней челюсти
- 3) из ограничителя открывания рта, обеспечивающего
межчелюстное шарнирное связывание назубных аппаратов
- 4) 1+2+3

588. Несъемные аппараты, применяемые для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти, состоят

- 1) из фиксирующей небной пластинки, пелота,
упирающегося в передний край ветви нижней челюсти
- 2) из блока коронок, покрывающего противолежащие
боковые зубы верхней и нижней челюсти
- 3) из ограничителя открывания рта в виде двуплечего шарнира,
обеспечивающего межчелюстное шарнирное связывание
назубных аппаратов и приспособлений
- 4) 1+2+3
- 5) 2+3

589. Срок ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти съемными и несъемными аппаратами с ограничителями открывания рта

- 1) 3 недели
- 2) 1–2 месяца
- 3) 2–3 месяца
- 4) 4–7 месяцев

590. Цель избирательного пришлифовывания зубов при патологии ВНЧС

- 1) уменьшение межальвеолярной высоты
- 2) уменьшение нагрузки на пародонт
- 3) устранение преждевременных окклюзионных контактов
и создание плотных фиссурно–бугорковых контактов зубов
- 4) снятие блокады и беспрепятственное восстановление
движений нижней челюсти
- 5) 3+4
- 6) 2+3

591. При заболеваниях ВНЧС лечебно–диагностические ортопедические средства (съемные пластмассовые каппы, накусочные пластинки и др.) применяются

- 1) для нормализации положения нижней челюсти
- 2) для устранения деформаций окклюзионной поверхности
зубных рядов
- 3) для восстановления межальвеолярной высоты
- 4) 1+3
- 5) 1+2+3

592. Миогимнастика при лечении заболеваний ВНЧС проводится

- 1) для нормализации движений нижней челюсти
- 2) для усиления определенных групп мышц
- 3) для восстановления синхронности движения головок

- нижней челюсти в обоих суставах
- 4) 1+2+3
5) 1+3
593. Для лечения заболеваний ВНЧС применяется
- 1) электролечение постоянным током – электрофорез
 - 2) электролечение переменным током – УВЧ
 - 3) лечение ультразвуком
 - 4) лечение импульсным током низкого напряжения и малой частоты – диадинамическая терапия
 - 5) лечение теплом
 - 6) светолечение
 - 7) 1+2+3+5
 - 8) 1+2+3+4+5+6
594. Какие из нижеперечисленных аппаратов применяются в челюстно–лицевой ортопедии?
- 1) репонирующие, фиксирующие
 - 2) направляющие, замещающие, формирующие
 - 3) разобщающие, комбинированные
 - 4) 1+3
 - 5) 1+2+3
595. К разобщающим относят аппараты
- 1) разделяющие полости рта и носа
 - 2) вызывающие дезокклюзию зубных рядов
 - 3) 1+2
596. Ортопедическое лечение переломов в челюстно–лицевой области имеет целью
- 1) сопоставление отломков в правильное положение (репозиция)
 - 2) удержание отломков в определенной позиции до заживления перелома (иммобилизация)
 - 3) 1+2
597. Основным симптомом перелома верхней челюсти со смещением является
- 1) симптом “очков”
 - 2) симптом “ступеньки”
 - 3) нарушение смыкания зубов в виде открытого прикуса
598. Выбор метода ортопедического лечения переломов нижней челюсти зависит
- 1) от локализации линии перелома
 - 2) от степени и направления смещения отломков
 - 3) от состояния пародонта оставшихся зубов и характера нарушения окклюзии
 - 4) от всего перечисленного
599. Применение проволочных шин ограничено
- 1) при патологической подвижности зубов I–II степени

- 2) при глубоком прикусе с отвесным или ретрузионным положением передних зубов
- 3) 1+2

600. Пластмассовые шины при переломах челюстей обладают следующими недостатками

- 1) их укрепление полиамидной нитью недостаточно стабильно из-за растяжения последней
- 2) пластмассовые шины в виде капп изменяют окклюзию
- 3) возникает повреждение десневых сосочков
- 4) нарушается гигиена полости рта
- 5) 1+2
- 6) 1+2+3+4

601. Являются ли эффективными ортопедические аппараты (шина Порты, Гуннинга–Порты, Лимберга) для лечения переломов беззубой нижней челюсти?

- 1) да, являются
- 2) нет, не являются
- 3) в сочетании с подбородочной пращей

602. Образование ложного сустава нижней челюсти ведет к морфо–функциональному нарушению

- 1) процессов откусывания и пережевывания пищи
- 2) глотания и речеобразования
- 3) внешнего вида больного
- 4) координации в работе правой и левой группы жевательных мышц и ВНЧС
- 5) 3+4
- 6) 1+2+3+4

603. Протезирование дефектов зубного ряда без восстановления целостности кости осуществляется

- 1) при противопоказаниях к хирургическим вмешательствам
- 2) при отказе больного от хирургического вмешательства
- 3) 1+2

604. Шарнирные мостовидные протезы можно применить при

- 1) наличии на отломках достаточного количества зубов со здоровым пародонтом, незначительной подвижности отломков челюсти и дефекте не более 2 см
- 2) наличии на отломках достаточного количества зубов со здоровым пародонтом и значительной подвижности отломков челюсти
- 3) получении письменного согласия со стороны пациента

605. Пластиночные протезы с шарнирным соединением можно применить

- 1) при малом количестве зубов на челюсти, значительной амплитуде смещения отломков, нарушении соотношения зубных рядов, локализации ложного сустава в боковом отделе нижней челюсти
- 2) при малом количестве зубов на челюсти, незначительной амплитуде смещения отломков, без нарушения соотношения зубных рядов, локализации ложного сустава в боковом отделе нижней челюсти

3) при малом количестве зубов на челюсти, незначительной амплитуде смещения отломков, без нарушения соотношения зубных рядов, локализации ложного сустава в переднем отделе нижней челюсти

606. Шарообразный шарнир по Оксману представляет собой

- 1) литой стержень с двумя шариками из нержавеющей стали
- 2) две проволочных гнутых петли, располагающиеся в различных плоскостях
- 3) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы, которые укреплены в частях протеза

607. Шарнир Гаврилова представляет собой

- 1) литой стержень
- 2) две проволочных гнутых петли, располагающиеся в различных плоскостях
- 3) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы, которые укреплены в частях протеза

608. Шарнир Вайнштейна представляет собой

- 1) литой стержень
- 2) две проволочных гнутых петли, располагающиеся в различных частях протеза
- 3) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы, которые укреплены в частях протеза

609. При неправильно сросшихся переломах верхней челюсти наблюдается

- 1) “укорочение” лица, напряжение мягких тканей приротовой области, асимметрия лица
- 2) “удлинение” лица, напряжение мягких тканей приротовой области, асимметрия лица

610. Шина Ванкевич применяется

- 1) при костной пластике
- 2) для репозиции отломков
- 3) для иммобилизации отломков
- 4) 1+2+3

611. Шина Вебера используется для лечения переломов

- 1) верхней челюсти
- 2) нижней челюсти со смещением отломков
- 3) нижней челюсти с дефектов кости
- 4) при замедленной консолидации переломов нижней челюсти

612. В каком ответе более полно перечислены возможные методы исправления зубочелюстных аномалий у взрослых?

- 1) ортодонтический, хирургический
- 2) ортодонтический, хирургический, аппаратурно–хирургический
- 3) ортодонтический, хирургический, аппаратурно–хирургический, телерентгенографический

- 4) аппаратный, в том числе протетический, хирургический, аппаратно–хирургический

613. При выборе метода лечения взрослых с зубочелюстными аномалиями необходимо учесть

- 1) степень выраженности аномалии
- 2) вид аномалии, степень ее выраженности, состояние пародонта, мотивацию лечения у пациента
- 3) вид аномалии, степень ее выраженности, состояние пародонта

614. Дифференцировать аномалии величины и положения челюстей в черепе позволяет

- 1) ортопантомография
- 2) боковая телерентгенография
- 3) передняя телерентгенография
- 4) изучение диагностических моделей челюстей
- 5) все вышеперечисленное

615. Если при изучении боковой телерентгенограммы обнаружено увеличение межапикального угла (ss–n–spm), то это может свидетельствовать

- 1) о верхней микрогнатии и нижней макрогнатии
- 2) о верхней ретрогнатии и нижней прогнатии
- 3) о нижней прогнатии
- 4) о верхней макро– и прогнатии, нижней микро– и ретрогнатии

616. Глубокий прикус характеризуется

- 1) увеличением вертикального резцового перекрытия
- 2) увеличением сагиттального резцового расстояния
- 3) потерей режуще–бугоркового контакта резцов
- 4) 1+2
- 5) 1+3
- 6) 1+2+3

617. Является ли наличие глубокого прикуса противопоказанием для применения металлокерамических протезов в переднем отделе зубных рядов?

- 1) да, является абсолютным противопоказанием
- 2) да, является относительным противопоказанием
- 3) нет, не является противопоказанием

618. Укажите правильную последовательность этапов лечения современными несъемными дугowymi ортодонтическими аппаратами

- 1) перемещение зубов по дуге, выравнивание зубных рядов, создание окклюзионных контактов, ретенция
- 2) выравнивание зубных рядов, перемещение зубов по дуге, создание окклюзионных контактов, ретенция
- 3) создание окклюзионных контактов, перемещение зубов по дуге, выравнивание зубных рядов, ретенция

619. У взрослых с зубочелюстными аномалиями, в отличие от детей, невозможно

- 1) ортодонтическое перемещение зубов
- 2) применение съемных пластиночных аппаратов

- 3) стимулирующее воздействие на рост лицевого скелета
 - 4) 2+3
620. При ортодонтическом перемещении зубов у взрослых следует применять
- 1) малые ортодонтические усилия
 - 2) средние ортодонтические усилия
 - 3) большие ортодонтические усилия
621. Время угасания миостатического рефлекса при ортодонтическом лечении составляет
- 1) 3–6 недель
 - 2) 1–2 недели
 - 3) 3–6 месяцев
622. Об эффективном угасании миостатического рефлекса при ортодонтическом лечении свидетельствует
- 1) срок пользования ортодонтическим аппаратом
 - 2) субъективные ощущения пациента
 - 3) величина межжюккюзюонного промежутка в положении функционального покоя нижней челюсти
623. Степень деформации зубных рядов определяет
- 1) давность удаления зубов
 - 2) возраст пациента
 - 3) топография и протяженность дефекта зубного ряда
 - 4) вид прикуса
 - 5) все перечисленное
624. Высокой эластичностью обладает ортодонтическая дуга
- 1) из кобальто–хромового сплава
 - 2) из нержавеющей стали
 - 3) из нитрида титана
 - 4) из никелида титана
625. Применение современных несъемных дуговых ортодонтических аппаратов у взрослых позволяет проводить
- 1) перемещение зубов по дуге
 - 2) повороты зубов
 - 3) зубоальвеолярное выдвижение и внедрение
 - 4) перемещение зубов в вестибуло–оральном направлении
 - 5) все перечисленное
626. Ретенционный период, завершающий ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий у взрослых, должен быть
- 1) более длительным, чем у детей
 - 2) менее длительным, чем у детей
 - 3) ретенционный период не нужен
627. Показанием к проведению имплантации является
- 1) полное отсутствие зубов

- 2) концевой дефект зубного ряда
 - 3) потеря одного зуба
 - 4) дефект зубного ряда большой протяженности
 - 5) неудовлетворительная фиксация съемного протеза
 - 6) 1+2
 - 7) 1+2+3+4
628. Противопоказанием к применению имплантации является
- 1) хронический бронхит
 - 2) фарингит
 - 3) язвенная болезнь желудка
 - 4) заболевание системы крови
 - 5) системное заболевание соединительной ткани
 - 6) 4+5
629. Успех имплантации определяет
- 1) инертность материала
 - 2) структура поверхности внутрикостной части имплантата
 - 3) состояние костного ложа имплантата
 - 4) техника операции
 - 5) 1+2+3+4
630. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является
- 1) внешнее воздушное охлаждение
 - 2) охлаждение жидкостью с внешним подводом
 - 3) охлаждение воздухом с подводкой внутри бора
 - 4) подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке
631. Плотностью кости называется
- 1) количество костных трабекул в единице объема исследуемого материала
 - 2) отношение объема пор образца ко всему его объему
 - 3) отношение количества костных трабекул к количеству костномозговых пространств в исследуемом образце
632. В процессе сверления кости необходимо использовать
- 1) умеренное число оборотов режущего инструмента
 - 2) давление на режущий инструмент
 - 3) охлаждение кости и инструмента
 - 4) 1+2+3
633. Методика установки имплантатов системы Брэнемарка
- 1) одноэтапная
 - 2) двухэтапная
 - 3) трехэтапная
 - 4) 1+2
634. Имплантаты могут быть изготовлены
- 1) из нержавеющей стали
 - 2) из кобальто-хромового сплава

- 3) из титана
- 4) из керамики
- 5) из пластмассы
- 6) из лейкосапфира
- 7) 2+3+4+6
- 8) 1+2+3

635. Стерилизацию имплантатов из титана осуществляют

- 1) спиртом
- 2) тройным раствором
- 3) формалином
- 4) 3% раствором перекиси водорода
- 5) суховоздушным способом

636. Заживление костной ткани вокруг имплантата называется

- 1) синостоз
- 2) первичная остеоинтеграция
- 3) остеофикация
- 4) внутрикостная стабилизация

637. Имплантация представляет собой процесс внедрения в ткани организма физического тела

- 1) из гомологичного биологического материала
- 2) из чужеродного материала
- 3) из чужеродного материала с минимальными антигенными или гаптенными свойствами

638. Неблагоприятным прогнозом для заживления костной ткани вокруг пластиночного имплантата можно считать

- 1) подвижность внекостной части импланта спустя 1 неделю после операции
- 2) рентгенологически выявляемое окружение внутрикостной части имплантата в виде фиброзной капсулы
- 3) инфицирование операционного поля
- 4) 1+2+3

639. Обычно после операции имплантации назначают

- 1) холод на область операции
- 2) анальгетики
- 3) антибиотики
- 4) сульфаниламидные препараты
- 5) противовоспалительные препараты
- 6) 1+2+3+4+5
- 7) 1+2+3+5

640. Для увеличения атрофированной альвеолярной части используют

- 1) каучук
- 2) гидроксилapatит
- 3) полиуретан
- 4) нейлон

- 5) метилметакрилат
- 6) биоситалл
- 7) 2+3+5
- 8) 2+6

641. Препарирование головки металлического имплантата в полости рта допустимо

- 1) при обильном охлаждении
- 2) категорически не допустимо
- 3) в исключительных случаях
- 4) при обильном охлаждении и с применением коффердама

642. Протезирование с использованием имплантатов осуществляется с помощью зубных протезов

- 1) из нержавеющей стали
- 2) из кобальто–хромового сплава
- 3) из металлоакрилата, металлокерамики
- 4) 1+2
- 5) 2+3

643. Цель контрольных осмотров после проведения имплантации

- 1) оценка состояния слизистой оболочки десны
- 2) оценка подвижности имплантата
- 3) проверка гигиены полости рта
- 4) удаление зубных отложений
- 5) 2+3
- 6) 1+2+3+4

644. Тактика лечения эозинофильной гранулемы:

- а) выскабливание опухоли;
- б) резекция челюсти;
- в) комбинированное лечение;
- г) химиотерапия;
- д) лучевая терапия;

645. Клинические признаки фиброзного эпюлиса:

- а) характеризуется ограниченным участком ороговения десны;
- б) характеризуется рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;
- в) характеризуется плотным безболезненным образованием на широком основании;
- г) характеризуется плотным инфильтратом;
- д) характеризуется формированием язвы.

646. Киста резцового канала развивается:

- а) островков Молассе;
- б) остатков эпителия при слиянии двух верхнечелюстных костей;
- в) остатков меккеяева хряща;
- г) зубного фолликула;
- д) слизистой оболочки полости рта.

647. «Мигрирующая гранулема» встречается при:

- а) хроническом гипертрофическом пульпите;

- б) хроническом гранулирующем периодонтите;
- в) хроническом гранулематозном периодонтите;
- г) хроническом маргинальном периодонтите;
- д) острым гнойном периодонтите.

648. Размер, характерный для радикулярной кисты:

- а) менее 0,5 см;
- б) от 0,5 до 0,7 см;
- в) от 0,7 до 0,9 см;
- г) менее 1 см;
- д) более 1 см.

649. Кератокиста челюсти это:

- а) пародонтальная киста;
- б) радикулярная киста;
- в) киста резцового канала;
- г) фолликулярная киста;
- д) первичная киста.

650. Тактика врача при проталкивании корня во время удаления зуба в гайморову пазуху:

- а) удалить корень через лунку;
- б) проведение альвеолотомии;
- в) проведение гайморотомии;
- г) ушить лунку и направить больного на рентгенографию, дальнейшее наблюдение;
- д) введение в лунку марлевого тампона.

651. Тактика врача при полном вывихе одно или двухкорневого зуба:

- а) вправление зуба и иммобилизация;
- б) после вправления зуба экстирпацию пульпы;
- в) операция реплантация;
- г) электроодонтометрия;
- д) удаление зуба.

652. Показания для двухэтапного проведения операции реплантация зуба:

- а) обострение пульпита;
- б) обострение хронического периодонтита;
- в) пародонтит;
- г) хронический периодонтит вне обострения;
- д) дистопия зуба.

653. Операция показанная при выведении чрезмерного количества пломбировочного материала за верхушку корня при лечении хронического гранулематозного периодонтита фронтальных зубов верхней челюсти:

- а) удаление зуба;
- б) резекция верхушки корня;
- в) реплантация;
- г) гемисекция;
- д) ампутация корня.

654. Тактика врача при отсутствии сгустка в лунке после удаления зуба:

- а) промыть лунку антисептиками;

- б) провести кюретаж лунки;
- в) назначить антибиотики;
- г) ввести в лунку марлевый тампон;
- д) назначить ирригации полости рта.

655. Тактика врача при обнажении края альвеолы после неосложненного удаления зуба:

- а) провести пластику местными тканями;
- б) провести альвеолотомию;
- в) ввести в лунку йодоформный тампон;
- г) не проводить специальных манипуляций, наблюдение;
- д) наложить тампон поверх лунки.

656. Становится подвижной группа зубов при:

- а) остром серозном периостите;
- б) остром гнойном периостите;
- в) остром остеомиелите;
- г) абсцессе;
- д) флегмоне.

657. При лечении нижнего моляра под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы, а процесс локализуется именно вокруг медиального корня, целесообразно избрать тактику:

- а) электрофореза;
- б) прохождения каналов машинными дрельборами;
- в) реплантации;
- г) удаление медиального корня, использование дистальный под протез (гемисекция);
- д) удаления зуба и изменения конструкции протеза.

658. Пародонтальную кисту относят:

- а) к пародонтитам;
- б) к пародонтомам;
- в) к идиопатическим заболеваниям пародонта;
- г) к гингивитам;
- д) к пародонтозу.

659. Укажите правильную последовательность этапов кюретажа при пародонтите:

- а) обезболивание, удаление поддесневых зубных отложений, удаление размягченного цемента с поверхности корня, удаление грануляций, дезэпителизация лоскута, наложение повязки;
- б) удаление над- и поддесневых зубных отложений, выскабливание грануляционной ткани, промывание кармана антисептиками;
- в) удаление зубных отложений, размягченного цемента корня, выскабливание грануляций, промывание карманов, введение в карманы противовоспалительных препаратов;
- г) удаление отложений, введение в десневой карман антибиотиков;
- д) удаление только наддесневых зубных отложений.

660. Целью кюретажа при пародонтите является:

- а) удаление грануляционной ткани;
- б) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани;
- в) устранение кармана, создание условий для вторичного при-жизвления десны к тканям зуба;

- г) удаление участков проросшего эпителия десны;
- д) удаление десневого края.

661. Показания для проведения лоскутных операций при лечении болезней пародонта:

- а) гингивиты;
- б) пародонтоз;
- в) пародонтит легкой и средней степени тяжести;
- г) пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6-7 мм;
- д) пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов III степени.

662. Наружной границей поднижнечелюстного треугольника является:

- а) заднее брюшко крыловидно-нижнечелюстной мышцы;
- б) переднее брюшко жевательной мышцы;
- в) внутренняя поверхность нижней челюсти;
- г) жевательная мышца;
- д) внутренняя поверхность подбородочного отдела нижней челюсти.

663. Главным в лечении острого гнойного периостита является:

- а) удаление «причинного» зуба;
- б) разрез по переходной складке;
- в) назначение антибиотиков;
- г) назначение антигистаминных средств;
- д) физиолечение.

664. Удаление зуба показано:

- а) при переломе челюсти;
- б) при переломе альвеолярного отростка;
- в) при переломе корня зуба в области верхушки;
- г) при переломе зуба в области шейки;
- д) при продольном переломе корня зуба.

665. Для целлюлита челюстно-лицевой области характерно:

- а) отек;
- б) инфильтрация;
- в) гнойное расплавление;
- г) некроз;
- д) ограничение очага воспаления.

666. Костную полость после операции резекции верхушки корня зуба целесообразно заполнять:

- а) антибиотиками;
- б) сульфаниламидами;
- в) содержащими гидроксипатит кальция;
- г) содержащими желатин;
- д) содержащими йодоформ.

667. При одонтогенном остеомиелите челюсти целесообразно назначать:

- а) сульфаниламиды;
- б) нитрофураны;
- в) производные гуанидина;
- г) антибиотики;

д) растительные средства.

668. Больным гемофилией перед операцией удаления зуба необходимо назначить:

- а) антибиотики;
- б) препараты факторов крови;
- в) аминокaproновую кислоту;
- г) ферракрил;
- д) желпластан.

669. При кровотечении из поврежденной слизистой оболочки полости рта при гемофилии целесообразно использовать местно:

- а) ферракрил;
- б) аминокaproновая кислота;
- в) колапол;
- г) викасол;
- д) гемостатическая губка.

670. Часто возникают кровотечения после удаления зуба при:

- а) болезни Виллебранда;
- б) болезни Боткина;
- в) болезни Педжета;
- г) сахарном диабете;
- д) пиелонефрите.

671. Рецессия десны устраняется:

- а) противовоспалительной терапией;
- б) пластикой местными тканями;
- в) кюретажем;
- г) гингивэктомией;
- д) гингивотомией.

672. При обнажении фуркации и сохранении устойчивости нижнего первого моляра проводится:

- а) резекции верхушки корня;
- б) коронно-радикулярная сепарация;
- в) реплантация;
- г) гемисекция;
- д) лоскутная операция.

673. Коронно-радикулярная сепарация проводится при:

- а) хроническом периодонтите;
- б) переломе верхушки корня зуба;
- в) радикулярной кисте;
- г) пародонтомах;
- д) фуркационном дефекте.

674. После лоскутных операций на пародонте снимают швы на:

- а) 4-5 сутки;
- б) 6-7 сутки;
- в) 8-9 сутки;

- г) 10-12 сутки;
 - д) 15-16 сутки.
675. К облигатным предракам слизистой оболочки полости рта относится:
- а) болезнь Боуэна;
 - б) плоская лейкоплакия;
 - в) красный плоский лишай;
 - г) папиллома;
 - д) декубитальная язва.
676. При лоскутной операции по Ремфьюрду разрез проводится:
- а) перпендикулярно десне до кости;
 - б) обратный косой;
 - в) по вершинам межзубных сосочков;
 - г) вертикальный (на всю глубину пародонтального кармана);
 - д) по переходной складке.
677. Хирургическая обработка раны после удаления зуба включает:
- а) удаление мелких осколков, тугая тампонада;
 - б) выскабливание альвеолы и удаление кровяного сгустка;
 - в) наложение швов на лунку;
 - г) промывание лунки раствором антисептика;
 - д) извлечение мелких осколков, сдавливание краев лунки.
678. Сроки заживления костной раны после удаления зуба:
- а) 12-14 дней;
 - б) 1 месяц;
 - в) 2 месяца;
 - г) 3-4 месяца;
 - д) 12 месяцев.
679. При лечении альвеолита проводится:
- а) кюретаж лунки;
 - б) кюретаж лунки, антисептическая обработка, местное медикаментозное лечение;
 - в) тугая тампонада лунки;
 - г) промывание лунки антисептиками и тампонада;
 - д) физиолечение.
680. Признаки повреждения дна гайморовой пазухи:
- а) обильное кровотечение из лунки;
 - б) выраженный болевой синдром;
 - в) бессимптомно;
 - г) прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа;
 - д) кровотечение из носа.
681. Первая помощь оказывается при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба:
- а) наложение пращевидной повязки;
 - б) правление вывиха, пращевидная повязка;
 - в) вправление вывиха;
 - г) обезболивание, пращевидная повязка;
 - д) обезболивание.

682. Показания к остеогингивопластике:

- а) рецессия десны;
- б) хронический гингивит;
- в) хронический генерализованный пародонтит легкой степени;
- г) хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени;
- д) острый пародонтит.

683. При пункции остеокластомы будет определяться:

- а) жидкость бурого цвета;
- б) жидкость янтарно-желтого цвета;
- в) жидкость ярко-красного цвета;
- г) жидкость черного цвета;
- д) бесцветная жидкость.

684. В лечении радикулярной кисты используется наиболее часто:

- а) цистэктомия;
- б) цистотомия;
- в) резекция фрагмента челюсти;
- г) лучевая терапия;
- д) комбинированное лечение.

685. Одонтогенный гайморит наиболее часто развивается:

- а) при хроническом периодонтите первого верхнего моляра;
- б) при маргинальном периодонтите первого верхнего моляра;
- в) при хроническом периодонтите фронтальной группы зубов верхней челюсти;
- г) при генерализованном пародонтите;
- д) при хроническом гингивите.

686. Признаки мигрирующей гранулемы лица:

- а) больной зуб, тяж, кожные изменения;
- б) кожные изменения;
- в) увеличение лимфатических узлов;
- г) разрушенный зуб;
- д) периостальная реакция.

687. Для внутрикостной имплантации пригодны:

- а) только альвеолярный отросток;
- б) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти;
- в) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат;
- г) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов;
- д) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти.

688. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается:

- а) тело нижней челюсти;
- б) мышечковый отросток нижней челюсти;
- в) альвеолярный отросток нижней челюсти;
- г) альвеолярный отросток верхней челюсти;
- д) твердое небо.

689. Тяжесть течения воспалительных процессов у детей определяет:

- а) большая распространенность кариеса;
- б) морфологическое и функциональное несовершенство органов и тканей у ребенка;
- в) трудность диагностики воспалительных процессов у детей;
- г) локализация процессов у детей;
- д) вариабельность клинического течения.

690. Особенность исхода остеомиелита челюстных костей:

- а) адентия;
- б) образование дефекта кости;
- в) задержка роста челюсти;
- г) патологический перелом челюсти;
- д) гиперостоз.

691. Абсолютное показание к удалению временного зуба:

- а) возраст физиологической смены зубов;
- б) наличие периодонтита;
- в) наличие свища;
- г) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба;
- д) отлом части коронки.

692. Причина аденофлегмон в челюстно-лицевой области: 1) заболевание ЛОР-органов; 2) зубы, пораженные кариесом или его осложнениями; 3) травма челюстно-лицевой области; 4) острый герпетический стоматит; 5) фурункул на лице. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

693. Необходимость удаления зачатка постоянного зуба может возникнуть, если он находится:

- а) в зоне деструкции при хроническом воспалительном процессе;
- б) в линии перелома без смещения отломков;
- в) в полости зубосодержащей кисты;
- г) рядом со включенным вывихом временного зуба;
- д) прилежит к зубу с хроническим периодонтитом.

694. Наиболее информативны данные для дифференциальной диагностики кист и продуктивного воспалительного процесса челюстных костей:

- а) наличие в исследуемой области зуба с осложнением кариеса;
- б) рентгенологические;
- в) электроодонтодиагностики;
- г) длительность процесса;
- д) степень активности кариеса.

695. Реабилитационный период для больных гематогенным остеомиелитом:

- а) до момента клинического выздоровления;
- б) стойкая ремиссия в течение года;
- в) до окончания формирования временного прикуса;
- г) до окончания роста челюстных костей;
- д) ремиссия в течение 3-х лет.

696. Исход хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте: 1) выздоровление; 2) микрогения; 3) дефект челюсти; 4) адентия; 5) деформация. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

697. Свищ в преддверии рта - симптом: 1) хронического периодонтита временного зуба; 2) хронического периодонтита с вовлечением зачатка постоянного зуба; 3) хронического остеомиелита; 4) одонтогенной кисты; 5) хронического периодонтита постоянного зуба.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

698. Обязательно подлежит удалению зуб, вызвавший одонтогенный острый периостит:

- а) временный моляр;
- б) постоянный моляр;
- в) постоянный резец верхней челюсти;
- г) постоянный резец нижней челюсти;
- д) постоянный клык.

699. Наиболее достоверно для диагноза хронического неспецифического паротита:

- а) наличие припухлости в околоушно-жевательной области;
- б) сухость во рту;
- в) наличие в анамнезе эпидемического паротита;
- г) мутная с примесями слюна;
- д) боль в околоушно-жевательной области.

700. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюнокаменной болезни в детском возрасте:

- а) острый лимфаденит поднижнечелюстной области;
- б) симптом слюнной колики;
- в) данные рентгенологического обследования;
- г) мутная слюна;
- д) сухость во рту.

701. Нравственность это:

- 1) Система оценки личности с позиции соблюдения канонов основополагающих истин человечества
- 2) Наука о религиозном многообразии
- 3) Строгое следование законам конкретного государства

702. Ятрогенные заболевания это:

- 1) болезни из-за врачебных ошибок

- 2) наследственные болезни
- 3) болезни, наследуемые по отцовской линии

703. Генная инженерия это:

- 1) Процедура расшифровки генома конкретного человека
- 2) Введение в геном индивидуума не свойственного для данного участка гена
- 3) Установка замещающего протеза конечности после ампутации

704. Экспертиза качества стоматологической помощи это:

- 1) рентгенологическое исследование зубов
- 2) анализ крови
- 3) всестороннее обследование настоящего стоматологического статуса пациента с учетом жалоб и анамнеза

705. Медицинская документация это:

- 1) Отметка в гражданском паспорте группы крови и резус-фактора
- 2) Утвержденный на государственном уровне перечень формуляров для заполнения данных конкретного пациента и медицинских манипуляциях
- 3) Медицинская книжка для профессионального допуска

706. Добровольное информированное согласие пациента на стоматологическое вмешательство

это:

- 1) Запись врача в медицинскую карту о устном согласии пациента
- 2) Заполненный формуляр с собственноручной подписью пациента о том, что он ознакомлен с риском предстоящего вмешательства и полностью осведомлен о возможных вариантах исхода вмешательства
- 3) Устное согласие пациента на вмешательство при не менее, чем двух свидетелях

707. Обладателем лицензии на право оказания стоматологической помощи может стать только:

- 1) врач-физическое лицо
- 2) юридическое лицо
- 3) как юридическое лицо, так и предприниматель без образования юридического лица

708. Назовите основателя глубинной психологии:

Бинсвангер

З.Фрейд;

Б.Ф.Скиннер;

А.Эллис.

709. Кто разработал психологию отношений?

А.Н.Леонтьев;

Д.Н.Узнадзе;

В.Н.Мясищев;

А.А.Бодалев.

710. Кому принадлежит разработка психологии деятельности?

М.Я.Басову;

А.А.Потебне;

А.Н.Леонтьеву;

Н.А.Бернштейну.

711. К числу первых попыток постановки и решения проблемы локализации высших психических функций в коре головного мозга относятся работы:

Галена;

Ф.Й.Галля;

В.Келлера;

А.Р.Лурия.

712. Основным предметом реабилитационной нейропсихологии является:

установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики;

разработка методов инструментального исследования больных с локальными поражениями мозга;

восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций;

совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах.

713. Автором культурно-исторической теории развития высших психических функций является:

И.М.Сеченов;

В.М.Бехтерев;

Л.С.Выготский.

714. Зона ближайшего развития — это:

1) ближайший к текущей дате возрастной период;

2) то, что может ребенок с помощью взрослого;

3) уровень достигнутого интеллектуального развития;

критерий учебной успеваемости.

715. Системообразующим фактором для всех типов функциональных объединений в соответствии с концепцией Анохина является:

1) наличие связи между элементами системы;

2) многочисленность элементов системы;

3) наличие нескольких уровней в системе;

4) цель.

716. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

1) трудности формирования гностических функций;

2) неодновременность развития функций;

3) патологию со стороны двигательного аппарата;

4) различия в результатах нейропсихологического тестирования.

717. Изменчивость мозговой организации функций является отражением:

1) принципа системной локализации функций;

2) принципа динамической локализации функций;

3) принципа иерархической соподчиненности функций;

4) всех трех принципов.

718. Жесткость организации мозговых функций обусловливается:

1) меньшей подверженностью травмам;

2) их реализацией в макросистемах головного мозга;

3) более ранним периодом формирования;

4) последними двумя обстоятельствами.

719. Основным тезисом эквипотенциализма является:

1) многоуровневость организации высших психических функций;

2) функциональная равноценность левого и правого полушарий;

3) принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;

4) равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности.

720. Медиобазальные отделы головного мозга по классификации Лурия относятся:

- 1) к энергетическому неспецифическому блоку;
- 2) к блоку переработки экстероцептивной информации;
- 3) к блоку программирования, регуляции и контроля;
- 4) ни к одному из них.

721. Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:

- 1) совокупность физиологических исследований;
- 2) клиническая беседа с больным или испытуемым;
- 3) синдромный анализ;
- 4) математическая процедура.

722. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребенка заключается:

- 1) в том, что гетерохрония является естественным фактором развития;
- 2) в масштабности охвата психических функций;
- 3) в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
- 4) различий нет, это синонимы.

723. Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:

- 1) патологией лобных долей;
- 2) повреждением глубоких структур мозга;
- 3) нарушением работы теменно-затылочных отделов;
- 4) височной патологией.

724. К числу задач, решаемых с помощью методов нейропсихологической диагностики, не относится:

- 1) постановка топического диагноза;
- 2) оценка динамики психических функций;
- 3) определение причин аномального психического функционирования;
- 4) выбор форм нейрохирургического вмешательства.

725. Расстройства различных видов ощущений называются:

- 1) агнозиями;
- 2) галлюцинациями;
- 3) сенсорными расстройствами;
- 4) иллюзиями.

726. Общим признаком зрительных агнозий является:

- 1) неспособность увидеть что-либо;
- 2) изменение полей зрения;
- 3) нарушение мыслительных процессов;
- 4) потеря способности узнавания.

727. Неспособность опознать плоский предмет наощупь с закрытыми глазами называется:

- 1) аутоагнозией;
- 2) тактильной агнозией;
- 3) дермолексией;
- 4) соматоагнозией.

728. Аутоагнозия — признак:

- 1) нижнетеменного поражения;
- 2) верхнетеменного поражения;
- 3) среднетеменного поражения;
- 4) поражения вторичных отделов зрительного анализатора.

729. Принцип сенсорных коррекций сложных движений был разработан:

В.М.Бехтеревым;
И.М.Сеченовым;
А.Р.Лурия;
Н.А.Бернштейном.

730. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

- 1) кинестетической апраксии;
- 2) пространственной апраксии;
- 3) кинетической апраксии;
- 4) регуляторной апраксии.

731. Приобретенное речевое расстройство вследствие поражения левого полушария называется:

- 1) алалией;
- 2) мутизмом;
- 3) дизартрией;
- 4) афазией.

732. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:

- 1) эфферентной моторной афазии;
- 2) сенсорной афазии;
- 3) семантической афазии;
- 4) динамической афазии.

733. Основным дефектом при вербальной алексии является:

- 1) слабое зрение;
- 2) нарушения симультанного узнавания;
- 3) перепутывание букв;
- 4) первая и третья причины.

734. Аграфия — это:

- 1) потеря способности к рисованию;
- 2) потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
- 3) навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
- 4) нарушение способности правильно по смыслу писать.

735. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:

- 1) первого блока мозга;
- 2) второго блока мозга;
- 3) третьего блока мозга;
- 4) всех трех блоков.

736. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга вероятнее приведет к такому эмоциональному состоянию, как:

- 1) безразличное благодушие;
- 2) грусть;
- 3) депрессия;
- 4) тревога.

737. Процесс опознания от общего к частному более представлен:

- 1) в левом полушарии;
- 2) в правом полушарии;
- 3) одинаково в обоих полушариях;
- 4) в зависимости от стимульного материала.

738. Левшество — это:

- 1) преобладание размера левой руки над правой;
- 2) совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;
- 3) преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
- 4) различия в чувствительности правой и левой половины тела.

739. Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:

- 1) слабая выраженность симптоматики;
- 2) значительная выраженность симптоматики;

- 3) длительный период обратного развития симптомов;
- 4) высокая зависимость от латерализации очага поражения.

740. К основным принципам патопсихологического исследования по Зейгарник относятся все указанные, кроме:

- 1) построения эксперимента по типу функциональной пробы;
- 2) стандартизации процедуры проведения эксперимента и анализа данных;
- 3) качественного анализа хода и результатов исследования;
- 4) изучения закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования психических процессов в норме.

741. Существенными характеристиками внимания являются все указанные, кроме

- 1) устойчивость;
- 2) разноплановость;
- 3) переключаемость;
- 4) концентрация.

742. Буквенную корректурную пробу для исследования внимания предложил:

В.Шульте;
В.И.Векслер;
Х.Бурдон;
А.Бине.

743. Основателем отечественной школы патопсихологии является:

М.С.Лебединский;
А.Ф.Лазурский;
Б.Г.Ананьев;
Б.В.Зейгарник.

744. К типичным нарушениям мышления при шизофрении относятся все указанные, кроме:

- 1) резонерства;
- 2) разноплановости;
- 3) соскальзывания;
- 4) склонности к детализации.

745. Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме

- 1) «классификации»;
- 2) «исключения предметов»;
- 3) методики Выготского-Сахарова;
- 4) «10 слов».

746. К видам памяти относятся все, кроме:

- 1) оперативной;
- 2) познавательной;
- 3) кратковременной;
- 4) отсроченной.

747. Типичными нарушениями мышления при эпилепсии являются все указанные, кроме:

- 1) замедленности;
- 2) тугоподвижности;
- 3) актуализации малозначимых «латентных» признаков;
- 4) вязкости.

748. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень, как временного, так и стойкого характера - это:

- 1) ретардация;
- 2) регрессия;
- 3) распад;
- 4) асинхрония.

749. Социально обусловленный вид непатологических отклонений в психическом развитии - это:

- 1) социальная депривация;
- 2) патохарактерологическое формирование личности;
- 3) педагогическая запущенность;
- 4) краевая психопатия.

750. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

- 1) педагогическая запущенность;
- 2) патохарактерологическое формирование личности;
- 3) акцентуация характера;
- 4) краевая психопатия.

751. Общее психическое недоразвитие - это:

- 1) психопатия;
- 2) олигофрения;
- 3) акцентуация характера;
- 4) педагогическая запущенность.

752. Эмоции умственно отсталых:

- 1) недифференцированы;
- 2) амбивалентны;
- 3) ригидны;
- 4) лабильны.

753. Синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций обозначаются термином:

- 1) педагогическая запущенность;
- 2) психопатия;
- 3) задержка психического развития;
- 4) олигофрения.

754. Аномалия характера, неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах, это:

- 1) задержка психического развития;
- 2) олигофрения;
- 3) психопатия;
- 4) акцентуация характера.

755. Психологическая помощь в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях оказывается клиническим психологом:

- 1) самостоятельно;
- 2) совместно с врачом-интернистом;
- 3) совместно с врачом-психиатром;
- 4) совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом.

756. Нормативом обеспечения психиатрического стационара является должность клинического психолога:

- 1) на 20 коек;
- 2) на 30 коек;
- 3) на 50 коек;
- 4) на 35 коек.

757. Нормативом кадрового обеспечения должностями клинических психологов психотерапевтического кабинета является:

- 1) должность клинического психолога на 25 тыс. обслуживаемого населения;
- 2) должность клинического психолога на 50 тыс. обслуживаемого населения;
- 3) 0,5 должности клинического психолога на один психотерапевтический кабинет;
- 4) должность клинического психолога на один психотерапевтический кабинет.

758. При проведении психотерапии пациента с невротическим состоянием врач-психотерапевт и клинический психолог взаимодействуют следующим образом:

- 1) клинический психолог проводит психодиагностику, а врач-психотерапевт — психотерапию;
- 2) клинический психолог проводит психотерапию, а врач-психотерапевт — медикаментозное лечение;
- 3) врач-психотерапевт проводит психотерапию, а клинический психолог — психокоррекцию;
- 4) врач-психотерапевт и клинический психолог совместно проводят психотерапию с учетом ее различной направленности и целей.

759. Основным содержанием последипломного обучения клинических психологов по клинической психологии является:

- 1) патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития;
- 2) клиническая психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика пограничных расстройств;
- 3) психодиагностика, психокоррекция в различных клинических группах, тренинги, супервизия;
- 4) психодиагностика и психокоррекция психических расстройств, тренинги, супервизия.

760. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих отраслей медицины, кроме:

- 1) психиатрии;
- 2) травматологии;
- 3) неврологии;
- 4) нейрохирургии.

761. Теоретические и практические проблемы какой специальности не могут разрабатываться без клинической психологии:

- 1) фитотерапии;
- 2) физиотерапии;
- 3) психотерапии;
- 4) лучевой терапии.

762. Кем был предложен термин «биоэтика»?

Доссе;

Хайдеггером;

Поттером;

Юдиным.

763. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих общетеоретических вопросов психологии, кроме:

- 1) анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;
- 2) изучения соотношения развития и распада психики;
- 3) разработки философско-психологических проблем;
- 4) установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

764. Какая этическая модель в клинической психологии получила наибольшее развитие в последней четверти XX в.?

- 1) модель Гиппократата;
- 2) биоэтика;
- 3) деонтологическая модель;
- 4) модель Парацельса.

765. Какой принцип в клинической психологии может конкретизироваться как этиология и патогенез психопатологических расстройств?

- 1) принцип единства сознания и деятельности;
- 2) принцип развития;

3) принцип личностного подхода;

4) принцип структурности.

766. Кто ввел в обращение термин «деонтология»?

Декарт;

Спиноза;

Бентам;

Бубер.

767. Акалькулия часто сочетается с:

1) семантической афазией;

2) кинестетической апраксией;

3) соматоагнозией;

4) эмоциональными расстройствами.

768. «Полевое поведение» является результатом поражения:

1) лобных долей;

2) височных долей;

3) затылочных долей;

4) теменных долей.

769. Экспериментальным приёмом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является:

1) корректурная проба;

2) одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;

3) управление движущимся объектом;

4) узнавание стимульного материала.

770. Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются:

1) поражением конвекситальных отделов лобных долей;

2) левовисочными поражениями;

3) теменно-затылочными поражениями;

правовисочными поражениями.

771. «Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:

1) между теменной и височной долей;

2) от зрительного анализатора к третичным полям;

3) внутри лимбической системы;

4) между ретикулярной формацией и лобной корой.

772. Реактивные состояния, которые проявляются преимущественно нарушением поведения и ведут к социально-психологической дезадаптации, называются:

1) патохарактерологические реакции;

2) характерологические реакции;

3) адаптивные реакции;

4) невротические реакции.

773. Непатологические нарушения поведения, которые проявляются только лишь в определенных ситуациях, не ведут к дезадаптации личности и не сопровождаются соматовегетативными нарушениями, называются:

1) адаптивные реакции;

2) характерологические реакции;

3) патохарактерологические реакции;

4) невротические реакции.

774. Становление незрелой личности у детей и подростков в патологическом, аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий отрицательных социально-психологических факторов, это:

1) психопатия;

2) патохарактерологическая реакция;

3) психогенное патологическое формирование личности;

4) акцентуация характера.

775. Патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, тотальностью и выраженностью расстройств, препятствующие полноценной социальной адаптации субъекта, это:

1) патохарактерологические реакции;

2) психопатии;

3) психогенные патологические формирования личности;

4) акцентуация характера.

776. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе правовых норм, обозначаются как:

1) саморазрушающее поведение;

2) делинквентное поведение;

3) криминальное поведение;

4) аддиктивное поведение.

777. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе морально-этических норм, обозначаются как:

1) делинквентное поведение;

2) криминальное поведение;

3) компульсивное поведение;

4) саморазрушающее поведение.

778. Форма отклоняющегося поведения, характеризующаяся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации на определенных видах деятельности, это:

1) компульсивное поведение;

2) аддиктивное поведение;

3) делинквентное поведение;

4) аутодеструктивное поведение.

779. При проведении медико-педагогической экспертизы клинический психолог руководствуется следующими основными критериями, кроме:

1) способности к научению, осмыслению и усвоению новых знаний и навыков;

2) уровня физического развития ребенка;

3) условий развития ребенка, микросоциальной средой, в которой он воспитывался, особенностей его поведения в различных социальных ситуациях;

4) уровня знаний и навыков, соответствующих возрастному развитию.

780. При психодиагностической оценке характера предстоящей трудовой деятельности важным является указанное ниже, кроме:

1) выносливости;

2) утомляемости;

3) лабильности волевого усилия;

4) осведомленности.

781. Эффект Зейгарник относится к психологическому процессу:

1) вниманию

2) памяти

3) эмоциям

4) мышлению

д) воле

782. Минимальная величина раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение называется:

1) абсолютным верхним порогом ощущений

2) абсолютным нижним порогом ощущений (порогом чувствительности)

- 3) болевым порогом
- 4) дифференциальным порогом ощущений
- 5) оперативным порогом ощущений

783. Ощущения, связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или суставах называются:

- 1) экстероцептивными
- 2) интероцептивными
- 3) проприоцептивными
- 4) экстракампинными
- 5) эндоцептивными

784. Психофизический закон Вебера-Фехнера описывает:

- 1) закономерности нарушения памяти
- 2) зависимости эмоциональной реакции от экспектаций
- 3) закономерности нарушений мышления
- 4) закономерности слухового восприятия
- 5) зависимость силы ощущения от величины действующего раздражителя.

785. В результате восприятия образуются все нижеследующие свойства образа за исключением:

- 1) предметность
- 2) категориальность
- 3) целостность
- 4) уникальность
- 5) константность

786. Процесс восприятия, при котором элементы, выступающие как части знакомых фигур, контуров и форм, с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры, форму, контуры называется принципом:

- 1) сходства
- 2) смежности
- 3) замкнутости
- 4) «естественного продолжения»
- 5) близости

787. Расстройство восприятия, при котором происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных особенностей объекта называется:

- 1) физическими иллюзиями
- 2) парейдолическими иллюзиями
- 3) фантастическими галлюцинациями
- 4) фантастическими псевдогаллюцинациями
- 5) эйдетизмом

788. Расстройство узнавания частей собственного тела называется:

- 1) соматоагнозией
- 2) соматогнозией
- 3) дисморфоманией
- 4) симптомом Фреголи
- 5) симптомом Капгра

789. Внимание обладает всеми нижеследующими свойствами за исключением:

- 1) устойчивости
- 2) сосредоточенности
- 3) распределения
- 4) длительности
- 5) объема

790. Средний объем внимания человека составляет:

- 1) 1-3 единиц информации
- 2) 3-5 единиц информации
- 3) 5-7 единиц информации
- 4) 7-9 единиц информации

791. Процесс лучшего запоминания незавершенных действий по сравнению с завершенными называется:

- 1) эффектом края
- 2) эффектом Зейгарник
- 3) эффектом ореола
- 4) законом Эббингауза
- 5) законом Вебера-Фехтнера

792. Расстройство памяти, характеризующееся нарушением за-печатления получаемой человеком информации и резко ускоренным процессом забывания, называется:

- 1) антероградной амнезией
- 2) ретроградной амнезией
- 3) фиксационной амнезией
- 4) антероретроградной амнезией
- 5) Корсаковским амнестическим синдромом

793. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, называется:

- 1) конфабуляцией
- 2) реминисценцией
- 3) псевдореминисценцией
- 4) перфорационной амнезией
- 5) гипомнезией

794. К мыслительным операциям относится все нижеперечисленное за исключением:

- 1) суждения
- 2) анализа
- 3) абстрагирования
- 4) синтеза
- 5) обобщения

795. Умозаключение относится к:

- 1) мыслительным операциям
- 2) мыслительным процессам
- 3) мыслительным факторам
- 4) мыслительным видам
- 5) мыслительным механизмам

796. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:

- 1) нарушениям динамики мыслительных процессов
- 2) нарушениям операционной стороны мышления
- 3) нарушениям личностного компонента мышления
- 4) нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности
- 5) нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности

797. Расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления называется:

- 1) инертностью
- 2) резонерством
- 3) персеверацией
- 4) соскальзыванием

5) разноплановостью

798. Процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, а также создания представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих называется:

- 1) самоактуализацией
- 2) самооценкой
- 3) атрибуцией
- 4) ипохондрией
- 5) рефлексией

799. Антиципация — это:

- 1) способность человека предвзятно воспринимать происходящие события
- 2) способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий
- 3) мнемоническая способность человека
- 4) способность человека быстро реагировать на происходящие события
- 5) способность человека вытеснять в подсознание события, носящие негативный эмоциональный характер

800. Особо выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся существенными изменениями в поведении называют:

- 1) стрессами
- 2) фрустрациями
- 3) чувствами
- 4) аффектами
- 5) психическими травмами

801. Местные анестетики относятся

- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
- б) к антагонистам ацетилхолина
- в) к антиаритмическим препаратам
- г) к аналептикам
- д) к нейроплегикам

802. Лидокаин относится

- а) к амину
- б) к эфиру
- в) к амиду
- г) к производному изохинолина
- д) к адамантильному радикалу

803. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?

- а) азакаин
- б) совкаин
- в) новокаинамид
- г) новокаин
- д) мезокаин

804. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит

- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
- б) от концентрации препарата
- в) от разрушения тканевыми ферментами

805. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем

- а) гидролиза псевдохолинэстеразной плазмы, редукции в печени
- б) соединения с гликулироновой кислотой печени
- в) окисления
- г) выделения почками

806. Лидокаин оказывает антиаритмическое действие
- а) при внутривенном введении в дозе 1-2 мг/кг
 - б) не вызывая значительного снижения сердечного выброса
 - в) вследствие снижения возбудимости миокарда
 - г) значительно быстрее у пациентов во время анестезии, чем у бодрствующих пациентов
 - д) у ослабленных пациентов
807. Выраженное сосудорасширяющее действие оказывают
- а) дикаин, лидокаин
 - б) совкаин
 - в) моррин
 - г) новокаин
808. Действие местного анестетика на ЦНС зависит
- а) от сочетанного применения местных анестетиков
 - б) от концентрации
 - в) от дозы
 - г) от скорости введения
 - д) от способа введения
 - е) верно б), в), г), д),
809. Новокаин является
- а) антигистаминным препаратом
 - б) местным препаратом анальгезирующего действия
 - в) противозудным препаратом
 - г) ингибитором моноаминоксидаз
 - д) противошоковым препаратом
810. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки
- а) озноб и лихорадка, бледность, сонливость
 - б) судороги, гипертензия, тахикардия
 - в) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
 - г) диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
 - д) гиперестезия, головная боль, тошнота, рвота
811. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации
 - б) судорогами
 - в) тошнотой и рвотой
812. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
 - б) новокаин
 - в) Лидокаин
 - г) маркаин, анакаин
813. Максимальной дозой наиболее часто применяемых вазоконстрикторов является
- а) адреналин 0.2 мг
 - б) адреналин 0.02 мг
 - в) норадреналин 0.4 мг
 - г) норадреналин 0.2 мг
 - д) вазопрессин 0.4 мг
 - е) все вышеперечисленные
814. Для новокаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтрационная анестезия

- б) проводниковая анестезия
 - в) внутрилигаментарная инъекция
 - г) спонгиозная инъекция
 - д) внутрипериодонтальная инъекция
815. Для тримекаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтративная инъекция
 - б) проводниковая инъекция
 - в) поднадкостничная инъекция
 - г) внутрилигаментарная инъекция
 - д) спонгиозная инъекция
816. Для лидокаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтративная инъекция, проводниковая инъекция
 - б) спонгиозная инъекция
 - в) внутрилигаментарная инъекция
 - г) внутрипульпарная инъекция
817. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
 - б) для нижнего первого моляра
 - в) для центральных нижних резцов
818. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты
- а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах
 - б) норадреналин вызывает брадикардию
 - в) мезатон вызывает вазоконстрикцию
 - г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока
819. Применении норадреналина наблюдаются следующие эффекты
- а) Положительное инотропное действие на сердце
 - б) гипергликемия и повышение метаболизма в организме
 - в) увеличение коронарного кровотока
 - г) вазоконстрикция сосудов почек
 - д) повышение работы миокарда
820. Норадреналин вызывает
- а) спазм артерий и расширение вен
 - б) расширение артерий и спазм вен
 - в) расширение артерий и вен
 - г) спазм артерий и вен
 - д) причина поражения почек неясна
821. Наименьший клинический эффект достигается при
- а) подкожном пути введения адреналина
 - б) внутримышечном пути введения адреналина
 - в) внутривенном пути введения адреналина
 - г) эпидуральном пути введения адреналина
 - д) субарахноидальном пути введения адреналина
822. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?
- а) лидокаин, совкаин
 - б) новокаин
823. Стерилизовать автоклавированием можно
- а) лидокаин, дикаин
 - б) тримекаин

824. Болевые рецепторы содержат.

- а) роговица глаза, дентин зуба
- б) сухожилия коленного сустава
- в) надкостница альвеолярного отростка
- г) вещество головного мозга

825. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является

- а) местное
- б) общее (наркоз)
- в) комбинированное
- г) нейрорешаналгезия

826. Общим обезболиванием является

- а) атаралгезия
- б) эндотрахеальный наркоз
- в) проводниковая анестезия
- г) вагосимпатическая блокада
- д) инфильтрационная анестезия

827. Общим обезболиванием является

- а) внутривенный наркоз
- б) стволовая анестезия
- в) спинальная анестезия
- г) паранефральная блокада

828. Для ингаляционного наркоза используется

- а) калипсол
- б) фторотан
- в) дроперидол
- г) оксибутират натрия

829. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,

- а) фторотан
- б) калипсол
- в) циклопропан
- г) закись азота

830. Способами неингаляционного наркоза являются

- а) масочный
- б) внутривенный
- в) эндотрахеальный

831. Для неингаляционного наркоза применяется

- а) эфир
- б) фторотан
- в) сомбревин
- г) закись азота

832. Для неингаляционного наркоза применяется

- а) эфир
- б) трилен
- в) гексенал
- г) закись азота

833. Для неингаляционного наркоза применяется

- а) эфир
- б) кетамин

- в) хлороформ
 - г) закись азота
834. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является
- а) масочный
 - б) внутривенный
 - в) электронаркоз
 - г) эндотрахеальный
835. При нейролептаналгезии препараты вводят
- а) энтерально
 - б) внутривенно
 - в) ингаляционно
 - г) внутримышечно
836. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
- а) промедол, треитал
 - б) циклопропан, морфин
 - в) гексенал, сомбревин
 - г) дипидолор, пеиталгин
 - д) фентанил, дроперидол
837. Атаралгезией называется
- а) разновидность нейролептаналгезии
 - б) самостоятельный способ обезболивания
 - в) способ проведения ингаляционного наркоза
 - г) способ проведения неингаляционного наркоза
838. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) седативных
 - б) снотворных
 - в) транквилизаторов
839. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) наркотиков
 - б) анальгетиков
 - в) атарактиков
840. Показанием к проведению общего обезболивания является
- а) травматичность операции
 - б) длительность вмешательства
 - в) неуравновешанность психики больного
841. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
- а) полный желудок
 - б) аллергия к местным анестетикам
 - в) неуравновешанность психики больного
842. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
 - б) II-й
 - в) III-й
843. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
 - б) II-й
 - в) III-й
844. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа
- а) через сонное отверстие
 - б) через овальное отверстие
 - в) через остистое отверстие

г) через круглое отверстие

845. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

а) задних

б) средних

в) передних

846. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят

а) 18,17,16,26,27,28

б) 18,28.

в) 14,15,24,25.

г) 18,17,16,15,14,24,25,26,27,28.

д) 17,16,26,27,

847. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

а) средних и задних

б) передних и задних

в) передних и средних

848. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

а) моляры

б) верхняя губа, крыло носа

в) 11,12,13,14,21,22,23,24.слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны

г) 11,12,13,14,21,22,23,24,слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны

849. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

а) носонебного нерва

б) большого небного нерва

в) среднего верхнего зубного сплетения

850. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и

а) до клыка

б) до первого резца

в) до первого премоляра

851. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия

входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

а) с небной стороны

б) с вестибулярной стороны

в) с вестибулярной и небной сторон

852. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва

а) I-ой

б) II-ой

в) III-ей

853. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие

а) сонное

б) круглое

в) овальное

г) остистое

854. Двигательной ветвью тройничного нерва называется

а) n.masseter

б) n.auriculotemporalis

в) n.temporalis anterior profundus

г) n.temporalis medialis profundus

855.Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является

- а) моляры
- б) височный гребешок
- в) позадиомолярная ямка
- г) крыловидночелюстная складка

856. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание

- а) торусальная
- б) подскуловая по Егорову
- в) из подиижнечелюстной области

857. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- а) язычного и щечного
- б) язычного и нижнелуночкового
- в) язычного, щечного и нижнелуночкового
- г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

858.В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от третьего моляра и

- а) до клыка
- б) до первого резца
- в) до первого премоляра

859.При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне

- а) первого моляра
- б) второго моляра
- в) третьего моляра

860. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

861. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится

- а) при рубцовой контрактуре
- б) при вправлении скуловой кости
- в) при воспалительной контрактуре

862. Целью проведения анестезии по Берше является блокада

- а) язычного и нижнелуночкового нервов
- б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
- в) двигательных волокон тройничного нерва

863. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях

- а) малотравматичных
- б) длительных вмешательствах
- в) малотравматичных и длительных операциях

864. При стволовой анестезии зона обезболивания включает

- а) зубы
- б) всю половину челюсти
- в) слизистую оболочку челюсти

865. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия

- г) у круглого отверстия
866. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия
867. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит
- а) подвисочный гребень
- б) передний край жевательной мышцы
- в) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
868. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной
- а) 3-4 см
- б) 7-8 см
- в) 10-15 см
869. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит
- а) суставной бугорок
- б) скулоальвеолярный гребень
- в) середина трагоорбитальной линии
870. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания
- а) неврит
- б) невралгия
- в) вазопатия
871. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является
- а) обморок
- б) повреждение лицевой артерии
- в) попадание иглой в полость носа
872. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является
- а) обморок
- б) гематома
- в) контрактура
873. Токсичность местных анестетиков проявляется
- а) при гипертиреозе
- б) при увеличении концентрации анестетика
- в) при попадании анестетика в кровяное русло
874. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика
- а) тризм
- б) двигательное возбуждение, судороги
- в) гиперемия в области введения анестетика
875. Обморок - это
- а) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
- б) аллергическая реакция на антиген
- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
876. При передозировке адреналина больному необходимо ввести
- а) внутривенно 1 мл атропина
- б) внутривенно 1 мл мезатона
- в) внутримышечно 1 мл норадреналина
877. Во время коллапса сознание
- а) сохранено
- б) не сохранено

878. Коллапс - это

- а) аллергическая реакция на антиген
- б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

879. Во время коллапса кожные покровы

- а) сухие, бледные
- б) влажные, бледные
- в) сухие, гиперемизированные
- г) влажные, гиперемизированные

880. Пульс во время коллапса

- а) частый, нитевидный
- б) нитевидный, редкий
- в) частый, хорошего наполнения
- г) редкий, хорошего наполнения

881. Артериальное давление во время коллапса

- а) повышено
- б) понижено

882. Дыхание во время коллапса

- а) глубокое
- б) поверхностное

883. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на введенный анестетик, проводимая терапия должна включать в себя препараты

- а) аналептики
- б) гормональные
- в) антигистаминные
- г) антигистаминные и аналептики
- д) антигистаминные и гормональные
- е) антигистаминные, аналептики и гормональные

884. Анафилактический шок - это

- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

885. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется

- а) стоматологом
- б) средним медицинским персоналом
- в) врачами специализированной службы

886. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца

- а) 30
- б) 60
- в) 90

887. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются

- а) на эпигастрии
- б) на нижней трети грудины
- в) на средней трети грудины

888. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида

- а) 1%
- б) 10%
- в) 0.1%

889. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя

- а) общие сведения о больном
 - б) анамнез жизни
 - в) анамнез заболевания
 - г) перенесенные и сопутствующие заболевания
 - д) все перечисленные выше
890. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?
- а) не предавать этому значения
 - б) задавать наводящие вопросы
 - в) вызвать на беседу родственников
 - г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось
 - д) верно б) и в)
891. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,
- а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
 - б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
 - в) история болезни заполняется после нормализации состояния
892. Следует ли писать в истории болезни:
- "при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?
- а) обязательно
 - б) нет, так как нет симметричных лиц
893. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается
- а) локализация изменений
 - б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)
 - в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)
 - г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемизированные)
 - д) верно а), б), г)
894. Последовательность осмотра слизистой полости рта
- а) губ, щек (альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области)
 - б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек
 - в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков
895. Пальпация относится
- а) к клиническому методу обследования больного
 - б) к дополнительному методу обследования больного
 - в) к лабораторному методу обследования больного
896. Ложная флюктуация - это
- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
 - б) отсутствие колебаний жидкости в полости
 - в) колебание жидкости во всех направлениях
897. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?
- а) да
 - б) нет
898. Как правильно проводить пальпацию?
- а) от "здорового" к "больному" участку тела
 - б) от "больному" к "здоровому" участку тела
899. Бимануальная пальпация применяется
- а) во всех случаях патологии челюстной-лицевой области
 - б) в челюстно-лицевой области не применяется
 - в) при патологии тканей дна полости рта
 - г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез
 - д) только при локализации процесса в щечной области
 - е) при локализации процесса на шее
900. При перкуссии зубов определяется

- а) болевая реакция
- б) некроз пульпы
- в) перелом коронки зуба
- г) перелом корня зуба
- д) подвижность зубов

901. Каким из перечисленных эффектов обладает гальванизация?

- 1. гиперкоагулирующим
- 2. сосудорасширяющим
- 3. сосудосуживающим
- 4. гипокоагулирующим
- 5. иммуномодулирующим

902. В каких случаях проведение гальванизации не допустимо?

- 1. поперечно в проекции сердца
- 2. на голову по лобно-затылочной методике
- 3. на мужские половые органы
- 4. на женские половые органы
- 5. запретных локализаций нет

903. В какой форме возможно введение лекарственных веществ в организм при помощи постоянного тока?

- 1. ионизированной
- 2. молекулярной
- 3. дипольной
- 4. атомарной
- 5. при всех перечисленных формах

904. Лекарственный электрофорез – метод сочетанного воздействия лекарственного вещества и:

- 1. переменного тока
- 2. импульсного тока
- 3. постоянного непрерывного тока
- 4. интерференционных токов
- 5. магнитного поля

905. Какой электрод при лекарственном электрофорезе является активным?

- 1. электрод меньшего размера
- 2. электрод с наличием лекарственной прослойки
- 3. электрод большего размера
- 4. оба электрода
- 5. правильный ответ отсутствует

906. Каким преимуществом перед другими способами введения лекарственных препаратов лекарственный электрофорез не обладает?

- 1. отсутствие общетоксического действия
- 2. введения лекарственных препаратов в «чистом» виде, без примесей
- 3. Возможность введения лекарственного вещества непосредственно в патологический очаг
- 4. формирование «депо» лекарственного вещества (ионов) в коже
- 5. отсутствует возможность появления аллергических реакций

907. Какому больному показан лекарственный электрофорез?

1. с множественными нарушениями целостности кожных покровов
2. с острой микробной экземой
3. хроническими воспалительными заболеваниями пародонта
4. при непереносимости тока
5. при наклонности к кровотечениям
6. с острым психозом

908. Основным лечебным фактором электросонотерапии является:

1. постоянный электрический ток
2. постоянный импульсный электрический ток прямоугольной формы
3. постоянный импульсный электрический ток полусинусоидальной формы
4. биполярный импульсный ток прямоугольной формы
5. электромагнитное излучение сверхвысокой частоты

909. Чем обусловлено усиление тормозных процессов в коре головного мозга при электросонотерапии?

1. изолированным влиянием на тормозно-возбудительные процессы коры головного мозга
2. торможением активности ретикулярной формации и ствола головного мозга
3. активацией пептидергической системы головного мозга
4. воздействием на сосудодвигательный и дыхательный центры головного мозга
5. усилением кровотока в сосудах головного мозга

910. Повышение концентрации какого вещества в структурах головного мозга способствует усилению снотворного и седативного эффектов электросонотерапии?

1. серотонина
2. холестерина
3. ацетилхолина
4. гистамина
5. тиреотропного гормона
6. адреналина

911. Чем обусловлен седативный и транквилизирующий эффекты электросонотерапии?

1. воздействием на гипногенные структуры ствола головного мозга
2. активацией деятельности мозжечка
3. влиянием на центры регуляции вегетативной НС
4. активацией выделения рилизинг-факторов в гипоталамусе
5. влиянием на зрительный нерв

912. Процедуры электросонотерапии проводят при помощи:

1. индуктора-диска
2. металлических электродов с гидрофильными прокладками
3. волновых излучателей
4. конденсаторных пластин
5. магнитных пластин

913. Чем обусловлен трофостимулирующий лечебный эффект электросонотерапии?

1. восстановлением нарушений вегетативной регуляции внутренних органов и систем
2. улучшением кровообращения в патологическом органе
3. улучшением кровообращения в сосудах головного мозга
4. стимуляция выработки тропных гормонов гипофиза

5. нормализации циклов сна и бодрствования

914. Какое расположение электродов при электросонотерапии?

1. лобно-мастоидальное
2. глазнично-мастоидальное
3. битемпоральное
4. лобно-затылочное
5. на глаза и верхне-шейный отдел позвоночника

915. Какая оптимальная реакция больного при проведении электросонотерапии?

1. дремотное состояние и (или) глубокий сон
2. бодрствование
3. возбуждение
4. ощущение тепла во всем теле
5. двигательное торможение

916. Какой из лечебных эффектов можно получить при помощи амплипульстерапии?

1. анальгетический
2. эффект возбуждения
3. снотворный
4. венотонизирующий
5. актопротекторный

917. Как дозируют силу тока при проведении амплипульстерапии?

1. по ощущению тепла в области наложения электродов
2. по ощущению вибраций под электродами
3. по наступлению анестезии в область электродов
4. в зависимости от места локализации электродов
5. онемение участка кожи в области электродов

918. Для увеличения продолжительности анальгетического эффекта амплипульстерапии следует:

1. увеличить продолжительность процедуры
2. увеличить силу тока
3. изменить глубину модуляции
4. изменить переменный режим подачи тока на постоянный
5. провести амплипульсфорез местных анестетиков

919. Какова частота тока, применяемого при местной дарсонвализации?

1. 20 кГц
2. 2375 МГц
3. 5000 Гц
4. 110 кГц
5. 880 кГц

920. При проведении местной дарсонвализации в окружающем электрод воздухе происходит:

1. образование статического электрического поля
2. ионизация молекул воздуха
3. образование магнитного поля высокой напряженности

4. возникновение упругих колебаний частиц воздуха
5. нет правильного ответа

921. Чем обусловлен бактерицидный эффект местной дарсонвализации?

1. нарушением обмена веществ в микроорганизмах
2. воздействием ионизирующего излучения
3. усилением фагоцитоза в области воздействия
4. деструкцией клеточных оболочек микроорганизма
5. лизисом клеток за счет образования продуктов электролиза

922. Какой физический фактор используется в методике электрофореза?

1. гальванический ток
2. импульсный ток
3. переменный ток
4. ультразвук
5. магнитное поле

923. Какой физический фактор применяется в методе электросна?

1. гальванический ток
2. импульсный ток
3. переменный ток
4. ультразвук
5. магнитное поле

924. Показания к электросну:

1. воспалительные заболевания пародонта
2. обострение хронического периодонтита
3. заболевания ВНЧС
4. стоматологии
5. лихорадка невыясненного генеза

925. Укажите, какое лечебное действие характерно для электросна:

1. десенсибилизирующее
2. противовоспалительное
3. обезболивающее
4. седативное
5. рассасывающее

926. Какой вид тока применяется в дидинамотерапии?

1. постоянный непрерывный ток
2. переменный синусоидальный ток
3. постоянный импульсный ток низкой частоты
4. переменный импульсный ток высокой частоты
5. ультразвук

927. Лечебное действие УВЧ-терапии:

1. противовоспалительное
2. обезболивающее
3. гипертензивное

4. успокаивающее
5. тонизирующее

928. Как осуществляется контроль настройки аппарата УВЧ?

1. по ощущению больного
2. по свечению неоновой лампочки
3. по мощности
4. по гиперемии кожи под электродом
5. по потере чувствительности под электродом

929. Какой физический фактор является действующим в ультразвуке?

1. высокочастотное переменное магнитное поле
2. постоянный импульсный ток
3. высокочастотные механические колебания
4. переменный ток высокой частоты
5. постоянный электрический ток

930. Лечебное действие ультразвуковой терапии:

1. болеутоляющее
2. седативное
3. гипотензивное
4. противовоспалительное
5. гипотермическое

931. Какова физическая природа света?

1. поток электромагнитных колебаний высокой частоты
2. поток электромагнитных колебаний низкой частоты
3. поток энергии проникающей радиации
4. поток электромагнитных колебаний оптического диапазона
5. высокочастотный переменный импульсный ток

932. Какой вид тока применяется в методе электрофореза?

1. импульсный низкочастотный ток
2. ток высокого напряжения
3. постоянный ток малой силы, низкого напряжения
4. высокочастотный переменный импульсный ток
5. переменный ток высокой частоты

933. Какой из аппаратов предназначен для гальванизации?

1. «Ромашка»
2. «Экран»
3. «Тонус- 1»
4. «Луч»
5. «Поток- 1»

934. Укажите максимальную плотность тока, используемую при местных процедурах гальванизации?

1. 5 мА/ кв. см
2. 20 мА/ кв. см
3. 1 мА/ кв. см

4. 0,05- 0,1 мА/ кв. см
5. 12 мА/ кв. см

935. Импульсный ток какой формы используют для электросна?

1. полусинусоидальной
2. экспоненциальной
3. треугольной
4. прямоугольной
5. синусоидальной

936. При каких методах электролечения электроды накладываются с обязательным воздушным зазором?

1. УВЧ – терапия
2. Гальванизация
3. магнитотерапия
4. электросон
5. дарсонвализация

937. Укажите, какой аппарат применяется для получения переменного магнитного поля?

1. « Волна-2»
2. «Полюс-1»
3. « Ромашка»
4. « Искра- 1»
5. « Луч»

938. Укажите, какие виды тока используются в аппарате « Полюс – 1»?

1. Импульсный прямоугольной формы
2. полусинусоидальной формы
3. однополупериодный
4. синусоидальный модулированный
5. экспоненциальный

939. Какой вид энергии используется в ультразвуке?

1. ток высокой частоты
2. импульсный ток
3. механическая энергия
4. Магнитное поле
5. поток электромагнитных колебаний высокой частоты

940. В каких единицах измеряется и дозируется ультразвуковая терапия?

1. Вт
2. В
3. мА/ кв. см
4. Вт/ кв. см
5. см/ с

941. Какой температуры должна быть вода, используемая в качестве контактной среды при УЗТ

1. 28- 32 град. С
2. 32- 36 град. С
3. 32 – 38

4. 38 – 40

5. 26 – 30

942. Какова физическая природа света?

1. поток электромагнитных колебаний высокой частоты
2. электромагнитные волны низкой частоты
3. электромагнитные волны сверхвысокой частоты
4. поток энергии проникающей радиации
5. поток энергии электромагнитных колебаний оптического диапазона

943. В каком диапазоне находятся волны светового излучения?

1. 15 м
2. 10 -12м
3. от 10 до 1м
4. от 1м до 1мм
5. ниже 1мм

944. Какие источники света дают ультрафиолетовое излучение?

1. Лампы накаливания
2. лампы дневного света
3. Дуговые ртутно-трубчатые лампы
4. лампы Минина
5. лампы « Соллюкс»

945. На чем основано биологическое действие инфракрасного излучения?

1. фотохимическое
2. фотоэлектрическое
3. ионизирующее
4. гипотермическое
5. тепловое

946. Повторный курс гальванизации проводится

1. 2 недели
2. 1,5 – 2 месяца
3. 2 – 3 месяца
4. 1 – 6 месяцев
5. 1 раз в год

947. Какие ванны относятся к ароматическим?

1. хвойные
2. кислородные
3. сероводородные
4. минеральные
5. хлоридно-натриевые

948. Повторный курс грязелечения проводится через:

1. 2 месяца
2. 3 месяца
3. 2 недели
4. 6-8 месяцев
5. 12 месяцев

949. Аэрозольтерапия – это метод:

1. лечебного применения аэрозолей лекарственных веществ
2. лечебного применения аэроионов воздушной среды
3. лечебного применения газовых смесей
4. электрофорез
5. фонофорез

950. Для проведения ультразвука используют:

1. вакуумные электроды
2. конденсаторные излучатели
3. излучатели с пьезоэлектрическими свойствами (вибраторы)
4. лампы накаливания
5. индикаторы резонансного типа

951. Магнитотерапия – это воздействие:

1. низкочастотными магнитными полями
2. высокочастотными электромагнитными полями
3. электрического поля высокого напряжения
4. электрического поля низкого напряжения
5. прямоугольным током

952. Глубина проникновения инфракрасного излучения?

1. доли миллиметра
2. 1-5 миллиметров
3. 1-2 сантиметра
4. 5-7 сантиметров
5. 10-12 сантиметров

953. Воздействие красного лазерного излучения запрещено на:

1. кожу лица
2. ВНС
3. область сердца и крупных сосудов
4. область гайморовых пазов
5. глаза

954. Метод исследования нервной и мышечной ткани электрическим током называется:

1. электрообезболивание
2. электросон
3. миография
4. электрофорез
5. электродиагностика

955. Здоровая пульпа реагирует на силу тока:

1. 20-30 мкА
2. 2-6 мкА
3. 60 мкА
4. 100мкА
5. 15-20 мкА

956. Для электроодонтодиагностики используют аппарат:

1. УЭИ-1
2. ЭС-4Т
3. ЭОМ-3
4. СНИМ-1
5. АСБ-2-1

957. Противопоказания к применению флюктуоризации является:

1. невралгия тройничного нерва
2. обострение хронического периодонтита
3. хронический генерализованный пародонтит
4. заболевания слюнных желез
5. злокачественные новообразования, склонность к кровотечению

958. Для диатермокоагуляции используют аппарат:

1. АСБ-2-1
2. ДКС-2М
3. ИСКРА-1
4. АМПЛИПУЛЬС-4
5. ЛУЧ-2

959. При облучении ультрафиолетовыми лучами на коже возникают:

1. гиперемия с постепенным исчезновением
2. зуд, припухлость
3. эрозии, язвы
4. гиперемия, эритема, шелушение, пигментация
5. гиперемия и сохраняется в течение 3 суток

960. При лечении хронического пародонтита в стадии ремиссии используют:

1. гидромассаж
2. дарсонвализацию
3. электрофорез
4. УВЧ – терапию
5. фонофорез

961. Метод электрофореза связан:

1. перераспределением ионов внутри и снаружи клеток
2. перемещением молекул воды в катоду
3. способностью сложных веществ диссоциировать в растворителе на ионы
4. вторичным гуморальным действием
5. колебательным перемещением ионов и вращением дипольных молекул

962. Для улучшения витаминообразования, активизации обменных процессов назначают:

1. магнитотерапию
2. электросон
3. диадинамотерапию
4. УФ-облучение
5. дарсонвализацию

963. Местная дарсонвализация показана при:

1. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
2. папилломатоз СОПР

3. наклонности к кровотечениям
4. многоформной экссудативной эритеме
5. пиогенной гранулеме

964. При диатермокоагуляции во избежание утечки тока необходимо:

1. провести анестезию
2. изолировать зуб от слюны и высушить его
3. удалить коронковую пульпу
4. наложить лечебную пасту
5. замкнуть цепь

965. Отметить противопоказания для назначения УВЧ-терапии:

1. обострение хронического генерализованного пародонтита
2. неврит лицевого нерва
3. беременность
4. травма мягких тканей СОПР
5. эрозивно-язвенный стоматит

966. В чем заключается специфичность действия микроволновой терапии:

1. наведение вихревых токов
2. осцилляторным эффектом
3. увеличением концентрации ионов на тканевых мембранах
4. повышением возбудимости нервных рецепторов под анодом
5. денатурации и коагуляции белка

967. Для ультразвуковой терапии не характерно действие:

1. противовоспалительное
2. обезболивающее
3. десенсибилизирующее
4. гипотермическое
5. рассасывающее

968. Лазотерапия противопоказана при:

1. хронический гипертрофический гингивит отечная форма
2. хронический рецидивирующий герпетический стоматит
3. эрозивная форма лейкоплакии
4. кариес в стадии белого пятна
5. острый периодонтит в фазе экссудации

969. Назначение физиотерапевтических процедур на ранних стадиях развития воспалительного процесса в челюстно-лицевой области способствует:

1. развитию фазы нагноения
2. регенерации тканей
3. обратному развитию процесса
4. опорожнению гнойного очага
5. венозному застою

970. Хорошей электропроводностью обладают:

1. ороговевший слой эпидермиса
2. костная ткань

3. сухожилие
4. слизистая оболочка полости рта
5. хрящевая ткань

971. При раздражении рецепторов кожи постоянным электрическим током, используемым с лечебной целью, ощущается:

1. сильное жжение
2. легкое жжение, покалывание, пощипывание
3. местное повышение температуры
4. местное понижение температуры
5. выраженная гиперемия, отечность

972. Метод электрофореза позволяет:

1. исследовать нервную ткань
2. исследовать мышечную ткань
3. сконцентрировать действие лекарственного вещества на ограниченном участке
4. исследовать электровозбудимость пульпы
5. исследовать костную ткань

973. Для электрообезболивания используют аппарат:

1. ЭОМ- 1
2. тонус – 2
3. ГР – 2
4. ЭЛОЗ – 1
5. Луч

974. При острых воспалительных процессах в стоматологии можно использовать микроволны мощностью:

1. 4 – 6 Вт
2. 1 – 3 Вт
3. 7 – 10 Вт
4. 5 – 6 Вт
5. 20 -30 Вт

975. Основным противопоказанием к применению диатермокоагуляции в стоматологии является:

1. наличие грануляционной ткани в клиническом кармане
2. недостаточность сердечно – сосудистой системы
3. наличие доброкачественных новообразований
4. заболевания пульпы
5. заболевания периодонта

976. При магнитотерапии аппаратом « ПОЛЮС -1» пациент располагается на стуле:

1. металлическом
2. пластмассовом
3. деревянном
4. комбинированном
5. нет правильного ответа

977. Малые мощности лазерного излучения оказывает:

1. ускорение регенерации тканей

2. бактерицидное действие
3. тепловое действие
4. стимулирующее, анальгезирующее, противовоспалительное действие
5. коагуляцию тканей

978. Оптимальная температура тепловлажных ингаляций:

1. 15 -20 град.
2. до 30 град.
3. 41 -45 град.
4. 38 – 40 град.
5. 10 -15 град

979. Возможные побочные эффекты магнитотерапии:

1. термический ожог
2. индивидуальная непереносимость магнитного поля
3. кожная эритема
4. лихорадка
5. повышение артериального давления

980. В механизме действия ультразвука играет роль:

1. +микровибрация, микромассаж
2. изменение ионной конъюнктуры тканей
3. осцилляторный эффект
4. гипокоагулирующее действие
5. гипотермический эффект

981. При какой ванне температура воды ниже температуры тела?

1. йодобромная
2. углекислая
3. скипидарная
4. жемчужная
5. хвойная

982. В механизме действия при гальванизации играет роль:

1. тепловое действие
2. изменение ионной конъюнктуры тканей
3. механические колебания
4. осцилляторный эффект
5. гипокоагулирующее действие

983. Какова средняя продолжительность парафиновой и озокеритовой аппликации?

1. 1-3 минуты
2. 10-15 минут
3. 5-7 минут
4. 20-30 минут
5. 30-60 минут

984. Какой душ целесообразно использовать при ожирении?

1. игольчатый
2. пылевой
3. дождевой

4. Шарко
5. гипотермический

985. Что из перечисленного противопоказано для УВЧ-терапии:

1. металлическая коронка в области воздействия
2. влажная повязка в области воздействия
3. легкая одежда больного
4. пластмассовый стул
5. кариозные полости в зубах в зоне воздействия

986. Какие из перечисленных аппаратов применяются для СВЧ-терапии:

1. Экран-1
2. ЭОМ-3
3. Луч-3
4. Волна-2
5. Полюс-1

987. Какие из перечисленных лекарственных веществ вводятся при электрофорезе с отрицательного полюса?

1. магний
2. калий
3. кальций
4. йод
5. новокаин

988. Болеутоляющий эффект дидинамотерапии обусловлен механизмами действия токов, реализующимися в:

1. головном мозге
2. спинном мозге
3. периферических проводниках болевой чувствительности
4. во всех указанных отделах нервной системы
5. правильный ответ отсутствует

989. Какое из заболеваний показано для дидинамотерапии?

1. заболевания с болевым синдромом
2. острое гнойное воспаление
3. острый тромбофлебит
4. закрытые иммобилизированные переломы костей
5. лихорадка неизвестного генеза

990. Введение лекарственных веществ в организм с помощью гальванического тока называется:

1. фонофорез
2. электрофорез
3. диэлектролиз
4. ультразвук
5. дидинамотерапия

991. Хорошей электропроводностью обладают:

1. ороговевший слой эпидермиса
2. костная ткань

3. сухожилие
4. слизистая оболочка полости рта
5. хрящевая ткань

992. Метод электрофореза позволяет:

1. исследовать нервную ткань
2. исследовать мышечную ткань
3. сконцентрировать действие лекарственного вещества на ограниченном участке
4. исследовать электровозбудимость пульпы
5. исследовать эффективность жевания

993. Для электрообезболивания используют аппарат:

1. ЭОМ-1
2. ТОНУС-2
3. ГР-3
4. ЭЛОЗ-1
5. УЭИ-1

994. При лечении заболеваний пародонта магнитная каппа назначается на:

1. 40 – 50 дней
2. 20 – 30 дней
3. 10 – 15 дней
4. 35 – 40 дней
5. 5 – 7 дней

995. В стоматологической практике не используется прием массажа:

1. Поглаживание
2. растирание
3. вибрация
4. поколачивание
5. используются все выше перечисленные методы

996. Массаж лица проводят по ходу:

1. нервов
2. мышечных волокон
3. лимфатических сосудов
4. кровеносных сосудов
5. без учета топографических особенностей

997. При лечении кариеса в стадии пятна применяют методы:

1. флюктуоризацию
2. дарсонвализацию
3. УВЧ – терапию
4. электрофорез микроэлементов
5. электростимуляцию

998. Для профилактики кариеса зубов у ребенка беременной назначают:

1. местное инфракрасное излучение
2. общую франклинизацию
3. общее УФ – облучение
4. местное УФ – облучение

5. электрофорез микроэлементов

999. Гиперестезия эмали при гипоплазии лечится лекарственным электрофорезом:

1. кальция, фосфора, фтора, витамина группы В
2. экстракта алоэ
3. аскорбиновой кислоты
4. лидазы
5. использование электрофореза не эффективно

1000. При эндемическом флюорозе применяют электрофорез глюконата кальция

1. 1% раствор
2. 2% раствор
3. 10% раствор
4. 5% раствор
5. 0,5% раствор

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Обследование первичного больного, распознавание болезни, заполнение истории болезни: опрос (жалобы, анамнез), осмотр, пальпация мягких тканей лица и костной
2. Методический центр аккредитации основы, определение высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя, определение типа прикуса, пальпация височно- нижнечелюстного сустава, определение степени подвижности зубов, определение состояния пародонта (зондирование зубодесневого желобка, кармана), заполнение одонтопародонтограммы, определение подвижности, податливости и болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта, изучение диагностических моделей, определение степени атрофии альвеолярных отростков, оценка ортопантограммы, панорамных и прицельных рентгенограмм, формулирование диагноза.
3. Получение анатомических слепков альгинатной массой.
4. Отливка гипсовой модели
5. Изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками.
6. Определение центральной окклюзии.
7. Изготовление гнутого удерживающего кламмера.
8. Проверка конструкции пластиночных протезов.
9. Припасовка и наложение пластиночного протеза.
10. Коррекция пластинчатого протеза.
11. Починка пластинчатого протеза.
12. Нанесение на базис протеза эластичной подкладки холодного отверждения.
13. Отливка модели из супергипса.
14. Подготовка гипсовых моделей в области удаляемых зубов для изготовления имедиатпротезов.
15. Перебазировка пластиночных протезов.

16. Проведение параллелометрии на диагностических моделях при изготовлении бюгельных протезов.
17. Припасовка литого каркаса бюгельного протеза.
18. Припасовка и наложение бюгельного протеза.
19. Коррекция бюгельного протеза.
20. Препарирование зуба с вестибулярным уступом под металлокерамическую коронку.
21. Получение оттиска зубного ряда альгинатной массой.
22. Получение двойного оттиска зубного ряда силиконовым оттискным материалом.
23. Получение временной коронки по оттиску, полученному до препарирования зуба.
24. Создание искусственной культи коронки зуба с помощью металлического или стекловолоконного штифта и композиционного материала
25. Моделирование восковой модели искусственной культи со штифтом.
26. Временное шинирование передних зубов нижней челюсти композиционным материалом.
27. Проверка и фиксация искусственной коронки.
28. Снятие металлической коронки с зуба.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» – правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» – ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» – ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» – не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с

веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

**ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»**

1. Общественное здоровье на 50% и более обусловлено:
 - а) состоянием внешней среды
 - б) гигиеническими факторами
 - в) состоянием здравоохранения
 - г) наличие гигиенических навыков
 - д) условиями и образом жизни
2. На здоровье населения влияют:
 - а) социально-экономические факторы
 - б) социально-биологические факторы
 - в) медицинские факторы
 - г) природно-климатические факторы
 - д) все перечисленное верно
3. Основным методом изучения показателей статистики населения следует считать:
 - а) текущую регистрацию рождаемости
 - б) перепись населения
 - в) выборочные демографические исследования
 - г) социологический опрос населения
 - д) все перечисленное верно
4. Динамика населения изучает:
 - а) механическое движение населения
 - б) естественное движение населения
 - в) миграционные процессы
 - г) все перечисленное верно
5. При вычислении показателя рождаемости учитывается число родившихся за год:
 - а) живыми
 - б) мертвыми
 - в) живыми и мертвыми
 - г) проживших 168 часов
6. Основной причиной материнской смертности является:
 - а) акушерские причины
 - б) инфекционные заболевания
 - в) новообразования
 - г) болезни органов дыхания
 - д) заболевания ССС
7. Для вычисления показателя младенческой смертности необходимо знать число детей:
 - а) умерших в возрасте до 1 года
 - б) родившихся мертвыми
 - в) умерших с 28 недель беременности
 - г) населения в возрасте до 1 года
 - д) умерших в течении 168 часов
8. При расчете показателя мертворождаемости учитываются дети:

- а) умершие на 1 году жизни
- б) родившиеся живыми и мертвыми
- в) умершие на 1 месяце жизни
- г) умершие на 1-ой неделе жизни

9. Распространенность (или болезненность) населения – это совокупность заболеваний:

- а) выявленных по данным о причинах смерти
- б) выявленных при медицинском осмотре
- в) выявленных впервые в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в этом году
- г) все перечисленное верно

10. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным обращаемости является:

- а) посещение больным ЛПУ
- б) первичное обращение по поводу данного заболевания в данном году
- в) заболевание, выявленное при медицинском осмотре
- г) больной, обратившийся по поводу заболевания

11. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте стоят болезни:

- а) системы кровообращения
- б) желудочно-кишечного тракта
- в) органов дыхания
- г) нервной системы
- д) новообразования

12. Основным учетным документом при изучении инфекционной заболеваемости является:

- а) медицинская карта амбулаторного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- г) карта эпидемиологического обследования
- д) все перечисленное верно

13. Основным документом для изучения госпитализированной заболеваемости является:

- а) карта стационарного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) статистическая карта выбывшего из стационара
- г) карта эпидемиологического обследования

14. Международная статистическая классификация болезней – это:

- а) перечень наименований болезней
- б) перечень диагнозов
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний
- г) система группировки болезней и патологических состояний
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов

15. Акселерация это:

- а) увеличение удельного веса городского населения
- б) превышение показателя смертности над показателем рождаемости
- в) превышение удельного веса лиц старше 50 лет, над удельным весом детей

- г) ускорение роста и развития детей и подростков
- д) увеличение удельного веса детей в возрастной структуре населения

16. Медицинская профилактика может быть:

- а) первичной
- б) вторичной
- в) третичной
- г) все перечисленное верно

17. Вторичная профилактика – это:

- а) комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- б) комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- в) комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений профилактики:
- г) все перечисленное верно

18. Компонентами вторичной профилактики являются:

- а) осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния факторов риска и раннего выявления и предупреждения заболеваний
- б) целевое санитарно-гигиеническое воспитание
- в) проведение целевых медицинских профилактических осмотров для раннего выявления социально-значимых заболеваний
- г) проведение диспансеризации групп риска
- д) все перечисленное верно

19. Для размещения поликлиник в городе рекомендуются следующие основные уровни:

- а) общегородской уровень
- б) межрайонный уровень
- в) районный уровень
- г) все перечисленное верно

20. К основным видам профилактических осмотров относятся:

- а) скрининг осмотры
- б) периодические
- в) предварительные
- г) целевые
- д) все перечисленное верно

21. К основным показателям, характеризующим эффективность диспансеризации, относятся:

- а) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности
- б) исходы лечения
- в) показатели первичного выхода на инвалидность
- г) все перечисленное верно

22. Нагрузка участкового терапевта на амбулаторном приеме определяется:

- а) числом посещений на 1 час приема
- б) числом посещений в смену
- в) числом посещений в месяц
- г) функцией врачебной должности

д) все перечисленное верно

23. В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на:

- а) областные (краевые, республиканские)
- б) городские
- в) районные
- г) участковые
- д) все перечисленное верно

24. По профилю больницы делятся на:

- а) многопрофильные
- б) стационары диспансеров
- в) специализированные
- г) все перечисленное верно

25. Выберите из нижеперечисленных, структурные подразделения, входящие в состав больницы для взрослых:

- а) лечебные отделения
- б) отделение (кабинет) медицинской статистики
- в) патологоанатомическое отделение
- г) приемное отделение
- д) все перечисленное верно

26. Деятельность дневных стационаров приводит к:

- а) максимально гибкий график работы в соответствии с пожеланиями пациентов;
- б) приближение объема и структуры оказываемой помощи к условиям круглосуточного стационара;
- в) преимущественное использование методов восстановительного лечения, медицинской реабилитации больных;
- г) сокращение сроков пребывания на койках круглосуточного содержания;
- д) все перечисленное верно.

27. Ведущая роль в оказании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи принадлежит:

- а) консультации "Брак и семья"
- б) центрам перинатальной диагностики
- в) женским консультациям
- г) поликлиникам
- д) центрам планирования семьи

28. Поздним взятием беременных под наблюдение женской консультации считается постановка на учет после:

- а) 5 недель
- б) 7 недель
- в) 12 недель
- г) 18 недель
- д) 28 недель

29. В приемно-смотровом блоке родильного дома необходимо иметь помещения кроме:

- а) комнату-фильтр
- б) две смотровые комнаты

- в) две комнаты санитарной обработки
- г) родовую палату

30. В наблюдательное отделение родильного дома направляют рожениц:

- а) с признаками острого заболевания
- б) с мертвым плодом
- в) с высокой температурой
- г) все перечисленное верно

31. Основными документами, которые ведутся в родильном доме являются, кроме:

- а) история родов
- б) история развития новорожденного
- в) индивидуальной карты беременной и родильницы
- г) обменная карта родильного дома

32. Боксы Мельцера-Соколова включают в себя следующие помещения, кроме:

- а) предбоксик
- б) санитарный узел
- в) палату
- г) манипуляционную
- д) шлюз для медицинского персонала

33. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы необходимо обеспечить:

- а) наличие боксированного приемного покоя
- б) учет сведений о контактах с инфекционными больными
- в) проведение регулярных медицинских осмотров персонала
- г) прием игрушек и книг, только не бывших в употреблении
- д) все перечисленное верно

34. Детская поликлиника осуществляет медицинскую помощь детям:

- а) до 7 лет
- б) до 12 лет
- в) до 14 лет
- г) до 15 лет
- д) до 18 лет

35. Принцип непрерывного динамического наблюдения за здоровьем детей называется:

- а) принцип участковости
- б) преемственность в работе врачей
- в) принцип диспансерного наблюдения
- г) этапность в лечении
- д) принцип единого педиатра

36. Основной документацией детской поликлиники является:

- а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) история развития ребенка
- г) карта профилактических прививок
- д) все перечисленное верно

37. Различают следующие виды медицинского страхования:

- а) обязательное и добровольное
- б) имущественное
- г) налоговое
- д) все перечисленное верно

38. Маркетинг изучает:

- а) вопросы управления
- б) вопросы рыночных отношений
- в) вопросы экономики
- г) вопросы планирования

39. Медицинская услуга подразумевает оказание:

- а) профилактической помощи и лечебной помощи
- б) обследования
- в) реабилитации
- г) санаторно-курортного лечения
- д) все перечисленное верно

40. В городе N проводилось изучение ранней неонатальной смертности за 20.. год. Объектом исследования были:

- а) все дети, умершие в первые четыре недели жизни в 20.. году
- б) один ребенок, умерший в первые четыре недели жизни в 20.. году
- в) все дети, умершие в первые 168 часов жизни в 20.. году
- г) один ребенок, умерший в первые 168 часов жизни в 20.. году
- д) все дети, умершие в первые 42 дня жизни в 20.. году

41. С целью изучения медицинской активности проведен социологический опрос всех матерей Выборгского района с фамилией на букву "Д". Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) метод основного массива
- в) метод монографического исследования
- г) серийной выборки
- д) случайной выборки

42. Проведен социологический опрос всех женщин, родивших в Москве в январе 20.. года. Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) когортный метод
- в) серийной выборки
- г) многоступенчатого отбора
- д) направленного отбора

43. Показатель плодовитости это:

- а) экстенсивный показатель
- б) интенсивный показатель
- в) показатель соотношения
- г) показатель наглядности
- д) все ответы не верны

44. Метод стандартизации применяется для:

- а) сравнения интенсивных показателей, рассчитанных в различной среде
- б) оценки величины изменения явления на протяжении определенного промежутка времени
- в) выявления и измерения связи между явлениями
- г) предоставление обобщенной характеристики трех и более средних величин или показателей

45. При расчете распространенности заболеваний в качестве явления принимаются:

- а) число всех имевшихся у населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и зарегистрированных ранее, по поводу которых больной вновь обратился в этом году
- б) средняя численность населения
- в) число заболеваний выявленных на профилактических осмотрах
- г) число новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных заболеваний
- д) число заболеваний выявленных по данным о причинах смерти

46. Основной правовой базой, охватывающий широкий круг общественных отношений в области здравоохранения, является:

- а) ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
- б) ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- в) ФЗ РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- г) Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации
- д) Концепция развития здравоохранения до 2020 года

47. В Российской Федерации выделяют следующие системы здравоохранения:

- а) государственную, муниципальную и частную
- б) ведомственную и вневедомственную
- в) городскую и сельскую
- г) взрослую и детскую
- д) только государственную и муниципальную

48. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют:

- а) анамнез
- б) историю болезни
- в) врачебную тайну
- г) личное дело
- д) катамнез

49. Бесплатно медицинская помощь гражданам оказывается в следующем объеме:

- а) в рамках «Программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи»
- б) в полном объеме все виды помощи
- в) только экстренная помощь
- г) только стационарная помощь
- д) вся стационарная и первичная медико-санитарная помощь

50. Министр МЗ РФ назначается на должность:

- а) правительством РФ
- б) президентом РФ
- в) общественной палатой РФ

- г) советниками президента
- д) главными специалистами

Номера правильных ответов:

- 1. д
- 2. д
- 3. б
- 4. г
- 5. а
- 6. а
- 7. а
- 8. б
- 9. в
- 10. б
- 11. в
- 12. в
- 13. в
- 14. г
- 15. г
- 16. г
- 17. в
- 18. д
- 19. г
- 20. д
- 21. г
- 22. а
- 23. д
- 24. г
- 25. д
- 26. г
- 27. в
- 28. д
- 29. г
- 30. г
- 31. в
- 32. г
- 33. д
- 34. д
- 35. в
- 36. д
- 37. б
- 38. б
- 39. д
- 40. в
- 41. д
- 42. б
- 43. б
- 44. а
- 45. а
- 46. а
- 47. а

48. в

49. а

50. б

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Общественное здоровье и здравоохранение как медицинская наука, изучающая закономерности формирования здоровья населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, ее определение и содержание.
2. Общественное здоровье и здравоохранение в системе естественных и общественных наук, интеграция общественного здоровья с другими отраслями науки и практики государственного строительства.
3. Место общественного здоровья и здравоохранения как предмета преподавания среди медицинских, гигиенических и общественных наук в системе медицинского образования и в практической деятельности врача.
4. Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении, организации труда в здравоохранении.
5. Основные методы исследования общественного здоровья и здравоохранения: статистический, экономический, исторический, экспериментальное моделирование, экспертных оценок, системный анализ, социологические и эпидемиологические методы.
6. Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения (общественной медицины) в России и зарубежных странах. Виднейшие деятели российского общественного здоровья и здравоохранения (Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, А.В. Мольков, М.Ф. Владимирский, Г.Н. Каминский, З.Г. Френкель, П.А. Кувшинников, Н.А. Виноградов, Г.А. Баткис, С.В. Курашов, Б.В. Петровский, А.Ф. Серенко).
7. Характерные особенности развития современного общественного здоровья и практики здравоохранения за рубежом.
8. Социальные и биологические закономерности здоровья населения. Социальные условия и социальные факторы, их влияние на здоровье населения.
9. Зависимость здоровья трудящихся от способа производства и материальных условий жизни общества. Болезнь и здоровье в философском понимании.
10. Действие социальных факторов и образа жизни на здоровье людей в условиях развития рыночных отношений.
11. Эпидемиология и социально-гигиенические проблемы наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний.
12. Основные принципы охраны здоровья населения России.
13. Схема изучения состояния здоровья населения, источники информации, методы изучения состояния здоровья населения.
14. Демография. Предмет и содержание демографии. Население как объект социально-гигиенического изучения. Значение демографических данных в практике здравоохранения (медицинская демография).
15. Прогнозирование основных показателей здоровья населения (заболеваемость, смертность, в том числе младенческая смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни). методические подходы при прогнозировании, краткие и долгосрочные прогнозы.
16. Заболеваемость. Роль государственной статистики заболеваемости в изучении состояния здоровья населения. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; основные принципы ее построения. Методика изучения

- заболеваемости. Понятия «заболеваемость», «болезненность», «распространенность».
17. Инвалидность как медико-социальная проблема. Определение. Эпидемиология инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.
 18. Система профилактики, целевые комплексные программы.
 19. Федеральные и региональные программы здравоохранения; программы государственных гарантий медицинской помощи населению.
 20. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению. Организация базовых поликлиник и кабинетов. Поликлиника и поликлиническое отделение больницы, их ведущее значение в системе медицинского обслуживания и обеспечения работы врача общей практики; структура, организация работы.
 21. Городской участок, организация и содержание работы участкового врача-терапевта, медицинской сестры участка.
 22. Роль консультаций «брак и семья», медико-генетических консультаций в организации медико-социальной помощи детям.
 23. Рациональные графики работы медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, режим работы самих учреждений и их структурных подразделений.
 24. Основные документы, регламентирующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.
 25. Организация отделений профилактики, восстановительного лечения в городских поликлиниках.
 26. Развитие специализированной медицинской помощи на базе стационаров, диагностических центров и поликлиник при крупных стационарах.
 27. Медицинские осмотры, их организация, диспансеризация определенных контингентов, санитарно-профилактическая работа в поликлинике.
 28. Отделения восстановительного лечения и реабилитации, их структура, функционирование, связь с другими службами поликлиники и стационара.
 29. Управление системой приема и движения больных в поликлинике; роль кабинета инфекционных болезней в поликлинике; связь с центром госсанэпиднадзора. Роль санитарного актива в мероприятиях по борьбе с инфекционными болезнями.
 30. Стационар больницы, порядок поступления и выписки больных. Структура и функции приёмного отделения. Организация работы врача, медицинской сестры, младшего медицинского персонала.
 31. Специализированные отделения больниц, принципы их организации, структуры, функционирования. Лечебно-охранительный режим в больнице.
 32. Организация работы патологоанатомического отделения больницы. Формы и методы контроля за качеством диагностики и лечения больных в стационаре; клинко-анатомические конференции.
 33. Организация специализированной медицинской помощи. Мероприятия по борьбе с внутрибольничными инфекциями. Медицинская и социальная реабилитация. Этапное лечение.
 34. Больницы и отделения восстановительного лечения. Роль загородных больниц и отделений.
 35. Скорая и неотложная медицинская помощь населению. Объединение больниц и станций скорой медицинской помощи.
 36. Объединение и самостоятельная деятельность скорой и неотложной медицинской помощи. Специализированные бригады скорой медицинской помощи.
 37. Организация, задачи, содержание, методы и средства гигиенического образования и воспитания населения в поликлинике и больнице.
 38. Организация материального и медицинского снабжения и контроль за расходованием средств в стационаре и поликлинике.

39. Медицинская документация, учет, отчетность, показатели деятельности стационара и поликлиники. Методы оценки эффективности работы.
40. Особенности структуры больниц специализированной помощи - больниц скорой медицинской помощи, больниц реабилитации и др.
41. Сестринская помощь в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях (учреждениях).
42. Содержание и технологии диспансерного наблюдения отдельных групп населения и больных, виды специальных диспансеров, их структура, формы, методы их работы.
43. Специальные диспансеры-кабинеты (противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические, наркологические др.). Показатели качества и эффективности диспансеризации.
44. Правовые, организационные и экономические основы деятельности здравоохранения России. Органы здравоохранения и медицинского страхования, их место в общей системе государственных и общественных органов управления страны.
45. Формы собственности в здравоохранении и их взаимодействие. Структура, функции, порядок подчинения и сотрудничества в системе здравоохранения.
46. Номенклатура учреждений здравоохранения. Лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения. Стандартизация в системе здравоохранения.
47. Теоретические и организационные основы управления в условиях становления рыночных отношений и конкуренции.
48. Функции руководителя медицинского учреждения и организация его труда, финансовый менеджмент. Управленческий цикл.
49. Организация работы органов управления здравоохранением на различных уровнях.
50. Развитие региональных систем здравоохранения. Роль комитетов здравоохранения представительных органов управления страны, субъектов Федерации и местного самоуправления.
51. Правовое, административное и экономическое регулирование труда медицинского и фармацевтического персонала.
52. Экономические методы управления учреждениями здравоохранения.
53. Вклад здравоохранения в повышение уровня жизни и обеспечение устойчивости социально-экономического развития страны.
54. Медико-социальное страхование здоровья.
55. Деятельность фонда обязательного медицинского страхования граждан России как важнейшего источника финансирования и экономического стимулирования в здравоохранении.
56. Система научного обеспечения развития здравоохранения России.
57. Рост материально-технической базы здравоохранения, подготовка медицинских кадров — основа повышения качества медицинской помощи населению.
58. Система управления и менеджмента в здравоохранении.
59. Система управления (обеспечения) качеством медицинской помощи.
60. Стандартизация в здравоохранении. Протоколы ведения больных. Задачи по развитию и оптимизации деятельности в стране больнично-поликлинической помощи.
61. Внутри- и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.
62. Понятия «трудоспособность», «временная нетрудоспособность», «стойкая нетрудоспособность», «частичная нетрудоспособность». Временная нетрудоспособность. Врачебная экспертиза временной нетрудоспособности.
63. Задачи врачебной экспертизы трудоспособности по обеспечению права на труд и материальное обеспечение трудящихся.
64. Листок нетрудоспособности как основной документ медицинского, юридического и финансового характера. Порядок выдачи больничных листов при различных видах временной нетрудоспособности. Контроль за правильной выдачей листов и сроками

- восстановления трудоспособности.
65. Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ); его структура, функции и методы работы по определению инвалидности.
 66. Определение экономики здравоохранения. Разделы экономики здравоохранения и основные направления научных исследований в этой области.
 67. Медицинское страхование в развитии бюджетно-страховой системы здравоохранения. Организация медицинского страхования.
 68. Понятие об экономической эффективности здравоохранения. Ценообразование в здравоохранении.
 69. Ресурсы здравоохранения и их рациональное использование. Маркетинг в здравоохранении.
 70. Предпринимательство в здравоохранении. Платная медицинская помощь. Экономические основы обеспечения взаимной заинтересованности в оптимизации деятельности и использования ресурсов здравоохранения.
 71. Определение планирования. Задачи, теоретические основы и принципы планирования. Основные методы планирования. Основные нормативы медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной и др.). Основные показатели плана здравоохранения, их измерители.
 72. Стратегическое планирование, бизнес-планирование. Текущие и перспективные планы развития здравоохранения. Территориально-отраслевые планы.
 73. Планирование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (уровень, потребность, сеть учреждений, их мощность, объем деятельности, кадры). Особенности планирования лечебно-профилактической помощи сельскому населению.
 74. Понятие о нормировании труда, основные методические подходы для разработки штатных нормативов медицинского персонала учреждений здравоохранения. Штатное расписание учреждений здравоохранения.
 75. Источники финансирования здравоохранения. Финансирование программ здравоохранения. Принципы одноканального финансирования в здравоохранении.
 76. Планирование расходов на здравоохранение. Смета медицинского учреждения, основное содержание статей расходов. Режим экономии и использование внутренних резервов. Системы оплаты и материальное стимулирование труда работников здравоохранения.
 77. Основы и методы медицинской статистики. Предмет и определение медицинской статистики, ее методологические основы; статистика здоровья населения и статистика здравоохранения. Организация государственной статистики в России.
 78. Статистическая совокупность; ее определение, групповые свойства статистической совокупности. Понятие генеральной и выборочной совокупности. Репрезентативность выборки.
 79. Организация статистического исследования и его этапы. Объект и единица наблюдения. Программа сбора и анализа материала. Характеристика разнообразия изучаемого признака.
 80. Статистические таблицы. Использование абсолютных величин. Относительные величины, их особенности, методы расчета. Виды средних величин, методы расчета.
 81. Оценка достоверности результатов исследования. Доверительные границы средних и относительных величин. Оценка достоверности разности между средними величинами. Применение критерия соответствия с χ^2 (хи-квадрат). Особенности статистической обработки данных на достоверность при малой выборке.
 82. Регрессионный анализ. Вычисление коэффициента регрессии, решение уравнения регрессии, расчет сигмы регрессии. Составление и использование шкалы регрессии.
 83. Дисперсионный анализ. Непараметрические критерии. Динамические ряды, способы

- их выравнивания и анализа. Метод стандартизации, его значение и применение.
84. Корреляционный анализ. Методы расчета коэффициентов корреляции и их оценок. Графические изображения в статистическом исследовании. Виды диаграмм, правила их построения и применения.
 85. Использование компьютерных технологий в обработке статистического материала. Пути и возможности применения в медицине системы Интернет. Основы и принципы доказательной медицины.
 86. Применение математических методов и вычислительных средств в системе управления и в деятельности учреждений здравоохранения страны. Автоматизированные системы сбора и обработки медицинской информации. Технические средства управления.
 87. Применение современных экономико-математических методов, вычислительной техники в планировании здравоохранения.
 88. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках; учетная форма, формат, вид и тип документа; условия сбора статистических сведений, сроки хранения документации.
 89. Формирование и свод из учетных форм различных отчетных документов. Отчет лечебно-профилактического учреждения. Годовой отчет о сети, деятельности и кадрах учреждений системы Министерства здравоохранения России.
 90. Информационное обеспечение управления здравоохранением. Требования к нему, современные принципы построения.
 91. Статистическая оценка деятельности учреждений здравоохранения; показатели способы их расчета; показатели эффективности деятельности и качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.
 92. Основные принципы правовой система охраны здоровья населения Российской Федерации.
 93. Действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
 94. Правовые основы обеспечения качества медицинской помощи. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг.
 95. Основы трудового законодательства в здравоохранении.
 96. Основные требования, предъявляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
 97. Современные проблемы медицинской этики и деонтологии. Биоэтика.
 98. Виды юридической ответственности медицинских работников. В каких случаях и каким образом наступают различные виды ответственности медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью.
 99. Социальные и профессиональные права, предоставляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
 100. Основные права пациента при обращении за медицинской помощью.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.3 «Педагогика»

1. Компонентами педагогического процесса являются...
 1. цели, содержание, формы и методы воспитания и обучения
 2. семья, школа, общество
 3. знания, умения и навыки учащихся
 4. педагоги, учащиеся, родители

2. Укажите ведущую деятельность младшего школьного возраста:
1. предметно-манипулятивная деятельность
 2. учебная деятельность
 3. сюжетно-ролевая игра
 4. непосредственное эмоциональное общение
3. Отбор содержания образования определяется уровнем...
1. подготовки педагогов
 2. развития технологий обучения
 3. требований родителей
 4. социальных и научных достижений
4. Единство и взаимодействие компонентов, составляющих педагогический процесс, определяют его...
1. целенаправленность
 2. индивидуальность
 3. управляемость
 4. целостность
5. Ошибочную основу воспитания детей в семье составляет...
1. строгость в сочетании с эмоциональной холодностью в отношениях с ребенком
 2. помощь ребенку в преодолении проблем
 3. забота о ребенке в сочетании с требовательностью
 4. бескорыстная любовь к ребенку
6. Авторитарная система отношений «врач-больной» - это модель...
1. модель контракта
 2. партнерства
 3. руководства-партнерства
 4. руководства
7. Основными категориями педагогики являются...
1. знания, умения, навыки
 2. среда, наследственность, воспитание
 3. воспитание, обучение, образование
 4. созревание, система, социализация
8. В древней Греции педагогами называли...
1. преподавателей ораторского искусства
 2. рабов, сопровождающих детей своего господина в школу
 3. старейшин, возглавлявших школу в Афинах
 4. учителей Спарты
9. Сопоставьте педагогическую категорию с ее определением
1. Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме человека
 2. Процесс взаимодействия учителя и учащихся, в результате которого обеспечивается развитие человека
 3. Активная целенаправленная деятельность человека, направленная на самообразование, совершенствование положительных и преодоление отрицательных личностных качеств

4. Процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов: экономических, социальных, идеологических, психологических и др.

- А. Формирование
- б. Обучение
- в. Самовоспитание
- г. Развитие

10. Волевое и личностное развитие человека в онтогенезе...

- 1. генетически ограничены
- 2. определяются только влиянием наследственности
- 3.предопределены анатомо-физиологическими особенностями нервной системы
- 4. не имеют предела

11. Предметом педагогики как науки является...

- 1.целенаправленно организуемый педагогический процесс
- 2. профессиональная педагогическая деятельность
- 3. развитие личности
- 4.образовательные системы

12. В структуру педагогических наук не входит...

- 1. андрогогика
- 2. анатомия
- 3. педагогика высшей школы
- 4. история педагогики

13.В содержание психологической структуры педагогического процесса входят:

- 1.Познавательные процессы, мотивация, темперамент
- 2.Познавательные процессы, мотивация, активность
- 3.Когнитивные процессы, эмоции

14. Укажите ведущую деятельность детей дошкольного возраста:

- 1.сюжетно-ролевая игра
- 2.непосредственное эмоциональное общение
- 3.предметно-манипулятивная деятельность
- 4.учебная деятельность

15. Манипулятивное общение – это

16.Укажите возможные типы манипуляторов:

- 1.активный, пассивный, ригидный
- 2. активный, пассивный, безразличный
- 3.пассивный, ригидный, безразличный

17. Цели обучения определяются...

- 1.средствами обучения
- 2. потребностями и возможностями общества
- 3.мастерством педагога
- 4. индивидуальными особенностями учащегося

18. Умение педагога доступно излагать учебный материал, пользоваться различными источниками учебной информации относится к _____ умениям.

1. рефлексивным
2. информационно-дидактическим
3. организационным
4. коммуникативным

19. В процессе лечебного взаимодействия не проявляется _____ психологическая установка.

1. адекватная
2. катотимная
3. неадекватная
4. позитивная

20. При каком типе отношения к болезни для пациента характерно желание скрыть от других людей информацию о своей болезни:

1. анозогностический
2. тревожный
3. сенситивный

21. Перечислите основные принципы, характерные для гуманистического общения.....

22. Ситуация, когда человек не знает, почему он поступает так или иначе, а иногда даже заблуждается в побуждениях относительно своего поведения, возможна при доминировании _____ мотивов.

1. смыслообразующих
2. реально действующих
3. неосознаваемых
4. понимаемых

23. Механизмом познания и понимания личностного своеобразия воспитанника является...

1. обмен знаниями
2. конфликт
3. теоретический анализ
4. эмпатия

24. Стиль педагогического общения, при котором педагог единолично определяет цели взаимодействия и субъективно оценивает результаты деятельности ученика, называется...

1. демократическим
2. игнорирующим
3. авторитарным
4. попустительским

25. Следующие методы подготовки специалиста-медика: анализ конкретных ситуаций, анализ последовательных ситуаций (например, этапы диагностики, лечения, реабилитации и т.д.) называются....

1. словесными
2. неимитационными
3. наглядными
4. имитационными

26. К эмпирическим (практическим) методам педагогического исследования относится...

1. эксперимент, моделирование, рейтинг, тестирование
2. наблюдение, беседа, анкетирование, эксперимент
3. наблюдение, анализ, эксперимент, интервьюирование
4. беседа, классификация, синтез, шкалирование

27. Установите соответствие *между* функциональными компонентами педагогической деятельности и их характеристиками.

1. Диагностирующая функция
 2. Презентативная функция
 3. Корректирующая функция
- а. ориентирована на изложение учебного материала
б. связана с исправлением результатов деятельности учащихся
в. Обеспечивает обратную связь

28. Расставьте в правильном порядке этапы учебного познания

1. активное воспроизведение информации
2. восприятие объекта
3. процесс запоминания
4. осмысление

29. Субъектами педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

1. пациенты с установленными диагнозами
2. здоровые люди
3. родственники пациентов
4. пациенты, проходящие диагностическое обследование

30. Эмпатия – это

1. способность отойти от своей позиции и взглянуть на взаимоотношения глазами стороннего наблюдателя
2. устойчивое позитивное чувство к другому человеку
3. вчувствование в переживания другого человека

31. Основными целями педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

1. популяризация здорового образа жизни
2. формирование мотивации пациентов на повышение материальных затрат на медицинские услуги
3. формирование мотивации самосохранительного и здоровьесберегающего поведения
4. выявление моделей и методов эффективного взаимодействия с пациентами и их родственниками

32. Эффект привлекательности как эффект восприятия – это

1. стремление произвести наилучшее впечатление на собеседника
2. тенденция к привлечению внимания к себе
3. тенденция к переоценке качеств внешне привлекательного человека

33. Установите соответствие *между* стилями педагогического общения и их характеристиками

1. диалог между педагогом и учащимися происходит с позиции «на равных», активно

используются обсуждение, понимание, убеждение

2. педагог самоустраняется от руководства группой либо идет на поводу желаний учащихся

3. педагог стремится как можно меньше вмешиваться в жизнедеятельность учащихся, ограничиваясь формальным выполнением обязанностей передачи учебной и административной информации

А. попустительский

Б. игнорирующий

В. демократический

34. К барьерам коммуникации относят:

1. незнание языка

2. эмоциональное состояние

3. некорректная обратная связь

4. все вышеперечисленное

35. Сознательное или неосознанное неаргументированное воздействие на другого человека или группу людей с целью изменения их состояния, отношения и предрасположенности к определенным действиям – это

1. внушение

2. заражение

3. убеждение

ОТВЕТЫ:

- | | |
|---------|----------------|
| 1. 1 | 19. 2 |
| 2. 2 | 20. 3 |
| 3. 4 | 21. |
| 4. 4 | 22. 3 |
| 5. 1 | 23. 4 |
| 6. 4 | 24. 3 |
| 7. 3 | 25. 4 |
| 8. 2 | 26. 2 |
| 9. 1г, | 27. 1в, 2а, 3б |
| 2б, 3в, | 28. 2, 4, 3, 1 |
| 4а | 29. 1, 2, 3, 4 |
| 10. 4 | 30. 3 |
| 11. 1 | 31. 1, 3, 4 |
| 12. 2 | 32. 3 |
| 13. 2 | 33. 1в, 2а, 3б |
| 14. 1 | 34. 4 |
| 15. | 35. 1 |
| 16. 2 | |
| 17. 2 | |
| 18. 2 | |

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.3 «Педагогика»

1. Педагогика как наука.
2. Задачи педагогики.
3. Основные категории педагогики.
4. Образование как система, как процесс и как результат.
5. Обучение как педагогический процесс.
6. Структура педагогического процесса.
7. Средства обучения.
8. Воспитание и самовоспитание, закономерности и принципы.
9. Методы и формы воспитания.
10. Педагогическая деятельность и педагогическое взаимодействие в профессиональной деятельности врача.
11. Цели и задачи педагогической деятельности врача.
12. Субъекты педагогической деятельности врача.
13. Научно-педагогическая деятельность врача (цели, задачи, методы, приемы).
14. Когнитивные процессы и их значение в достижении педагогических задач.
15. Эмоции пациента и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
16. Возрастно-половые и индивидуально-типические свойства индивида и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
17. Особенности педагогического процесса в разных возрастных группах (младенческий возраст, раннее детство, дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст, молодость, зрелый возраст, старость).
18. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами дошкольного возраста.
19. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами школьного возраста.
20. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами старших возрастных групп.
21. Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
22. Психологический смысл.
23. Влияние когнитивных процессов, эмоциональных особенностей и особенностей личности, половозрастных, социальных и профессиональных особенностей на восприятие собственного тела, восприятие болезни и здоровья.
24. Типы отношения к болезни.
25. Биопсихосоциальная природа человека.
26. Педагогическая психология как наука.
27. Основные методы психолого-педагогического обследования: наблюдение, эксперимент, опрос, анализ результатов деятельности.
28. Психология образовательной деятельности. Самообразование медицинского работника.
29. Психология учебной деятельности.
30. Учебная мотивация, факторы ее формирования.
31. Психология усвоения знаний. Формирование и развитие навыков в процессе усвоения.
32. Стиль педагогической деятельности.
33. Общения, его функции, цели, задачи.
34. Виды и уровни общения.
35. Принципы гуманистического общения.
36. Структура общения (коммуникативная, интерактивная, перцептивная стороны).
37. Характеристики коммуникативной стороны общения. Основные каналы коммуникации и их функции, понятие обратной связи. Барьеры коммуникации.
38. Феномен межличностного влияния и противостояния влиянию. Виды влияния и противостояния влиянию.

- 39.Интерактивная сторона общения. Основные стратегии взаимодействия (соперничество, сотрудничество, компромисс, приспособление, избегание).
- 40.Перцептивная сторона общения, ее механизмы. Эффекты восприятия.
- 41.Основные правила позитивного общения.
- 42.Конфликты, способы их профилактики и разрешения.
- 43.Педагогическое общение, его специфика, основные функции.
- 44.Стили педагогического общения.
- 45.Личность педагога, ее влияние на результат педагогического процесса.
46. Специальные и личностные нравственно-волевые качества личности.
- 47.Особенности потребностно-мотивационной сферы врача и их влияние на успешность профессиональной деятельности.
- 48.Направленность, самоопределение, рефлексия и их роль в профессиональной деятельности врача.
- 49.Самовоспитание и самоактуализация как движущие силы профессионального и личностного развития.
- 50.Этические принципы в деятельности врача.
- 51.Профессиональная, психологическая и педагогическая компетентность как фактор успешности профессиональной деятельности.
- 52.Эмпатия как фактор успешности профессиональной и педагогической деятельности врача
- 53.Культура речи, дидактические и прогностические способности как факторы успешности профессиональной и педагогической деятельности врача.
- 54.Организаторские и коммуникативные умения и их важность в деятельности врача.
55. Особенности педагогической деятельности врача в условиях стационара и в условиях амбулаторного лечения/ наблюдения.
56. Особенности педагогической деятельности врача в соматической и психиатрической практике.
- 57.Педагогические аспекты деятельности врача при индивидуальной и групповой формах работы со здоровыми лицами, пациентами и их родственниками.
- 58.Индивидуальные подходы при решении педагогических задач при разных типах отношения к болезни, видах мотивации, целей лечения.
- 59.Специфика педагогической деятельности при наличии рентных установок на болезнь.
60. Специфика педагогической деятельности при психосоматической природе заболевания.
- 61.Специфика педагогической деятельности при работе с детьми и их родителями.
- 62.Проблема комплаэнса в медицине. Использование педагогических и психологических приемов и методов с целью достижения оптимального комплаэнса.
- 63.Школы для пациентов и их родственников как одна из форм педагогической деятельности врача.
- 64.Педагогическая деятельность врача, направленная на обучение среднего и младшего медицинского персонала, формирование коллектива.
- 65.Понятие педагогики высшей школы.
- 66.Исторические аспекты развития высшей школы.
- 67.Методология и методы педагогических исследований в высшей школе.
- 68.Высшее учебное заведение как педагогическая система. Цели и содержание обучения в высшей школе.
- 69.Принципы обучения и специфика их реализации в высшей школе.
- 70.Процесс и стиль педагогического взаимодействия в высшей школе.
- 71.Формы обучения в высшей школе.
- 72.Средства обучения. Выбор методов и средств обучения. Технологии обучения в высшей школе.
- 73.Государственный образовательный стандарт и образовательные программы. Понятие и сущность содержания образования.

- 74.Образовательные учреждения высшего профессионального образования.
75.Профессиональное становление преподавателя высшей школы.
76.Профессионализм и саморазвитие личности педагога.
77. Научно-исследовательская деятельность преподавателя.
78.Педагогическая культура преподавателя.
79.Воспитательный процесс в высшей школе. Методы, средства и формы воспитания в современной педагогике.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.4 «Патология»

1. Дистрофия – это нарушения структуры
 - а) органов
 - б) тканей
 - в) клеток
 - г) органелл
 - д) организма
2. По локализации различают дистрофии
 - а) паренхиматозные
 - б) минеральные
 - в) белковые
 - г) врожденные
 - д) углеводные
3. Распад ультраструктур – это
 - а) трансформация
 - б) декомпозиция
 - в) инфильтрация
 - г) извращенный синтез
 - д) колликация
4. Образование не свойственных организму веществ - это
 - а) извращенный синтез
 - б) декомпозиция
 - в) коагуляция
 - г) трансформация
 - д) колликация
5. Гемосидероз печени не характерен для:
 - а) гемолитической анемии
 - б) механической желтухи
 - в) отравлений бертолетовой солью
 - г) малярии
 - д) гемобластозов
6. Распространенный меланоз характерен для:
 - а) альбинизма
 - б) аддисоновой болезни
 - в) меланомы
 - г) невуса
 - д) витилиго
7. Если гистолог видит «массы фибриноида», то имеет место:
 - а) затихание болезни
 - б) легкие, не опасные болезни
 - в) болезни в фазе обострения

г) аутоиммунные болезни

д) инфекции

8. Если кровоподтек зеленовато-буро-коричневатый, то он существует:

а) около 1 часа

б) около 3х-5ти дней

в) больше месяца

г) около суток

д) около недели

9. Буро-коричневый цвет периферической зоны кровоподтека существующего около недели вызван

а) меланином

б) гемосидерином

в) билирубином

г) гемоглобином

д) гематином

10. Если в почках возникают желтоватые мягкие камни с гладкой поверхностью, то по составу они

а) оксалаты

б) фосфаты

в) ураты

г) кристаллоидные

д) коллоидные

11. Если трупные пятна имеют темно-фиолетовый цвет и при надавливании светлеют, то:

а) это трупный аутолиз

б) это трупная имбибиция

в) смерть очевидно наступила 3-6 часов назад

г) смерть очевидно наступила более суток назад

д) это татуировки

12. У больного с периодическими болевыми приступами, обнаружены узловатые утолщения у мелких суставов. Они состоят из – кристаллических масс, вокруг - воспаление. Эти изменения говорят о:

а) мочекаменной болезни

б) подагре

в) нарушении обмена углеводов

г) нарушении обмена жиров

д) наркомании

13. Рахитические «четки» это отложения:

а) меди

б) кальция и фосфора

в) железа

г) калия

д) магния

14. Для органов с магистральным типом ветвления сосудов (селезенка, почка, головной мозг) характерны инфаркты

а) красные

б) белые

в) белые с красным венчиком

г) смешанные

д) синие

15. В гнойной полости обнаружен свободно лежащий фрагмент гомогенной кости, это:

а) сухой некроз

- б) секвестр
 - в) инородное тело
 - г) тяжелая дистрофия
 - д) местная смерть
16. Творожистый некроз характерен для:
- а) лимфогранулематоза
 - б) инфаркта
 - в) ревматизма
 - г) брюшного тифа
 - д) туберкулеза
17. Типовая локализация секвестров:
- а) мышцы
 - б) печень
 - в) кости
 - г) яичник
 - д) почка
18. Причиной инфаркта является
- а) артериальная гиперемия
 - б) диапедез эритроцитов
 - в) тромбоз сосудов
 - г) разрыв стенки сосуда
 - д) атеросклероз
19. Атеросклероз в основном поражает:
- а) артерии эластического типа
 - б) артерии мышечного типа
 - в) артериолы
 - г) венулы
 - д) капилляры
20. Изменения почек при гипертонической болезни называются
- а) вторично-сморщенные
 - б) первично-сморщенные
 - в) синдром Киммельстиля-Уилсона
 - г) пиелонефритические сморщенные
 - д) поликистоз взрослого типа
21. Атероматоз это, когда преобладают:
- а) пятна и полосы
 - б) фиброзные бляшки
 - в) бляшки с детритом
 - г) участки кальциноза
 - д) участки тромбоза
22. Для «лёгочного» сердца характерна гипертрофия :
- а) левого желудочка
 - б) всех камер сердца
 - в) правого желудочка
 - г) левого предсердия
 - д) правого предсердия
23. Для ревматизма характерны:
- а) Эпителиоидно клеточные гранулемы
 - б) гранулемы Ашофф-Талалаева
 - в) гуммы
 - г) кондиломы

- д) папилломы
24. «Бородавки» при ревматическом эндокардите это:
- а) мелкие тромбы
 - б) папилломки
 - в) микро грыжи створок
 - г) гранулемы
 - д) петрификаты
25. Воспалительное поражение всех оболочек сердца носит название
- а) панкардит
 - б) ревмокардит
 - в) миокардит
 - г) перикардит
 - д) эндокардит
26. Карнификация лёгкого для крупозной пневмонией является
- а) осложнением
 - б) проявлением
 - в) стадией
 - г) вариантом
 - д) этапом
27. Экссудат при крупозной пневмонии не бывает
- а) гнилостным
 - б) фибринозно-геморрагическим
 - в) фибринозно-гнойным
 - г) фибринозным
 - д) серозным
28. К характерным морфологическим изменениям при узелковом периартериите относятся
- а) артериолосклероз
 - б) атеросклероз
 - в) деструктивно-пролиферативный васкулит
 - г) гиалиноз
 - д) амилоидоз
29. Феномен «проволочных петель» в почках развивается при
- а) ревматизме
 - б) системной красной волчанке
 - в) атеросклерозе
 - г) ревматоидном артрите
 - д) склеродермии
30. При пневмофиброзе и эмфиземе легких в сердце развивается
- а) атрофия миокарда
 - б) гипертрофия правого желудочка;
 - в) гипертрофия левого желудочка
 - г) ожирение
 - д) инфаркт миокарда
31. Характерным признаком острого аппендицита является
- а) склероз серозы
 - б) склероз слизистой
 - в) инфильтрация стенки лейкоцитами
 - г) лимфоплазмочитарная инфильтрация
 - д) все перечисленные
32. Острый гастрит проявляется в форме
- а) трофического

- б) гипертрофического
 - в) поверхностного
 - г) гнойного
 - д) с перестройкой эпителия
33. Для обострения язвы желудка характерны
- а) гиалиноз дна язвы
 - б) очаги фибриноида в дне язвы
 - в) регенерация
 - г) лимфоплазматитарные инфильтраты
 - д) кишечная метаплазия
33. Основными гистологическими признаками активности хронического гепатита являются:
- а) распространенные некрозы
 - б) тельца Маллори
 - в) тельца Каунсильмена
 - г) жировая дистрофия
 - д) белковая дистрофия
34. При сахарном диабете в островках поджелудочной железы происходит:
- а) атрофия и склероз
 - б) гипертрофия и гиперплазия
 - в) гнойное воспаление
 - г) некроз
 - д) микрокистоз
35. Наиболее частой причиной смерти при циррозе печени является
- а) сепсис
 - б) перитонит
 - в) печёночная недостаточность
 - г) легочное кровотечение
 - д) кровотечение из вен пищевода
36. Морфологическим проявлением диабетической макроангиопатии является:
- а) плазморрагия
 - б) «нисходящий» атеросклероз
 - в) васкулит
 - г) кальциноз
 - д) некроз
37. Развитию трубной беременности способствует:
- а) гипоплазия маточных труб
 - б) внутриматочная спираль
 - в) все перечисленное
 - г) сальпингоофорит
 - д) ничего из перечисленного
38. Причинами развития эндемического зоба является
- а) недостаток йода
 - б) избыток йода
 - в) избыток калия
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
39. Признаки вторичного сифилиса-сифилиды, это все, кроме:
- а) розеола
 - б) папулы
 - в) гуммы
 - г) пустулы

д) изъязвления

40. К развитию аддисоновой болезни приводит какая патология надпочечников:

а) феохромоцитома

б) туберкулез

в) аденома

г) гиперплазия

д) все перечисленное

41. Ветряную оспу, опоясывающий лишай, пустулезный дерматоз вызывают:

а) хламидии

б) вирусы герпеса

в) риккетсии

г) бактерии

д) грибы

42. Пейеровы бляшки в основном изменяются при:

а) холере

б) дизентерии

в) брюшном тифе

г) вирусном гепатите

д) панкреанекрозе

43. Возбудителем чумы является:

а) вибрион Эль-тор

б) иерсиния пестис

в) риккетсия Провачека

г) стрептококк

д) палочка Фридлендера

44. К гематогенному туберкулёзу относится:

а) милиарный

б) острый кавернозный

в) цирротический

г) казеозная пневмония

д) фиброзно-кавернозный

45. При полиомиелите наиболее часто поражаются:

а) оболочки спинного мозга

б) кора лобной доли головного мозга

в) кора затылочной доли головного мозга

г) мозжечок

д) передние рога спинного мозга

46. Бактериальный эндокардит чаще развивается на клапане

а) митральном

б) трикуспидальном

в) аортальном

г) легочной артерии

д) клапанах вен

47. Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще всего является:

а) аденокарциномой

б) саркомой

в) меланомой

г) недифференцированным раком

д) плоскоклеточным раком

48. Для септической селезёнки не характерно:

а) увеличение

- б) плотная консистенция
 - в) гиперплазия пульпы
 - г) обильный соскоб пульпы
 - д) дряблая консистенция
49. Проявлением молниеносной менингококкцемии является:
- а) гнойный лептоменингит
 - б) назофарингит
 - в) синдром Уотерхауса-Фридериксена
 - г) гидроцефалия
 - д) гнойные артриты
50. Морфогенез это:
- а) динамика структурных изменений зародыша
 - б) развитие формы органов
 - в) последовательность развития структурных изменений по ходу болезней
 - г) возникновение тканевых структур
 - д) учение о тканях
51. Для туберкулезной гранулемы характерны:
- а) клетки Ашоффа
 - б) клетки Ходжкина
 - в) клетки Пирогова-Лангханса
 - г) клетки Вирхова
 - д) клетки Рид-Штернберга
52. В сердце при дифтерии обычно развивается:
- а) фибринозный перикардит
 - б) гнойный миокардит
 - в) токсический миокардит
 - г) порок сердца
 - д) возвратно-бородавчатый эндокардит
53. Для осложненного гриппа характерно
- а) большое пестрое легкое
 - б) бронхоэктазы
 - в) гайморит
 - г) эмфизема
 - д) все верно
54. При брюшном тифе чаще поражается:
- а) подвздошная кишка
 - б) двенадцатиперстная кишка
 - в) слепая кишка
 - г) сигмовидная кишка
 - д) прямая кишка
55. При развитии эндемического зоба у детей развивается
- а) кретинизм
 - б) гигантизм
 - в) акромегалия
 - г) склеродермия
 - д) карликовость
56. Какое из следствий гонореи характерно только для маленьких детей:
- а) уретрит
 - б) фарингит
 - в) конъюнктивит
 - г) альпингит

- д) простатит
57. Характерные морфологические признаки уремии
- а) жировой гепатоз
 - б) гнойный плеврит
 - в) фибринозный перикардит
 - г) крупозная пневмония
 - д) ожирение
58. Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует прежде всего
- а) микроангиопатия
 - б) макроангиопатия
 - в) ретинопатия
 - г) инфекционные осложнения
 - д) туберкулез
59. Для острого пиелонефрита характерны:
- а) инфильтрация клубочков
 - б) инфильтрация стромы лейкоцитами
 - в) рубцы в сосочках
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
60. «Полулуния» в клубочках почек характерны для нефритов:
- а) острых
 - б) подострых
 - в) хронических
 - г) пиелонефритов
 - д) все неверно
61. К признакам первой стадии токсической дистрофии печени относится:
- а) ярко-желтый цвет ткани
 - б) уменьшение органа в размерах
 - в) уплотнение, склероз органа
 - г) диффузные кровоизлияния в ткани печени
 - д) все перечисленное
62. К гломерулопатиям относится:
- а) хронический пиелонефрит
 - б) гломерулонефрит
 - в) некротический нефроз
 - г) острый пиелонефрит
 - д) амилоидоз
63. Разрастание соединительной ткани с деформацией почки называется:
- а) гипоплазия
 - б) нефросклероз
 - в) гипертрофия
 - г) аплазия
 - д) гиперплазия
64. Для хронического атрофического гастрита характерны
- а) изъязвления
 - б) кровоизлияния
 - в) снижение высоты слизистой
 - г) дисплазия
 - д) фибринозное воспаление
65. В зависимости от механизма развития различают бронхоэктазы
- а) деструктивные

- б) мешотчатые
 - в) цилиндрические
 - г) веретеновидные
 - д) кубовидные
66. Наиболее часто к силикозу присоединяется:
- а) брюшной тиф
 - б) грипп
 - в) туберкулез
 - г) склерома
 - д) актиномикоз
67. Преобладающими возбудителями внутрибольничных пневмоний являются
- а) вирусы
 - б) грибы
 - в) представители условно-патогенной флоры
 - г) прионы
 - д) хламидии
68. Образным названием сердца при ревматическом перикардите является
- а) лёгочное сердце
 - б) волосатое сердце
 - в) тигровое сердце
 - г) бычье сердце
 - д) шаровидное сердце
69. Возможным исходом гематомы головного мозга может быть:
- а) бурая киста
 - б) рубцевание
 - в) восстановление ткани
 - г) аневризма
 - д) менингит
70. В группу ревматических болезней входит
- а) атеросклероз
 - б) системная красная волчанка
 - в) болезнь Бадда-Киари
 - г) сахарный диабет
 - д) микоплазмоз
71. Кардиомиопатии это поражения:
- а) воспалительные нарушения сократимости
 - б) ишемические нарушения ритма
 - в) невоспалительные нарушения сократимости
 - г) ложно-гипертрофические изменения
 - д) атрофия
72. Острым считается инфаркт миокарда
- а) первые 8 недель любого очередного
 - б) первые 4 недели первого инфаркта
 - в) рецидивирующий
 - г) имеющий тяжелую клинику
 - д) первую неделю любого инфаркта
73. Изменения по типу «пятен и полосок» соответствуют какой стадии атеросклероза:
- а) Долипидной
 - б) липоидоза
 - в) липосклероза
 - г) атероматоза

д) атерокальциноза

74. Для гипертонических кризов в артериолах характерен:

а) гиалиноз

б) амилоидоз

в) фибриноидный некроз

г) атероматоз

д) атеросклероз

75. Признаком острого лейкоза является

а) инфильтраты состоящие из миелоцитов

б) «лейкемический провал»

в) увеличение селезенки

г) геморрагический диатез

д) сепсис

76. Лимфомы это

а) вариант острых лейкозов

б) опухоли лимфузлов

в) метастазы опухолей в лимфузлы

г) кровоизлияния в лимфузлы

д) вариант лимфаденита

77. Пернициозная анемия относится к группе

а) постгеморрагических

б) дефицитных

в) гемолитических

г) компенсаторных

д) доброкачественных

78. Анемия это:

а) уменьшение ОЦК

б) уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов

в) снижение количества лейкоцитов

г) повышенное кроверазрушение

д) повышенное кроветворение

79. Бластный криз это признак:

а) острых лейкозов

б) лимфом

в) обострения хронических лейкозов

г) миеломной болезни

д) эритролейкоза

80. Злокачественной меланоцитарной опухолью является

а) меланома

б) меланоз Дюбрейля

в) невус

г) голубой невус

д) сложный невус

81. Какой из признаков злокачественной опухоли лучше всего коррелирует с прогнозом

а) размеры опухоли

б) некрозы и кровоизлияния в опухоли

в) метастазы в жизненно важные органы

г) степень дифференцировки опухоли

д) локализация опухоли

82. Опухоль Крукенберга представляет собой

а) тератобластому яичников

- б) саркому яичника
 - в) метастаз рака желудка в яичники
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
83. Невозможность определения на глаз истинных границ опухоли связана с ростом
- а) экспансивным
 - б) de novo
 - в) инфильтрирующим
 - г) экзофитным
 - д) солидным
84. Механизм гиперплазии:
- а) увеличение количества клеток
 - б) разрастание соединительной ткани
 - в) разрастание жировой ткани
 - г) уменьшение размеров органа
 - д) декомпозиция
85. Патология ведущая к увеличению размеров кистей, стоп, нижней челюсти ("лошадиное" лицо) соответствует:
- а) физиологической гипертрофии
 - б) акромегалии
 - в) компенсаторной гипертрофии
 - г) дисплазии
 - д) рабочей гипертрофии
86. Механизм рабочей гипертрофии
- а) увеличение количества клеток
 - б) увеличение функционирующих элементов ткани
 - в) разрастание соединительной ткани
 - г) разрастание жировой ткани
 - д) компенсация
87. Примером физиологической рабочей гипертрофии является
- а) сердце спортсмена
 - б) «пивное пузо»
 - в) гинекомастия
 - г) сердце ревматика
 - д) почка при гидронефрозе
88. «Полная» регенерация это:
- а) метаплазия
 - б) гипертрофия
 - в) реституция
 - г) субституция
 - д) склероз
89. Адаптация осуществляется с использованием:
- а) регенерации
 - б) гипертрофии
 - в) организации
 - г) метаплазии
 - д) всего перечисленного
90. Инкапсуляция - это
- а) воспаление
 - б) ограничение
 - в) обызвествление

- г) окостенение
 - д) петрифицирование
91. Видом гипертрофии является
- а) церебральная
 - б) ожирение
 - в) викарная
 - г) алиментарная
 - д) исхудание
92. Примером компенсаторной гипертрофии является
- а) гипертрофия сердца при пороках клапанов
 - б) гипертрофия беременной матки
 - в) гипертрофия молочных желёз при лактации
 - г) гинекомастия
 - д) гиперплазия эндометрия
93. Если уменьшается только масса паренхимы, а масса стромы даже увеличиваются, то имеет место:
- а) физиологическая атрофия
 - б) ложная гипертрофия
 - в) дисфункциональная атрофия
 - г) атрофия от действия физических факторов
 - д) атрофия от сдавления
94. Обтурирующий камень в мочеточнике привел к превращению почки в тонкостенный мешок, это можно определить как
- а) физиологическую атрофию
 - б) атрофию вызванную сдавлением
 - в) гидроцефалию
 - г) общую атрофию
 - д) истощение
95. Если на месте погибшей ткани восстанавливается ей идентичная, то такой способ регенерации называется
- а) регенерационная гипертрофия
 - б) реституция
 - в) субституция
 - г) конституция
 - д) организация
96. Морфогенез амилоидоза основан на:
- а) декомпозиции
 - б) извращенном синтезе
 - в) инфильтрации
 - г) трансформации
 - д) трансдукции
97. Конго красный выявляет в тканях
- а) гликоген
 - б) липофусцин
 - в) амилоид
 - г) жир
 - д) меланин
98. Если в регионарном лимфоузле расширяются светлые центры фолликулов растёт количество плазматических клеток, то это иммунный ответ по:
- а) гуморальный
 - б) клеточный

- в) смешанному типу
 - г) аутоиммунному
 - д) иммунодефицитному
99. Сальный блеск паренхиматозных органов, порокрашивание в синий цвет тканей при нанесении раствора йода характерны для:
- а) фибриноидного набухания
 - б) гиалиноза
 - в) вторичного амилоидоза
 - г) первичного амилоидоза
 - д) мукоидного набухания
100. Тимус—это
- а) нижний отросток головного мозга
 - б) центральный орган иммунопоэза орган гемопоэза
 - в) придаток яичка
 - г) верхний отросток головного мозга
 - д) складка перикарда

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.4 «Патология»

1. Современные методы исследования в детской патологии.
2. Дополнительные методы исследования при производстве детских аутопсий.
3. Основные рутинные и дополнительные гистологические окраски
Иммуногистохимические методы Принцип метода Области применения Интерпретация результатов
4. Молекулярно-биологические методы. Проточная цитометрия, , составление диагностической панели при различных заболеваниях. Гибридизация in situ. Метод FISH в онкоморфологии. ПЦР
5. Виды биопсий Эндоскопические биопсии. Срочные биопсии. Макроскопическое описание Вырезка биопсийного материала. Обработка биопсийного материала.
6. Диагностика заболеваний почек на биопсийном и операционном материале
Исследование пункционной и краевой биопсий почки Дифференциальный диагноз приобретённых и наследственных гломерулопатий и тубулопатий.
7. Биопсии эндометрия Функциональная морфология эндометрия Дифференциальный диагноз трофобластических болезней и триплоидии Дифференциальные диагностические гистологические критерии гиперпластических, метапластических процессов и рака эндометрия
8. Биопсии шейки матки диагностические гистологические критерии Цитопатическое действие папилломавируса Значение в онкогенезе Дисплазия шейки матки: причины развития
9. Задачи детской патологоанатомической службы.
10. Основные документы, регламентирующие работу детской патологоанатомической службы. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания.
11. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.
12. Ятрогения: понятие, место в структуре патологоанатомического диагноза.
13. Определение категорий расхождения диагнозов.
14. Задачи и принципы работы ЛКК, КИЛИ, КАК.
15. Основная рабочая документация в детских и перинатальных патологоанатомических отделениях.

16. Особенности детских аутопсий.
17. Особенности аутопсий плодов и новорождённых.
18. Структура детской смертности.
19. Структура перинатальной смертности.
20. Особенности построения диагноза в перинатальной практике.
21. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.
22. Этиология и патогенез опухолей. Механизмы канцерогенеза. Протоонкогены и антионкогены. Изменение наследственного аппарата клетки при опухолевой трансформации. Виды канцерогенов. Механизмы и проявления опухолевой прогрессии.
23. Опухоли детского возраста: частота, принципы классификации. Особенности опухолей у детей, исходы, значение. Понятие о дизонтогенетических опухолях
24. Опухоли из соединительной ткани и её специализированных видов жировая, костная, хрящевая): классификация, основные морфологические проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
25. Опухоли из мышечной ткани. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
26. Опухоли из сосудов. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
27. Роль наследственности в развитии опухолей. Ретинобластома: этиопатогенез, морфологические особенности, исходы, значение. Осложнения противоопухолевой терапии. Причины развития вторых опухолей.
28. Опухоли из нервной ткани: принципы классификации. Опухоли вегетативной и периферической нервной системы: основные морфологические проявления, исходы, значение.
29. Опухоли ЦНС.
30. Опухоль Вильмса.
31. Герминогенные опухоли: виды, локализация, исходы, значение.
32. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Варианты течения. Понятие «лейкоз». Острый лимфобластный лейкоз: морфологические проявления, исходы, значение.
33. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Миелоидные опухоли: миелодиспластические синдромы, острые миелоидные лейкозы. Классификация, морфологические проявления, осложнения, исходы.
34. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты В-клеточных опухолей.
35. Лимфоидные опухоли Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты Т-клеточных опухолей. Гистиоцитарные опухоли.
- 36.** Лимфома Ходжкина: классификация, морфологические проявления, исходы, значение.
37. Материнская летальность.
38. Патологическая анатомия сепсиса. Особенности гинекологического и акушерского сепсиса.
39. Неразвивающаяся беременность
40. Плацента: особенности строения, функции. Пороки развития, опухоли. Плацентарная недостаточность: причины, виды, морфологические проявления.
41. Плацентиты: этиология, пути инфицирования, основные морфологические проявления, исходы, значение. Инфекционные фетопатии: ВИЧ-инфекция, гепатиты, краснуха, герпес, хламидиоз, микоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы, значение.
42. Инфекционные фетопатии: листериоз, сифилис. Пути инфицирования, особенности морфо- и патогенеза, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

43. Инфекционные фетопатии: цитомегалия, токсоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
44. Неинфекционные фетопатии: муковисцидоз, диабетическая фетопатия, алкогольная фетопатия. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
45. Неинфекционные фетопатии: ГБН. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
46. Понятие недоношенности и незрелости, переносимость. Причины, основные морфологические проявления, исходы, значение. Внутривentricular кровоизлияния. Пневмопатии. Бронхолегочная дисплазия.
47. Асфиксия плода и новорожденного: классификация, этиология, патогенез, основные морфологические проявления, исходы, значение. Родовая травма: классификация, причины, основные морфологические проявления, исходы, значение.
48. Врожденные пороки развития новорожденного
49. Классификация врожденных пороков развития. Основные причины возникновения. Общие закономерности морфогенеза. Врожденные пороки развития органов дыхания: основные морфологические проявления, осложнения, исходы. Врожденные пороки сердца: классификация, морфологические проявления, особенности гемодинамики, осложнения, исходы.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.5 «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1. Геополитическое влияние России в мире определяется:
 - а) ходом её экономического развития;
 - б) реформой армии для повышения её обороноспособности;
 - в) стиранием грани между внутренней и внешней экономикой.
2. Какая мера борьбы с терроризмом является для России наиболее приемлемой?
 - а) объединение усилий всего международного сообщества;
 - б) повышение эффективности имеющихся форм и методов борьбы с этой угрозой;
 - в) принятие безотлагательных мер по её нейтрализации.
3. К какой сфере национальной безопасности относятся попытки противодействия укреплению России как одного из центров влияния в многополярном мире?
 - а) международной сфере;
 - б) информационной сфере;
 - в) социальной сфере;
 - г) военной сфере.
4. Военная безопасность России, в первую очередь, обеспечивается:
 - а) наличием в её распоряжении сил, средств и ресурсов;
 - б) обладанием ядерным потенциалом, способным гарантированно обеспечить нанесение заданного ущерба любому агрессору (теория разумной достаточности);
 - в) любыми невоенными (политическими, дипломатическими) средствами предотвращения, локализации и нейтрализации военных угроз.
5. Какой принцип военной безопасности обеспечивается проведением военной реформы?
 - а) централизованное руководство военной организацией с гражданским контролем;
 - б) адекватность реагирования на угрозы;

- в) достаточность сил, средств и ресурсов;
 - г) соответствие уровня готовности и подготовки;
 - д) нанесение ущерба международной и национальной безопасности других стран.
6. В какой период осуществляются мероприятия по переводу ВС РФ на условия военного времени (в том числе по их мобилизационному развёртыванию)?
- а) в мирное время;
 - б) в угрожаемый период;
 - в) с началом войны.
7. Какая проблема информационной безопасности России имеет особую важность?
- а) незаконный доступ к информации её хищение и разрушение;
 - б) возможности манипуляций различного рода информацией для негативного воздействия на процесс принятия политических решений;
 - в) нанесение существенного экономического ущерба, снижение темпов научно-технического развития страны.
8. Какая концепция (система взглядов) является для страны первостепенной?
- а) концепция национальной безопасности;
 - б) концепция информационной войны;
 - в) концепция внешней политики;
 - г) концепция подготовки граждан РФ к военной службе.
9. Обеспечение информационной безопасности страны направлено на:
- а) создание достаточной и эффективной армии нового образца, оснащённой современными видами оружия;
 - б) повышение экономического и научно-технического потенциала страны;
 - в) сохранение и укрепление нравственных ценностей общества, традиций патриотизма и гуманизма, культурного и научного потенциала страны.
10. Положения военной доктрины конкретизируются:
- а) в посланиях Президента РФ Федеральному собранию;
 - б) в рамках военного планирования;
 - в) в ходе принятия военного бюджета страны.
11. В военную организацию государства не входят:
- а) ВС РФ;
 - б) другие войска, военные формирования и организации;
 - в) военно-промышленный и научный комплексы;
 - г) высшие учебные заведения федерального значения.
12. Что составляет ядро и основу военной безопасности?
- а) ВС РФ;
 - б) другие войска, военные формирования и организации;
 - в) военно-промышленный и научный комплексы;
 - г) высшие учебные заведения федерального значения.
13. Какое направление развития военной организации (военной реформы) является наиболее трудоёмким и непопулярным?
- а) создание единой системы управления военной организацией и обеспечение её эффективного функционирования;
 - б) развитие и совершенствование сил, обеспечивающих стратегическое сдерживание;

в) приведение структуры, состава и численности компонентов военной организации в соответствие с задачами обеспечения военной безопасности с учётом экономических возможностей страны;

г) совершенствование системы комплектования ВС на базе контрактно-призывного принципа;

д) повышение эффективности функционирования систем подготовки кадров.

14. Национальные интересы страны в военной сфере заключаются в:

а) создании политических, правовых, организационных и других условий для обеспечения надёжной охраны государственной границы;

б) сохранении и укреплении нравственных ценностей общества, традиций патриотизма;

в) защите её независимости, суверенитета, государственной и территориальной целостности.

15. Угрозы национальной безопасности и интересам РФ в пограничной сфере обусловлены:

а) опасностью ослабления политического, экономического и военного влияния России в мире;

б) экономической, демографической и культурно-религиозной экспансией сопредельных государств на российскую территорию;

в) укреплении военно-политических блоков и союзов, прежде всего расширением НАТО на восток;

г) возможностью появления в непосредственной близости от российских границ иностранных военных баз и крупных воинских контингентов.

16. Одним из основных принципов строительства и подготовки военной организации государства является:

а) единство обучения и воспитания;

б) совершенствование стратегического планирования на принципе единства применения ВС РФ и ВС РФ и других войск;

в) развитие международного военно-политического и военно-технического сотрудничества;

г) укрепление организованности, правопорядка и воинской дисциплины.

17. Изменение военно-политической стабильности в мире может привести, в первую очередь, к:

а) новому витку гонки вооружения;

б) корректировке военного планирования;

в) изменению военной доктрины;

г) увеличению военно-экономического потенциала страны.

18. Какой фактор неопределённости может существенно изменить мировую и региональную стабильность?

а) снижение роли СБ ООН;

б) возможность возвращения ЯО свойств реального военного инструмента;

в) возможность усиления процессов распространения ОМП, включая ядерные технологии и средства доставки;

г) перспективы и направленность развития ШОС;

д) возможные направления развития процесса расширения НАТО.

19. Значительную роль в исходе вооружённого конфликта играют:

а) развёрнутые группировки сил и средств;

- б) наличие боевого резерва и его отмотилизование;
- в) наличие сбалансированного состава сил и средств ВС.

20. К факторам неопределённости, влияющим на развитие военно-политической и военно-стратегической обстановки в мире относятся:

- а) возможность достижения военно-политических целей непрямыми, неконтактными действиями;
- б) перспективы и направленность развития ШОС;
- в) нейтрализация внешних угроз, а также участие в нейтрализации внутренних и трансграничных угроз.

21. Современные войны характеризуются:

- а) наличием ядерного оружия и возможностью его использования;
- б) завоеванием информационного пространства;
- в) созданием высокоэффективной обороноспособности страны.

22. Наиболее эффективным способом применения биологического оружия (БО) являются:

- а) аэрозольный;
- б) трансмиссивный,
- в) диверсионный.

23. По способности развития эпидемического процесса биологические средства разделяют на:

- а) стойкие;
- б) нестойкие;
- в) медленнодействующие;
- г) условно контагиозные.

24. К какой группе отравляющих веществ (ОВ) можно отнести адамсит?

- а) быстродействующие ОВ;
- б) медленнодействующие ОВ.

25. При одновременном воздействии на человека различных поражающих факторов ядерного взрыва возникают:

- а) сочетанные поражения;
- б) проникающие поражения;
- в) комбинированные поражения.

26. Синдром взаимного отягощения возникает при:

- а) комбинированных поражениях;
- б) сочетанных поражениях;
- в) множественных поражениях;
- г) изолированных поражениях.

27. При взрывах ядерных боеприпасов малой мощности преобладают:

- а) радиационные поражения;
- б) травматические повреждения;
- в) ожоги.

28. Организация медицинского обеспечения в очаге ядерного поражения не зависит от:

- а) массовых санитарных потерь;
- б) выхода из строя медицинских подразделений;
- в) радиоактивного заражения местности;

г) использования профилактических антидотов.

29. В каком законе даётся формулировка понятия «военное положение»?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
30. Какой закон определяет, что в случае агрессии против Российской Федерации Президент РФ вводит на территории РФ военное положение?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
31. Какой нормативно-правовой документ определяет основы и организацию обороны Российской Федерации?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
32. Принципами мобилизационной подготовки и мобилизации не являются:
- а) централизованное руководство;
 - б) заблаговременность, плановость и контроль;
 - в) своевременность и преемственность;
 - г) комплексность и взаимосогласованность.
33. Особый правовой режим деятельности органов государственной власти, местного самоуправления, организаций определяется нормативно-правовым законом:
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
34. На основании какого нормативно-правового документа Правительство РФ организует бронирование граждан пребывающих в запасе (ГПЗ) и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
35. В каком документе определена концепция национальной безопасности?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
36. В каком нормативно-правовом документе излагаются официальные взгляды, определяющие основы обеспечения военной безопасности РФ?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
37. Какие специальные формирования здравоохранения являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения?

- а) органы управления специальными формированиями;
- б) тыловые госпитали здравоохранения;
- в) наблюдательные пункты.

38. Какие специальные формирования здравоохранения являются противоэпидемическими учреждениями военного времени?

- а) органы управления специальными формированиями;
- б) тыловые госпитали здравоохранения;
- в) наблюдательные пункты.

39. В системе медицинского обеспечения войск важным звеном являются:

- а) тыловые госпитали;
- б) госпитальные базы;
- в) больничные базы;
- г) эвакуационные приемники;
- д) наблюдательные пункты

40. Комплектование органов управления специальных формирований здравоохранения производится:

- а) в военное время;
- б) в мирное время;
- в) в период, предшествующий военному положению.

41. Органы управления специальными формированиями расформируются:

- а) после окончания боевых действий;
- б) после объявления об окончании войны;
- в) после завершения работы тыловых госпиталей и наблюдательных пунктов;
- г) после прекращения поступления потока раненых и больных в тыловые госпитали.

42. Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- б) органы управления здравоохранения субъектов РФ;
- в) Генеральный штаб ВС РФ

43. Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется:

- а) военно-медицинским управлением фронта;
- б) органами управления здравоохранения;
- в) медицинской службой военного округа;
- г) главным военно-медицинским управлением МО;
- д) службой военных сообщений;
- е) министерством по чрезвычайным ситуациям;
- ж) местными органами власти.

44. Какая задача является наиболее сложной и ответственной для госпитальной базы?

- а) отбор и подготовка раненых и больных к эвакуации за пределы фронта;
- б) развертывание прирельсовых эвакуационных пунктов;
- в) погрузка раненых и больных в транспортные средства.

45. Эвакуации из госпитальной базы фронта в ТГЗ не подлежат раненые и больные:

- а) которые после лечения не могут быть возвращены в строй;
- б) нуждающиеся в длительном лечении;

в) для оказания специализированной медицинской помощи.

46. Лечебная деятельность ТГЗ не осуществляется:

- а) по линии Министерства здравоохранения и социального развития;
- б) по линии Министерства обороны;
- в) по линии Министерства по чрезвычайным ситуациям.

47. Назначения и перемещения штатного состава из числа военнослужащих ТГЗ осуществляется:

- а) органами Министерства обороны;
- б) органами Министерства здравоохранения и социального развития;
- в) органами Министерства по чрезвычайным ситуациям.

48. Мобилизационная подготовка ТГЗ не предполагает:

- а) заблаговременного создания необходимой материальной базы на возможных театрах военных действий;
- б) готовности всех звеньев медицинской службы к работе в глубине страны;
- в) развёртыванию частей и учреждений медицинской службы в плановом порядке.

49. При размещении ТГЗ в первую очередь необходимо учитывать:

- а) их рассредоточенность;
- б) наличие жилого фонда;
- в) время доставки раненых и больных ;
- г) обеспечение электроэнергией, водой, топливом;
- д) организация контроля и помощи в лечебно-диагностической работе.

50. На деятельность госпитальных баз тыла страны будут оказывать негативное (увеличение объёма работы) влияние:

- а) возросшая тяжесть поражений и сложность их структуры;
- б) массовость санитарных потерь;
- в) увеличение санитарных потерь среди гражданского населения;
- г) недостаточная квалификация врачебного состава.;
- д) ухудшение экологической обстановки.

51. Вопросами мобилизационной подготовки врачебного состава по комплектованию ТГЗ медицинским персоналом и его усовершенствованию должны заниматься:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
- б) Министерство обороны;
- в) местные органы здравоохранения.

52. Структура коечного фонда ТГЗ должна определяться:

- а) возможной структурой входящего потока раненых и больных из действующей армии и войск военного округа;
- б) наличием штатного состава сил и средств медицинской службы;
- в) наличием специалистов узкого профиля и их возможностью по оказанию специализированной медицинской помощи.

53. Какой из перечисленных ТГЗ является специализированным?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;

- г) травматологический;
- д) туберкулёзный.

54. Какой ТГЗ может выполнять в случае необходимости функции сортировочного?

- а) базовый;
- б) терапевтический;
- в) травматологический;
- г) туберкулёзный.

55. Какой принцип комплектования ТГЗ является наиболее приоритетным?

- а) специалистами из числа граждан, пребывающих в запасе и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- б) гражданами, пребывающими в запасе и состоящими на общем воинском учёте;
- в) специалистами из числа граждан, не состоящими на воинском учёте и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- г) гражданами, не состоящими на воинском учёте, путём их найма на работу в период мобилизации.

56. Объём и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны не будут зависеть от:

- а) величины и структуры санитарных потерь;
- б) обстановки на фронтах;
- в) состояния в глубине страны дорожной сети;
- г) наличия и эвакуационной возможности транспортных средств;
- д) укомплектованности ТГЗ силами и средствами медицинской службы.

57. Эвакуация раненых и больных в ТГЗ в условиях современной войны предусматривает:

- а) отбор и подготовку раненых и больных к эвакуации;
- б) погрузку их в транспортные средства;
- в) оказание медицинской помощи;
- г) уход за ранеными и больными в пути следования;
- д) разгрузку транспортных средств в пунктах назначения;
- е) доставку раненых и больных в соответствующие ТГЗ;
- ж) оказание специализированной медицинской помощи.

58. В какой ТГЗ коллектора ГБТС будет направлен раненый психоневрологического профиля?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;
- г) травматологический.

59. В ТГЗ по решению ВВК раненые и больные не могут быть:

- а) возвращены в строй;
- б) эвакуированы в госпитали инвалидов войны;
- в) уволены из ВС;
- г) направлены на дополнительное санаторно-курортное лечение;
- д) переведены в другие лечебные учреждения.

60. Какой принцип системы этапного лечения с эвакуацией по назначению основан на едином понимании военно-полевой медицинской доктрины?

- а) преемственность;
- б) последовательность;

- в) своевременность;
- г) эвакуация по назначению.

61. Основные мероприятия, осуществляемые Российской службой медицины катастроф:

- 1) медицинская разведка, оказание медицинской помощи, эвакуация пораженных, подготовка и ввод в район (к району) катастроф, анализ оперативной информации, пополнение запасов медицинского имущества и средств защиты;
- 2) проведение мероприятий по защите народного хозяйства, строительство защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление планов;
- 3) все виды помощи;
- 4) создание систем связи управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка загородной зоны, разработка планов Российской службы медицины катастроф;
- 5) проведение неотложных мероприятий.

62. Режимы функционирования Российской службы медицины катастроф:

- 1) неотложный и экстренный режим;
- 2) режим повседневной деятельности, режим повышенной готовности, режим чрезвычайной ситуации;
- 3) режим повышенной готовности, режим угрозы возникновения ЧС, режим ликвидации медицинских последствий ЧС;
- 4) режим защиты населения от факторов ЧС, режим ликвидации последствий ЧС, режим повышенной готовности;
- 5) режимы отсутствуют.

63. Силы Российской службы медицины катастроф представлены:

- 1) медицинскими учреждениями;
- 2) врачами-хирургами;
- 3) органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям;
- 4) бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими бригадами, бригадами специализированной медицинской помощи, подвижными госпиталями (различного профиля), медицинскими отрядами;
- 5) многопрофильными научно-практическими территориальными центрами "медицины катастроф", лечебно-профилактическими учреждениями.

64. Основные формирования Российской службы медицины катастроф:

- 1) стационарные и поликлинические учреждения;
- 2) бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригада экстренной специализированной медицинской помощи; специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные и специализированные противозидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали;
- 3) головная и профильные больницы;
- 4) лечебно-сестринские бригады; бригады скорой медицинской помощи, спасательные отряды, медицинские учреждения;
- 5) медицинский отряд, центральная районная больница; центр экстренной медицинской помощи, территориальные бригады лечебной доврачебной помощи, головная больница, бригады скорой медицинской помощи, санэпидотряд.

65. Основной целью прогнозирования возможной обстановки при катастрофах является:

- 1) определение санитарных потерь, необходимых сил и средств;

- 2) описание места происшествия;
- 3) расчет температуры и влажности;
- 4) определение гибели населения;
- 5) получение экономических затрат.

66. Последовательность работы по принятию решений начальников службы медицины катастроф в ЧС:

- 1) уяснить задачу на основании данных разведки, рассчитать санитарные потери, определить потребность в силах и средствах службы, а также в транспортных средствах для эвакуации;
- 2) контроль действий и дисциплина выполнения приказов;
- 3) создать группировку сил, принять решение и довести его до исполнителей, организовать контроль за ходом исполнения;
- 4) принять решение и довести его до исполнителей;
- 5) планирование действий и строгое их выполнение.

67. Организация медицинских мероприятий и накопление запасов имущества базируется на:

- 1) данных прогноза возможных последствий катастроф;
- 2) сведениях о наличии сил и средств здравоохранения;
- 3) распространении поражающих факторов;
- 4) разумной достаточности;
- 5) методических рекомендациях.

68. Комплектование имущества проводится за счет:

- 1) лечебного учреждения;
- 2) Материально-технического обеспечения учреждения;
- 3) неснижаемого запаса;
- 4) анализа оперативной информации;
- 5) текущего обеспечения лечебного учреждения и специальных ассигнований на Российскую службу медицины катастроф.

69. Основные задачи службы медицины катастроф:

- 1) организация медико-санитарного противоэпидемического обеспечения населения;
- 2) сохранение здоровья населения;
- 3) лечебная и гигиеническая;
- 4) обеспечение готовности медицинских учреждений и формирований;
- 5) поиск пораженных, сбор, оказание первой помощи и вынос из опасной зоны.

70. Силы территориальной службы медицины катастроф:

- 1) бригады специализированной медицинской помощи;
- 2) бригады скорой помощи, врачебные и фельдшерские;
- 3) медицинские отряды;
- 4) врачебно-сестринские бригады;
- 5) бригады доврачебной помощи.

71. Постоянно действующие органы управления Всероссийской службы медицины катастроф имеются на следующих уровнях:

- 1) федеральном;
- 2) региональном;
- 3) территориальном;
- 4) местном.

72. В состав врачебно-сестринской бригады по штату входят:
- 1) врач, 2 медицинские сестры;
 - 2) 2 врача, 3 средних медицинских работника;
 - 3) 1 врач, 5 медицинских сестер, 1 водитель;
 - 4) врач и медицинская сестра;
 - 5) 2 фельдшера.
73. Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при крупномасштабной катастрофе:
- 1) любая, которую можно использовать;
 - 2) первая медицинская
 - 3) первая врачебная и квалифицированная;
 - 4) первая медицинская и доврачебная;
 - 5) госпитализация в лечебное учреждение.
74. Этап медицинской эвакуации определяется как:
- 1) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в определенном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации;
 - 2) система организации оказания помощи;
 - 3) догоспитальный, госпитальный,
 - 4) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация,
 - 5) особый вид помощи.
75. Медицинской сортировкой называется:
- 1) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях;
 - 2) разделение потока пострадавших;
 - 3) разделение пострадавших по очередности их эвакуации;
 - 4) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения;
 - 5) разделение потока на "ходячих" и "носиловых".
76. Основное назначение медицинской сортировки заключается:
- 1) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией;
 - 2) оказание медицинской помощи в максимальном объеме;
 - 3) в определении очередности оказания медицинской помощи;
 - 4) в регулировании движения автотранспорта;
 - 5) определяет лечебное учреждение.
77. При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи:
- 1) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации;
 - 2) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями;
 - 3) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время;
 - 4) определить сроки, объем помощи;
 - 5) установить время госпитализации.

78. Основное место хранения медицинского имущества нештатных формирований службы медицины катастроф:
- 1) сами формирования;
 - 2) учреждения формирователи;
 - 3) склады ГО;
 - 4) аптеки лечебных учреждений;
 - 5) склады "Медтехника" и "Росфармация".
79. Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат:
- 1) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания;
 - 2) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения;
 - 3) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.
80. Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:
- 1) организация эпидемиологического наблюдения;
 - 2) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и подозрительных на инфекционные заболевания;
 - 3) проведение экстренной и специфической профилактики;
 - 4) оборудование изоляторов на путях эвакуации;
 - 5) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания;
 - 6) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых;
 - 7) контроль за проведением санитарной обработки населения.
81. Общая экстренная профилактика в эпидемиологических очагах проводится :
- 1) до установления возбудителя;
 - 2) после установления вида организма;
 - 3) установления клинического диагноза у инфекционных больных.
82. Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций:
- 1) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами;
 - 2) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний;
 - 3) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС;
 - 4) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы;
 - 5) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.
83. Основные мероприятия проводимые службой Госсанэпиднадзора при чрезвычайных ситуациях (ЧС):
- 1) надзор за санитарно-эпидемической обстановкой в зоне ЧС;
 - 2) подготовка формирований в зоне ЧС;
 - 3) взаимодействие с ведомственными медико-санитарными службами;
 - 4) организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля;
 - 5) участие в осуществлении государственной экспертизы в области защиты населения и территорий в условиях ЧС.

84. Гигиеническая диагностика при радиационных авариях включает:

- 1) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты;
- 2) оценку для внешнего и внутреннего облучения населения и персонала;
- 3) определение уровней радиационного загрязнения территории;
- 4) проведение дезактивационных мероприятий.

85. В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие сан.гиг. последствия:

- 1) одномоментное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных;
- 2) массивное микробное загрязнение местности;
- 3) немедленное появление большого числа инфекционных больных;
- 4) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение.

86. Мероприятия санэпиднадзора за полевым размещением спасателей включают:

- 1) дегазация и дезактивация территории;
- 2) санитарную оценку района размещения;
- 3) оценку возможностей ближайших мед. учреждений;
- 4) проверку готовности систем водообеспечения, удаления отходов, полевых жилищ.

87. Санитарно -эпидемиологический надзор в ЧС предусматривает :

- 1) надзор за размещением в ЧС спасателей;
- 2) надзор за состоянием здоровья населения;
- 3) надзор за оказанием лечебной помощи пострадавшим;
- 4) надзор за качеством и безопасностью пищевой воды и продовольствия.

88. Санитарно -эпидемиологический надзор за водоснабжением в зоне ЧС предусматривает:

- 1) контроль за безопасностью подаваемой воды;
- 2) распределение питьевых запасов;
- 3) проверку санитарного состояния сооружений водопровода;
- 4) допуск персонала к эксплуатации объектов водоснабжения.

89. Для оценки медико-санитарных последствий ЧС учреждения санэпиднадзора организуют

и проводят следующие виды разведок:

- 1) биологическую;
- 2) медицинскую;
- 3) радиационную;
- 4) сан.эпидемическую;
- 5) химическую.

90. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение при чрезвычайных ситуациях осуществляется:

- 1) в зоне бедствия;
- 2) в эпидемических очагах;
- 3) на путях эвакуации;
- 4) в местах размещения эвакуируемых.

91. В чрезвычайных ситуациях к особо опасным инфекциям относятся заболевания:

- 1) чума (легочная форма);
- 2) брюшной тиф;
- 3) холера;

- 4) сибирская язва;
- 5) бруцеллез;
- 6) мелиоидоз;
- 6) геморрагическая лихорадка.

92. Основные санитарно-гигиенические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:

- 1) контроль за организацией питания, водоснабжения;
- 2) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил снабжения питьевой водой, хранением пищевых продуктов;
- 3) контроль за санитарным состоянием мест пребывания эвакуируемых;
- 4) контроль за проведением санитарной обработки населения.

93. Очередность экстренной профилактики инфекционных заболеваний в зонах чрезвычайной ситуации:

- 1) формирования, участвующие в ликвидации вспышек инфекционных заболеваний;
- 2) в учреждениях, на предприятиях в очаге и продолжающих свою работу;
- 3) детские коллективы;
- 4) остальные категории населения.

94. Основными способами защиты населения являются:

- 1) оказание медицинской помощи;
- 2) вывод из очага катастрофы;
- 3) укрытие в защитных сооружениях;
- 4) прием медикаментов и эвакуация;
- 5) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

95. Частичная санитарная обработка проводится:

- 1) в очаге катастрофы не позднее 6-12 час. после воздействия;
- 2) эффективно специальными препаратами;
- 3) кожи, глаз, зева;
- 4) с помощью подручных средств;
- 5) хлорной известью.

96. Основные мероприятия, направленные на обеспечение радиационной безопасности населения на территории следа радиоактивного облака:

- 1) защита от внешнего гамма-облучения и радиоактивных веществ, дозиметрический контроль
- 2) укрытие в убежищах, полная санитарная обработка по выходе из них;
- 3) защита от внутреннего и внешнего облучения;
- 4) нахождение в зданиях;
- 5) укрытие в противорадиационных укрытиях.

97. Основные организационные мероприятия по ликвидации медико-санитарных последствий аварий на ядерном реакторе:

- 1) обеспечение средствами индивидуальной защиты, организация оказания первой медицинской помощи в очаге, эвакуация персонала и населения, организация лечения больных в ОЛБ;
- 2) проведение радиационной профилактики, ограничение поступления радионуклидов с пищей и водой, дезактивация (по показаниям), дозиметрический контроль, контроль за

состоянием внешней среды, индивидуальная и коллективная защита персонала и населения, оказание медицинской помощи;

- 3) эвакуация персонала и населения, радиологический контроль, лечение пораженных, дезактивация;
- 4) дезактивация территории;
- 5) радиационная разведка.

98. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты населения в ЧС:

- 1) ватно-марлевая повязка, изолирующий противогаз;
- 2) аптечка индивидуальная АИ-2, индивидуальный и противохимический пакеты ИПП-8, ИПП-10,
- 3) противогаз ГП-5, ГП-7, противохимический пакет ИПП-8, фильтрующая одежда;
- 4) противорадиационное укрытие, убежища, противогаз ГП-5;
- 5) средства защиты органов дыхания, средства защиты кожи.

99. Коллективные средства защиты включают:

- 1) больницы, станции переливания крови;
- 2) формирования ГО;
- 3) противогазы;
- 4) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие);
- 5) центры медицины катастроф.

100. Запас противогазов, йодистого калия больницей создается:

- 1) столько, сколько потребует МС ГО;
- 2) на весь персонал + 10% от численности коек;
- 3) выдается лишь при ЧС;
- 4) снабжается пораженное население;
- 5) снабжается работающая смена медицинского персонала.

**ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА ДЛЯ ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.75 «Стоматология ортопедическая»**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра Стоматологии

Специальность **31.08.75 «Стоматология ортопедическая»**

Экзаменационный билет № 1

1. Оборудование, оснащение и инструментарий кабинета ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории. Организация рабочего места врача стоматолога-ортопеда. Санитарно-гигиенические нормативы врачебного кабинета и зуботехнической лаборатории. Техника безопасности при работе в ортопедическом отделении, кабинете, зуботехнической лаборатории. Гигиена труда врача стоматолога-ортопеда.

2. Основные симптомы клиники частичного отсутствия зубов. Понятие о функциональной перегрузке зубов. Травматическая окклюзия, ее виды. Показания к протезированию съемными конструкциями зубных протезов. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичных съемных пластиночных протезов.

Клиническая задача № 1

Пациент Н., 20 лет, предъявляет жалобы на аномалию положения коронки 23 зуба, что, по его мнению, грубо нарушает эстетику лица.

23 зуб не депульпирован, в цвете не изменен, имеет вестибулярное положение. Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. От ортодонтического лечения пациент отказывается.

Зубная формула:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Вопросы:

1..План психологической и психомедикаментозной подготовки больного к протезированию.

2..План подготовки зуба при протезировании облицовкой или искусственной коронкой.

Зав.кафедрой _____
(подпись)