

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Фонд оценочных средств
государственной итоговой аттестации
по специальности 31.05.03
Стоматология**

Утверждено Советом стоматологического факультета,
протокол № 5 от 27.12.2023г.

Осваиваемые компетенции (индекс компетенции)	Тестовое задание	Ответ на тестовое задание	Дисциплина
УК-1	<p>1. РАССМОТРЕНИЕ ИСТОРИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК РЕЗУЛЬТАТА ПРОЯВЛЕНИЯ МИРОВОГО ДУХА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <p>а) рационализма б) теологического подхода в) географического детерминизма г) цивилизационного подхода д) философского подхода</p>	б)	История России
УК-1	<p>2. ДРЕВНЕРУССКОЕ ГОСУДАРСТВО ОБРАЗОВАЛОСЬ</p> <p>а) 988 г. б) 862 г. в) 882 г. г) в I-II вв. н. э. д) 1015 г.</p>	в)	История России
УК-1	<p>3. «РУССКАЯ ПРАВДА» БЫЛА СОСТАВЛЕНА ПРИ КНЯЗЕ</p> <p>а) Игоре б) Святославе в) Ярославе г) Владимире д) Святополке</p>	в)	История России
УК-1	<p>4. НАЧАЛО XVII В. НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) Смутой б) Великим бунтом в) мятежом г) беспорядками д) восстанием</p>	а)	История России
УК-1	<p>5. В 1718-1724 ГГ. В РОССИИ БЫЛА ПРОВЕДЕНА РЕФОРМА НАЛОГООБЛАЖЕНИЯ. ОНА ЗАКЛЮЧАЛАСЬ В</p> <p>а) введение подоходного принципа налогообложения б) введение подворного принципа налогообложения в) введение подушной системы обложения г) равное налогообложение д) налог платили только лица, достигшие совершеннолетия</p>	в)	История России
УК-1	<p>6. В МАРТЕ 1881 Г. В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ТЕРРОРИСТАМИ БЫЛ</p>		История России

	<p>УБИТ ИМПЕРАТОР</p> <p>а) Александр I б) Николай I в) Дмитрий II г) Андрей I д) Александр II</p>	д)	
УК-1	<p>7. В РЕЗУЛЬТАТЕ СТОЛЫПИНСКОЙ РЕФОРМЫ</p> <p>а) удалось создать прочную социальную опору монархии в деревне б) улучшились отношения между бедными и зажиточными крестьянами в) проведено массовое переселение крестьян в Сибирь г) 3/4 крестьянских дворов выделились из общины д) было ликвидировано помещичье землевладение</p>	в)	История России
УК-1	<p>8. В 1918-1920 ГГ. ВЕРХОВНЫМ ПРАВИТЕЛЕМ РОССИИ БЫЛ</p> <p>а) А.В. Колчак б) А.И. Деникин в) Г.М. Семенов г) Н.Н. Юденич д) П.Н. Врангель</p>	а)	История России
УК-1	<p>9. К ПЕРИОДУ КОРЕННОГО ПЕРЕЛОМА В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) Смоленская оборонительная военная операция б) Львовско-Сандомирская военная операция в) Любаньская военная операция г) Ельнинская военная операция д) Курская военная операция</p>	д)	История России
УК-1	<p>10. ДОГОВОР ОТ 30 ДЕКАБРЯ 1922 Г. ОБ ОБРАЗОВАНИИ СССР В 1991 Г. БЫЛ</p> <p>а) пролонгирован; б) денонсирован; в) расторгнут; г) разорван; д) парафирован</p>	б)	История России
УК-5	<p>11. РУБЕЖОМ МЕЖДУ НОВЫМ И НОВЕЙШИМ ВРЕМЕНМ СЧИТАЕТСЯ</p> <p>а) 1918 г. б) 1917 г. в) 1941 г. г) 1945 г. д) 1953 г.</p>	а)	История России
УК-5	<p>12. КНЯЗЬ, КРЕСТИВШИЙ РУСЬ</p> <p>а) Юрий б) Всеволод в) Дмитрий</p>	г)	История России

	г) Владимир д) Игорь		
УК-5	13. СВЯЩЕННИКА, КОТОРЫЙ ВДОХНОВЛЯЛ РУССКИХ ВОИНОВ ПЕРЕД КУЛИКОВСКОЙ БИТВОЙ, ЗВАЛИ а) Симеон Гордый б) Сергей Радонежский в) Александр Невский г) Дмитрий Донской д) Дмитрий Долгорукий	б)	История России
УК-5	14. ВЫСШИЙ ПОДЪЕМ РУССКОГО ИКОНОПИСНОГО ИСКУССТВА СВЯЗАН С ТВОРЧЕСТВОМ РУССКОГО ХУДОЖНИКА XIV – XV ВВ. АВТОРА ЗНАМЕНИТОЙ «ТРОИЦЫ» а) Дионисия б) А. Рублева в) С. Ушакова г) Ф. Грека д) С. Шишкина	б)	История России
УК-5	15. ЦЕРКОВНАЯ РЕФОРМА ПАТРИАРХА НИКОНА ПРИВЕЛА К а) упразднению патриаршества б) расколу Русской православной церкви в) городским восстаниям середины XVII в. г) окончательному закреплению крестьянства д) к расколу христиан на католиков и православных	б)	История России
УК-5	16. НА КРАСНОЙ ПЛОЩАДИ МОСКВЫ СТОИТ ПАМЯТНИК ПАТРИОТАМ РОССИИ а) Минину и Пожарскому б) Донскому и Радонежскому в) Ленину и Плеханову г) Сталину и Хрущеву д) Карбышеву и Космодемьянской	а)	История России
УК-5	17. МАРКСИЗМ УТВЕРЖДАЕТ, ЧТО а) идеальная форма правления для России – конституционная монархия б) основа России – самодержавие, православие, народность в) источник развития России – ее самобытность г) главная движущая сила социалистической революции – пролетариат д) лучшие времена для России канули в прошлое	г)	История России
УК-5	18. В 1935 Г. ВОЗНИКЛО МАССОВОЕ ДВИЖЕНИЕ ЗА ПОВЫШЕНИЕ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА		История России

	<p>СВЯЗАННОЕ С ШАХТЕРОМ</p> <p>а) А.Г. Стахановым б) И.В. Волковым в) А.С. Пудиковым г) Л.Н. Толстым д) П.И. Циалковским</p>	а)	
УК-5	<p>19. ДЛЯ ПОЛИТИКИ КОЛЛЕКТИВИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а) предоставление аренды земли кулакам б) выделение на хутора зажиточных крестьян в) применение наёмного труда в единоличном хозяйстве г) выделение земли многодетным горожанам д) объединение единоличных крестьянских хозяйств в крупные коллективные хозяйства</p>	д)	История России
УК-5	<p>20. ПЕРИОД ИСТОРИИ СССР ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 1950-Х – ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 1960-Х ГГ. НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) оттепелью б) весной в) заморозками г) разрядкой д) перезагрузкой</p>	а)	История России
УК-4	<p>1) A complete dental examination should include: a soft tissue examination, a screening and examination for periodontal diseases, and a detailed charting of cavities, existing restorations (fillings and crowns), and other tooth conditions.</p> <p>The text above deals with</p> <p>а) tooth structure б) dental examination в) caries г) tooth injury</p>	б)	Иностранный язык
УК-4	<p>2) Each tooth has a crown, a neck and a root (or roots). Pulp makes up the centre of the tooth. It is surrounded by dentine. In the crown dentine is covered with enamel and in the root and neck it is covered with cementum.</p> <p>The text above deals with</p> <p>а) tooth injury б) gingivitis в) caries г) tooth structure д) toothache</p>	д)	Иностранный язык

УК-4	<p>3) A registered dental hygienist has graduated from a minimum two-year college program that includes classroom studies and extensive supervised clinical experience. A dental hygienist also must pass a national written exam and a comprehensive state clinical exam to earn the license.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none">a) dental examinationb) caries	e)	Иностранный язык
------	--	----	------------------

	<p>c) tooth injure d) toothache e) dental training</p>		
УК-4	<p>4) Gingivitis – a mild periodontal disease which develops when toxins in plaque irritate the gums, making them red, tender, swollen and easy to bleed. Three out of four adults have some degree of gingivitis. The text above deals with a) prevention b) dental examination c) caries d) gum disease e) orthopedic dentistry</p>	d)	Иностранный язык
УК-4	<p>5) The affected tooth is very sensitive to touch. Pain is much better localised compared with acute pulpitis. Patients can easily indicate the tooth which is causing pain. The pulp may retain some vitality as periapical tissues become inflamed before the pulp finally becomes necrotic. The text above deals with a) toothache b) tooth injure c) dental examination d) tooth structure e) prevention techniques</p>	a)	Иностранный язык
УК-4	<p>6) Plaque is not easy to remove, even if you brush your teeth every day. That is why it is very important not only to brush teeth, but also to clean between them and to have regular dental check-ups, including periodontal examinations. The text above deals with a) dental examination b) prevention c) tooth injure d) toothache e) dental training</p>	b)	Иностранный язык
УК-4	<p>7) The anterior teeth are more often involved than the posterior ones. The most common causes of trauma are accidents and sports. The tooth must be checked for vitality. Periapical radiographs should be taken to check for root fracture. The exposed dentine of the fractured tooth may be very sensitive to hot, cold and sweet food. The text above deals with a) tooth injure b) gum disease c) caries d) tooth structure toothache</p>	a)	Иностранный язык

УК-4	8) Tooth decay is a destruction of the tooth enamel. It occurs when foods containing carbohydrates (sugars and starches) such as milk, pop, raisins, cakes or candy are frequently left on the teeth. Bacteria that live in the mouth thrive on these foods, producing acids as a result. Over a period of time, these acids destroy tooth enamel, resulting in tooth decay.	с)	Иностранный язык
------	--	----	------------------

	<p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) gingivitis b) dental training c) caries d) dental trauma e) toothache 		
УК-4	<p>9) Since dental caries is a preventable disease, the main objective of health care providers should be to educate parents and to provide age-appropriate preventive strategies for children. The American Academy of Pediatric Dentistry even suggests prenatal counseling and the first visit to a dentist by one year of age.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) toothache b) tooth injure c) dental examination d) dental trauma e) prevention 	e)	Иностранный язык
УК-4	<p>10) In the mildest form of the disease, gingivitis, the gums redden, swell, and bleed easily. There is usually little or no discomfort. Gingivitis is often caused by inadequate oral hygiene. Gingivitis is reversible with professional treatment and good oral home care.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tooth structure b) dental examination c) caries d) tooth injure e) gum disease 	e)	Иностранный язык
УК-4	<p>11) The most common causes of tooth loss are dental caries, also known as tooth decay, and periodontal disease, which affects the gums and bone structure that supports the teeth. Dental caries is the major cause of tooth loss in children, and periodontal disease is the major cause of tooth loss in adults; however, it too can afflict youngsters.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) dental examination b) oral diseases c) tooth injure d) toothache e) dental training 	b)	Иностранный язык
УК-4	<p>12) A tooth or teeth can be replaced with either a fixed or a removable prosthesis. A denture is a removable replacement for a missing tooth or teeth. Complete dentures replace all teeth while partial dentures replace one to several teeth. Replacements for decaying or lost teeth have been produced for thousands of years.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tooth injure b) gum disease c) caries 	d)	Иностранный язык

	d) orthopedic dentistrytoothache		
УК-4	13) Proper brushing and flossing is the one way	a)	Иностранный

	<p>you can make sure you are doing what you can to protect your mouth. Since plaque is the substance responsible for tooth decay, a good brushing at least twice a day will help to prevent tooth decay. Plaque also has germs, which irritate the gums.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) prevention b) dental examination c) caries d) gum disease e) orthopedic dentistry 		ЯЗЫК
УК-4	<p>14) Periodontal disease is a serious infection. Evidence now links gum disease to a variety of health concerns, including heart disease, stroke, diabetes, and other degenerative diseases that are like threatening.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tooth injure b) orthopedic dentistry c) gingivitis d) tooth structure e) toothache 	c)	Иностранный язык
УК-4	<p>15) Changes that occur with aging make cavities both an adult and kids problem. Recession of the gums away from the teeth, combined with an increased incidence of gum disease, can expose tooth roots to plaque. Tooth roots are covered with cementum, a softer tissue than enamel. They are susceptible to decay and are more sensitive to touch and to hot and cold. The majority of people over age 50 have tooth- root decay.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tooth injure b) caries c) dental examination d) tooth structure e) orthopedic dentistry 	b)	Иностранный язык
УК-4	<p>16) Baccalaureate degree programs usually require approximately four years of study. Some schools require two years of prerequisite study and two years in program. Every school is a little different, so it's better to check out the schools in which you are most interested.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) gingivitis b) dental training c) caries d) dental trauma e) toothache 	b)	Иностранный язык

УК-4	<p>17) Community water fluoridation effectively prevents dental caries in communities with varying disease prevalence. Children in communities with water fluoridation experienced 29% fewer cavities.</p> <p>The text above deals with</p> <p>a) toothache b) tooth injure</p>	e)	Иностранный язык
------	--	----	------------------

	<p>c) dental examination d) tooth structure e) prevention techniques</p>		
УК-4	<p>18) Exposed teeth roots become susceptible to decay and sensitive to cold and touch. Tartar that is below the gums inhibits reattachment of the gum tissue to the teeth. Thus, conditions for constant inflammation are created. If not treated, the affected teeth become loose in their pockets. The text above deals with a) prevention b) dental examination c) tooth structure d) gum disease e) orthopedic dentistry</p>	d)	Иностранный язык
УК-4	<p>19) Temporary crowns (caps) are just as they are called, temporary. They are designed to cover and protect the teeth for a short period of time while the permanent crown(s) are being made. If you are in the middle of dental work, and do have temporary crowns it is important that you follow through with the work within the amount of time recommended by your dentist. The text above deals with a) tooth injure b) gum disease c) caries d) orthopedic dentistry e) toothache</p>	d)	Иностранный язык
УК-4	<p>20) Although there is research indicating that brushing once a day is sufficient to disrupt the formation of plaque that feeds the bacteria that cause decay, this may not be enough for some people, depending on factors such as their diets and the efficacy of their brushing technique. The text above deals with a) toothache b) tooth injure c) dental examination d) tooth structure e) preventive care</p>	e)	Иностранный язык
УК-4	<p>1) Most toothaches are a result of a cavity. Sugar and starch in foods are the substances that cause damage to teeth. The bacteria in the mouth feed on sugar and starch and produce an acid that can eat through the teeth, leading to tooth decay. Different types of bacteria are involved in this process that can lead to an infection in the inside of the tooth. The text above deals with a) risk factors b) tooth injure c) dental examination d) tooth structure e) periodontal disease</p>	a)	Иностранный язык

УК-4	2) Check-ups are important because some diseases or medical conditions have signs that appear in the mouth. Diabetes, nutrient and vitamin deficiencies and hormonal irregularities	с)	Иностранный язык
------	---	----	------------------

	<p>may be detected by oral examination.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) toothache b) periodontal disease c) dental care d) tooth structure e) orthopedic dentistry 		
УК-4	<p>3) Porcelain has been used for crowns for more than 100 years. It is considered a reliable dental material because it maintains its color and gloss for a long period of time and is compatible with soft tissues. Unfortunately, it is very brittle.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tooth injury b) orthopedic dentistry c) gingivitis d) tooth structure e) toothache 	b)	Иностранный язык
УК-4	<p>4) Fluorides, such as those used in community water, toothpaste, gels, varnish, and mouthrinse also help to prevent decay. Fluoride works best on the smooth surfaces of teeth. The chewing surfaces on the back teeth, however, have tiny grooves where decay often begins.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) risk factors b) tooth injury c) dental examination d) tooth structure e) preventive care 	e)	Иностранный язык
УК-4	<p>5) Sports injuries can include injury to the teeth and in order to safeguard against potentially serious and painful injuries certain precautions should be taken. A fractured jaw needs to be cared for immediately, as does a tooth, which has been knocked out if it is going to be successfully re-implanted.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) gingivitis b) dental training c) caries d) dental trauma e) toothache 	d)	Иностранный язык
УК-4	<p>6) While cases of oral cancers are seen in patients who do not use tobacco, these constitute a very small percentage of all oral cancers. All forms of tobacco have been implicated as causative agents including cigarette, cigar, and pipe tobacco as well as chewing tobacco.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) risk factors b) tooth injury c) dental examination d) tooth structure e) periodontal disease 	a)	Иностранный язык

УК-4	7) Dental pulp is a loosely formed mesenchymal tissue almost entirely enclosed within a mineralised tissue: dentin. The inflammatory process in the dental pulp should be considered as	b)	Иностранный язык
------	---	----	------------------

	<p>similar to that in other types of connective tissue elsewhere in the body. Dental pulpal infection is most commonly caused by extensive dental caries.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tooth injure b) pulpitis c) dentist's consultation d) orthopedic dentistry e) toothache 		
УК-4	<p>8) Call your dentist immediately - even if the pain goes away, the sooner the problem is treated, the smaller the chance of permanent damage to the tooth or the mouth.</p> <p>If the pain is due to a lost filling, the filling should be replaced as soon as possible in order to prevent further decay from food particles and bacteria.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) dental examination b) oral diseases c) tooth injure d) toothache e) dental training 	d)	Иностранный язык
УК-4	<p>9) For many years, oral health care focused on prevention of dental caries (tooth decay) in children by emphasizing dietary influences on caries formation. Now, the emphasis has shifted to other preventive factors such as fluoride, use of sealants, frequency of eating, the length of time that foods and beverages are retained in the mouth, and, of course, good oral hygiene.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> a) risk factors b) tooth injure c) preventive care d) tooth structure e) gingivitis 	c)	Иностранный язык
УК-4	<p>10. The final stage of cavity preparation is cleaning the cavity thoroughly with water. Then the cavity is dried with air, but dentists must remember that over-drying may cause damage of the pulp. If the floor of the cavity after removal of caries dentine is close to the pulp, a calcium hydroxide lining is recommended. If a cavity is deep, a second layer of lining material may be required.</p> <p>The text above deals with</p> <ul style="list-style-type: none"> tooth extraction dental caries impacted teeth dental trauma periodontal diseases 	b)	Иностранный язык

УК-4	11. On the preclinical stage dental students cover the same basic sciences, as other medical students, but there is greater concentration on anatomy of the head, neck and thorax. Anatomy, molecular biology, biochemistry and physiology	c)	Иностранный язык
------	--	----	------------------

	<p>are studied at various stages. On the clinical stagedental practice is combined with courses on general human diseases andpharmacology. Before starting to work with patients students are taught technique on phantom heads.</p> <p>The text above deals with</p> <p>periodontal diseasesdental caries dental education dentist’s work tooth extraction</p>		
УК-4	<p>12. A tooth that has been knocked out, or avulsed, will leave a swollen, painful and bloody socket. A broken jawbone can lead to malocclusion (improper fit of the upper and lower teeth), jaw pain and limited movement in the temporomandibular joint, thejoint that opens and closes the mouth.</p> <p>The text above deals with</p> <p>a) dental trauma b) dental caries c) impacted teeth d) tooth extraction e) periodontal diseases</p>	a)	Иностранный язык
УК-4	<p>13. Students are introduced into the clinic during the first term and progressively become more and more involved in patient care. The final two years emphasize training and instruction in the clinical field, including endodontics, operative dentistry, oral diagnosis and treatment planning, oral radiology, oral and maxillofacial surgery, anesthesiology, orthodontics etc.</p> <p>The text above deals with</p> <p>a) periodontal diseases b) dental caries c) tooth extraction d) dentist’s work e) dental education</p>	e)	Иностранный язык
УК-4	<p>14. This dental condition is a wide-spread disease. It is old as mankind. For hundreds of years people believed that caries and toothache were caused by a worm in the teeth. One of the earliest references to this belief was found in a papyrus dating from at least 1000 BC. This theory was disproved only in the middle of the 16th century.</p> <p>The text above deals with</p> <p>a) periodontal diseases b) dentist’s work c) dental education d) dental caries e) tooth extraction</p>	d)	Иностранный язык

УК-4	15. Students are introduced into the clinic during the first term and progressively become more and more involved in patient care. The final two years emphasize training and instruction in the clinical field, including endodontics, operative dentistry, oral diagnosis and treatment planning, oral radiology, oral and maxillofacial surgery,	e)	Иностранный язык
------	---	----	------------------

	<p>anesthesiology, orthodontics etc.</p> <p>The text above deals with</p> <p>f) periodontal diseases</p> <p>g) dental caries</p> <p>h) tooth extraction</p> <p>i) dentist's work</p> <p>j) dental education</p>		
УК-4	<p>16. This dental condition is a wide-spread disease. It is old as mankind. For hundreds of years people believed that caries and toothache were caused by a worm in the teeth. One of the earliest references to this belief was found in a papyrus dating from at least 1000 BC. This theory was disproved only in the middle of the 16th century.</p> <p>The text above deals with</p> <p>f) periodontal diseases</p> <p>g) dentist's work</p> <p>h) dental education</p> <p>i) dental caries</p> <p>j) tooth extraction</p>	d)	Иностранный язык
УК-4	<p>17. Students are introduced into the clinic during the first term and progressively become more and more involved in patient care. The final two years emphasize training and instruction in the clinical field, including endodontics, operative dentistry, oral diagnosis and treatment planning, oral radiology, oral and maxillofacial surgery, anesthesiology, orthodontics etc.</p> <p>The text above deals with</p> <p>k) periodontal diseases</p> <p>l) dental caries</p> <p>m) tooth extraction</p> <p>n) dentist's work</p> <p>o) dental education</p>	e)	Иностранный язык
УК-1	<p>1. БОКОВАЯ КРЫЛОВИДНАЯ МЫШЦА</p> <p>a) musculus pterygoidei lateralis</p> <p>б) musculus pterygoidea lateralis</p> <p>в) musculus pterygoideus lateralis</p> <p>г) musculus pterygoideus laterales</p> <p>д) musculus pterygoideum laterale</p>	в)	Латинский язык
УК-1	<p>2. НЕБНЫЕ ОТВЕРСТИЯ</p> <p>a) foraminis palatini</p> <p>б) foramina palatina</p> <p>в) foraminis palatinis</p> <p>г) foramina palatini</p> <p>д) foraminum palatinorum</p>	б)	Латинский язык
УК-1	<p>3. ПЕЩЕРИСТЫЕ СПЛЕТЕНИЯ РАКОВИН</p> <p>a) plexus cavernosi concharum</p> <p>б) plexus cavernosi conchae</p> <p>в) plexus cavernosus concharum</p> <p>г) plexus cavernosus conchae</p> <p>д) plexus cavernosorum concharum</p>	а)	Латинский язык
УК-1	<p>4. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ПРОТОКИ</p> <p>a) ductus lymphaticus</p> <p>б) ductus lymphatici</p>	б)	Латинский язык

	в) ductus lymphaticum г) ductus lymphaticorum д) ductus lymphatica		
УК-1	5. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ а) hypaesthesia б) hyperaesthesia в) dysaesthesia г) anaesthesia д) aesthesiologia	б)	Латинский язык
УК-1	6. РАЗМЯГЧЕНИЕ КОСТИ а) osteomalacia б) osteoma в) osteoclasia г) osteomyelitis д) osteotomia	а)	Латинский язык
УК-1	7. НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА МАТКУ а) hysterotomia б) hysterorrhaphia в) hysterectomia г) hysteroscopia д) metrorrhagia	б)	Латинский язык
УК-1	8. СВЕЧИ С ДИМЕДРОЛОМ а) suppositoria cum Dimedrolum б) suppositoria cum Dimedrolo в) suppositoria cum Dimedroli г) suppositorium cum Dimedrolo д) suppositorium cum Dimedroli	б)	Латинский язык
УК-1	9. БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ СРЕДСТВО а) Nitrofunginum б) Sovcainum в) Testosteronum г) Prochodolum д) Hydrocortisonum	г)	Латинский язык
УК-1	10. В ЖЕЛАТИНОВЫХ КАПСУ-ЛАХ а) in capsulas gelatinosas б) in capsula gelatinosa в) in capsulae gelatinosae г) in capsuli gelatinosi д) in capsulis gelatinosis	д)	Латинский язык
УК-1	11. БОЛЬШАЯ НЕБНАЯ БОРОЗДА а) sulcus palatinus magnus б) sulcus palatinus major в) sulcus palatinus majus г) sulcus palatinus majororis д) sulcus palatinus majores	б)	Латинский язык
УК-1	12. НИЖНИЕ КЛЫКИ а) dens caninus inferior б) dens incisivus inferior в) dens molaris inferior г) dens deciduus inferior д) dentes canini inferiores	д)	Латинский язык
УК-1	13. ПЕРЕГОРОДКА ЛОБНЫХ ПАЗУХ а) septum sinus frontalis	б)	Латинский язык

	б) septum sinuum frontaliu в) septum sinuum frontalis г) septa sinuum frontalis д) septum sinus frontaliu		
УК-1	14. ЯДРА ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ а) nuclei nervorum craniales б) nuclei nervorum cranialium в) nucleus nervorum craniales г) nuclei nervi cranialis д) nuclei nervi craniales	б)	Латинский язык
УК-1	15. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ а) cephalotomia б) cephalometria в) cephalalgia г) encephaloccele д) encephalalgia	в)	Латинский язык
УК-1	16. ВОСПАЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ а) pancreatitis б) nephritis в) hepatitis г) ureteritis д) cholecystitis	в)	Латинский язык
УК-1	17. РАССТРОЙСТВО ПИТАНИЯ а) dystonia б) dystrophia в) atrophia г) hypotrophia д) hypertrophia	б)	Латинский язык
УК-1	18. КАСТОРОВОЕ МАСЛО а) oleum Terebinthinae б) oleum Ricini в) oleum Helianthi г) oleum Olivarum д) oleum Lini	б)	Латинский язык
УК-1	19. ЖЕЛЧЕГОННОЕ СРЕДСТВО а) Sulfalenum б) Corglyconum в) Chologonum г) Urodanum д) Dicainum	в)	Латинский язык
УК-1	20. ДИЭТИЛОВЫЙ ЭФИР ДЛЯ НАРКОЗА а) aether diaethylicus pro narcosis б) aether diaethylicus pro narcosi в) aether diaethylicus pro narcose г) aether diaethylicus pro narcoso д) aether diaethylicus pro narcosum	б)	Латинский язык
ОПК-8	ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ГРУППЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЛУЧЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ: 170, 185, 175, 185, 190, 175, 180, 175. МЕДИАНА ДАННОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО РЯДА РАВНА	в)	Физика, математика

	а) 7 б) 170 в) 175 г) 180 д) 190		
ОПК-8	ЗНАЧЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ПРАВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ (В ММ РТ. СТ.) У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ СОСТАВЛЯЮТ: 2, 5, 3, 7, 4, 5, 7, 2, 5, 5, 2, 4, 5, 4. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНО а) 2 б) 3 в) 4 г) 5 д) 7	г)	Физика, математика
ОПК-8	РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ: 14, 15, 14, 17, 15, 16, 15 (ММОЛЬ/Л). СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КАЛЬЦИЯ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ РАВНО а) 13,6 б) 14 в) 15,1 г) 17 д) 18,2	в)	Физика, математика
ОПК-8	ЗВУК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ а) электромагнитные волны с частотой от 16 до 20000 Гц; б) механические волны с частотой более 20 кГц; в) механические волны с частотой менее 20 кГц; г) электромагнитные волны с частотой более 20 кГц. д) механические волны с частотой от 16 до 20000 Гц;	д)	Физика, математика
ОПК-8	УЗИ – ДИАГНОСТИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ПРИМЕНЕНИИ а) рентгеновского излучения б) механических волн с частотой больше 20 кГц в) гамма - излучения г) механических волн с частотой меньше 20 кГц д) оптического излучения	б)	Физика, математика
ОПК-8	ФИЗИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОСЛУШИВАНИЕ АКУСТИЧЕСКИХ ШУМОВ, ПОЯВЛЯЮЩИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ	а)	Физика, математика

	<p>а) возникновения турбулентностей в течении жидкостных и газовых потоков в организме человека</p> <p>б) прохождения пульсовой волны под фонендоскопом</p> <p>в) изменения импеданса мышечной ткани при патологиях</p> <p>г) ламинарного характера течения жидкостных и газовых потоков в организме человека</p> <p>д) изменения биопотенциалов мышечной ткани</p>		
ОПК-8	<p>ПУЛЬСОВАЯ ВОЛНА ОБРАЗУЕТСЯ ЗА СЧЕТ</p> <p>а) деформации эластичных стенок сосудов</p> <p>б) изменения скорости течения крови по сосудам разного диаметра</p> <p>в) изменения давления в разветвленной кровеносной системе</p> <p>г) ламинарного течения крови</p> <p>д) перехода от турбулентного течения крови к ламинарному</p>	а)	Физика, математика
ОПК-8	<p>УВЕЛИЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ БЕЗ ЗАМЕТНОГО УВЕЛИЧЕНИЯ НАГРУЗКИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) ползучестью</p> <p>б) текучестью</p> <p>в) пластичностью</p> <p>г) прочностью</p> <p>д) хрупкостью</p>	б)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ОСНОВУ СТРУКТУРЫ БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕМБРАН СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) белки</p> <p>б) углеводы</p> <p>в) двойной слой фосфолипидов</p> <p>г) аминокислоты</p> <p>д) двойная спираль ДНК.</p>	в)	Физика, математика
ОПК-8	<p>АКТИВНЫЙ ТРАНСПОРТ ИОНОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ</p> <p>а) энергии гидролиза макроэргических связей АТФ</p> <p>б) процессов диффузии ионов через мембраны</p> <p>в) переноса ионов через мембрану с участием молекул-переносчиков</p> <p>г) латеральной диффузии молекул в мембране</p> <p>д) электродиффузии ионов</p>	а)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ЛЕЧЕБНЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ - МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ОСНОВАННЫЙ НА</p> <p>а) введении лекарственных веществ через кожу и слизистые оболочки под действием внешнего магнитного поля</p>	б)	Физика, математика

	<p>б) введении лекарственных веществ через кожу и слизистые оболочки под действием внешнего электрического поля</p> <p>в) нагревании кожи и слизистых оболочек под действием внешнего электрического поля</p> <p>г) введении лекарственных веществ через кожу и слизистые оболочки за счет поляризации биологических тканей</p> <p>д) нагревании кожи и слизистых оболочек под действием внешнего магнитного поля</p>		
ОПК-8	<p>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕРЕМЕННЫМ ВЫСОКОЧАСТОТНЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ПОЛЕМ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) индуктотермией</p> <p>б) диатермией</p> <p>в) УВЧ – терапией</p> <p>г) гальванизацией</p> <p>д) электрофорезом</p>	в)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ РАЗРЕШАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ МИКРОСКОПА НЕОБХОДИМО</p> <p>а) увеличить предел разрешения микроскопа</p> <p>б) уменьшить предел разрешения микроскопа</p> <p>в) увеличить оптическую длину тубуса</p> <p>г) увеличить оптическую длину тубуса</p> <p>д) уменьшить апертурный угол</p>	б)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФОРМАЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ИЛИ ВЫСОКОЙ ПРЕЛОМЛЯЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ СРЕД ГЛАЗА РЕЗКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ ОБРАЗУЕТСЯ В ПЛОСКОСТИ, ЛЕЖАЩЕЙ НЕСКОЛЬКО ВПЕРЕДИ СЕТЧАТКИ. ТАКОЙ НЕДОСТАТОК ЗРЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) близорукостью</p> <p>б) дальнозоркостью</p> <p>в) астигматизмом</p> <p>г) адаптацией</p> <p>д) аккомодацией</p>	а)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ЯВЛЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В АНИЗОТРОПНОМ КРИСТАЛЛЕ ОДИН ИЗ ЛУЧЕЙ ПОГЛОЩАЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО СИЛЬНЕЕ, ЧЕМ ДРУГОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) анизотропией</p> <p>б) дихроизмом</p> <p>в) вращательной дисперсией</p> <p>г) прозрачностью</p> <p>д) поляризацией</p>	б)	Физика, математика

ОПК-8	<p>ЛЮМИНЕСЦЕНЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ БОМБАРДИРОВКОЙ ЭЛЕКТРОНАМИ ТВЁРДЫХ ТЕЛ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) ионолюминесценция б) хемилюминесценция в) катодолюминесценция г) радиолюминесценция д) электролюминесценция</p>	в)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ВОЗМОЖНОСТЬ ФОКУСИРОВКИ ЛАЗЕРНОГО ЛУЧА ДО ОЧЕНЬ МАЛЫХ ДИАМЕТРОВ СВЯЗАНА С</p> <p>а) монохроматичностью лазерного излучения б) поляризованностью в) малой расходимостью г) высокой спектральной плотностью д) большой мощностью</p>	в)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ОСНОВАНО НА</p> <p>а) отражении от более плотных тканей б) существенном различии его поглощения различными тканями в) тепловом действии г) ионизирующем действии д) способности проникать в ткани</p>	б)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ПРОНИКАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ИЗЛУЧЕНИЯ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ</p> <p>а) уменьшается б) увеличивается в) не изменяется г) сначала увеличивается, а затем уменьшается д) сначала уменьшается, а затем увеличивается</p>	а)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ЭНЕРГИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ, ПОГЛОЩЕННОГО ВЕЩЕСТВОМ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) экспозиционной дозой б) поглощенной дозой в) биологической дозой г) мощностью дозы д) эквивалентной дозой</p>	б)	Физика, математика
ОПК-8	<p>ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ГРУППЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЛУЧЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ: 170, 185, 175, 185, 190, 175, 180, 175. МЕДИАНА ДАННОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО РЯДА РАВНА</p> <p>а) 7 б) 170 в) 175</p>	в)	Физика, математика

	г) 180 д) 190		
ОПК-8	СОЕДИНЕНИЯ С СОПРЯЖЕННОЙ СИСТЕМОЙ а) бутадиен-1, 2 б) циклогексен в) бензол г) циклогексан д) пентадиен-1, 3	в)	Химия
ОПК-8	ТРИАЦИЛГЛИЦЕРИНЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ а) глицерофосфолипиды б) жиры, масла в) гликолипиды г) воски д) терпены	б)	Химия
ОПК-8	СОЕДИНЕНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ИНДУКТИВНЫЙ И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ МЕЗОМЕРНЫЙ ЭЛЕКТРОННЫЕ ЭФФЕКТЫ а) толуол б) фенол в) нитробензол г) бензальдегид д) бензойная кислота	б)	Химия
ОПК-8	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ КИСЛОТНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ КИСЛОТА а) уксусная б) щавелевая в) салициловая г) бензойная д) ацетилсалициловая	б)	Химия
ОПК-8	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ КИСЛОТНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ а) фенол б) <i>n</i> -метилфенол в) этиловый спирт г) уксусная кислота д) бензиловый спирт	г)	Химия
ОПК-8	КТОМОПОЛИСАХАРИДАМ ОТНОСЯТСЯ а) крахмал б) хондроитинсульфаты в) гиалуроновая кислота г) гепарин д) декстраны	а)	Химия
ОПК-8	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ ОСНОВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ а) этанол б) этантиол в) анилин г) дифениламин	д)	Химия

	д) бензиламин		
ОПК-8	ФОСФАТИДИЛХОЛИНЫ ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ а) жиров б) липидовв) белков г) углеводовд) восков	б)	Химия
ОПК-8	ТРИАЦИЛГЛИЦЕРИН ТВЕРДОЙ КОНСИСТЕНЦИИ а) 1,2,3-три-О-пальмитоилглицерин б) 1,2-ди-О-олеоил-3-О-пальмитоилглицерин в) 1,3-ди-О-линолеоил-2-О-пальмитоилглицерин г) 2-О-линолеоил-1-О-олеоил-3-О-стеароилглицерин д) 1-О-линолеоил-2-О-линолеоил-3-О-стеароилглицерин	а)	Химия
ОПК-8	ДЛЯ АРЕНОВ ХАРАКТЕРНЫ РЕАКЦИИ а) радикального замещения б) электрофильного замещения в) электрофильного присоединения г) нуклеофильного замещения д) нуклеофильного присоединения	б)	Химия
ОПК-8	СПОМОЩЬЮ РЕАКТИВА ТОЛЛЕНСА (ОКСИД СЕРЕБРА В ВИДЕ АММИАЧНОГО КОМПЛЕКСА) $[Ag(NH_3)_2]$ ОН МОЖНО РАЗЛИЧИТЬ а) бензофенон и фенол б) пропанон и 2-метилпропанол-2 в) этиленгликоль и бутен-1 г) бутаналь и бутанон	г)	Химия
ОПК-8	НИКОТИНАМИДНУКЛЕОТИДНЫЕ КОФЕРМЕНТЫ ($НАД^+$ И $НАДФ^+$) ЯВЛЯЮТСЯ В ОРГАНИЗМЕ УЧАСТНИКАМИ а) реакции гидролиза б) окислительно - восстановительных реакций в) реакций этерификации г) кислотно-основных реакций д) замещения	б)	Химия
ОПК-8	ВЕЩЕСТВО, НЕ РЕАГИРУЮЩИЕ С ОЛЕИНОВОЙ КИСЛОТОЙ а) CH_3OH / HCl б) Br_2 / CCl_4 в) NH_3 г) $CuSO_4 / NaOH$ д) PCl_5	г)	Химия
ОПК-8	ЖИВЫЕ ОРГАНИЗМЫ – ЭТО СИСТЕМЫ	б)	Химия

	а) закрытые б) открытые в) изолированные г) идеальные д) натуральные		
ОПК-8	ЭПИМЕРАМИ ГЛЮКОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ а) D-рибоза б) L- глюкоза в) D-манноза г) D-ксилоза д) D-фруктоза	в)	Химия
ОПК-8	СОЕДИНЕНИЕ, РЕАГИРУЮЩЕЕ С БРОМНОЙ ВОДОЙ а) пропанон б) диэтилоксалат в) формальдегид г) олеиновая кислота д) ацетамид	г)	Химия
ОПК-8	ХЕЛАТНЫЕ СОЛИ МЕДИ (II) и α-АМИНОКИСЛОТ ИМЕЮТ ОКРАСКУ а) красную б) синюю в) зеленую г) бесцветную д) желтую	б)	Химия
ОПК-8	ЭТИЛПРОПАНОАТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДУКТОМ РЕАКЦИИ а) $C_2H_5OH + C_2H_5OH \xrightarrow{H^+}$ б) $C_2H_5COCl + C_2H_5OH \xrightarrow{H^+}$ в) $C_2H_5OH + C_2H_5COOH \xrightarrow{H^+}$ г) $(CH_3CO)_2O + C_2H_5OH \xrightarrow{H^+}$ д) $CH_3CH_2CH=O + C_2H_5OH \xrightarrow{H^+}$	в)	Химия
ОПК-8	РЕАГЕНТ, ВЗАИМОДЕЙСТВУЮЩИЙ С ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ а) водный раствор гидроксида меди б) водный раствор гидроксида натрия в) бромная вода г) хлорид железа (III) д) раствор перманганата калия	а)	Химия
ОПК-8	СОЕДИНЕНИЯ С СОПРЯЖЕННОЙ СИСТЕМОЙ а) бутадиен-1, 2 б) циклогексен в) бензол г) циклогексан д) пентадиен-1, 3	в)	Химия
УК-1	ПАРАЗИТИЗМ – ЭТО а) физиологический феномен б) генетический феномен в) экологический феномен г) биохимический феномен д) зоологический феномен	в)	Биология
УК-1	ПРЕДПОСЫЛКОЙ		Биология

	<p>ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕОРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ СЛУЖИТ</p> <p>а) пролиферация б) интеграция в) дифференцировка г) мультифункциональность д) сортировка</p>	г)	
УК-1	<p>ПРОЕКТ «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА» - ЭТО</p> <p>а) изучение отдельных генов человека б) секвенирование геномов в) синтез новых ДНК г) получение новых генов д) получение генотипа каждого человека</p>	д)	Биология
УК-1	<p>БОМБЕЙСКИЙ ФЕНОМЕН – ЭТО</p> <p>а) феномен наследования резус-фактора б) феномен наследования I-ой группы крови в) феномен наследования IV-ой группы крови г) феномен взаимодействия вещества-предшественника, детерминирующего гены A и B групп крови д) феномен сцепленного наследования</p>	г)	Биология
УК-1	<p>СЦЕПЛЕННОЕ НАСЛЕДОВАНИЕ ПРИЗНАКОВОБУСЛОВЛЕНО</p> <p>а) локализацией генов, определяющих эти признаки, в водной хромосоме б) локализацией генов, определяющих эти признаки, в разных хромосомах в) локализацией генов, определяющих эти признаки, в материнских хромосомах г) локализацией генов, определяющих эти признаки, в отцовских хромосомах д) локализацией генов, определяющих эти признаки в аутосомах</p>	в)	Биология
ОПК -4	<p>ТЕХНОЛОГИЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО МИКРОПРЕПАРАТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ В МИКРОСКОПЕ</p> <p>а) кусочек объекта поместить на предметное стекло и посмотреть в микроскопе б) кусочек объекта поместить на предметное стекло, закрыть покровным стеклом и смотреть в микроскопе в) кусочек объекта поместить на предметное стекло, капнуть каплю воды, закрыть покровным стеклом и смотреть в микроскопе г) кусочек объекта поместить на предметное стекло, окрасить, закрыть покровным стеклом и смотреть д) кусочек объекта раздавить, закрыть покровным стеклом и смотреть в микроскопе</p>	в)	Биология
ОПК -4	<p>СТРОЕНИЕ ВШЕЙ, КЛОПОВ, БЛОХ, КЛЕЩЕЙ ЛУЧШЕ ИЗУЧАТЬ</p> <p>закрывать покровным стеклом и смотреть в микроскопе а) в световом микроскопе</p>	б)	Биология

	б) под обычной лупой в) в электронном микроскопе г) в люминесцентном микроскопе д) в фазовоконтрастном микроскопе		
ОПК -4	В СВЕТОВОМ МИКРОСКОПЕ МОЖНО УВИДЕТЬ а) рибосомы б) эндоплазматическую сеть в) клетки крови г) слои клеточной мембраны д) хромосомы	в)	Биология
ОПК - 7	СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАРАЗИТИЧЕСКИХ ПРОСТЕЙШИХ а) ПЦР и ДНК- диагностика б) метод мазка крови в) биопсия г) метод заражения животных д) методы копрологии	а)	Биология
ОПК - 4	НАСЛЕДОВАНИЕ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА а) дерматоглифики б) популяционно-статистического в) ДНК-диагностики г) генеалогического д) биохимического	г)	Биология
ОПК - 4	ГИПЕРТРИХОЗ НАСЛЕДУЕТСЯ СЦЕПЛЕНО С Y- ХРОМОСОМОЙ, ЕСЛИ ОТЕЦ СТРАДАЛ, ТО ДЕТИ БУДУТ ИМЕТЬ ГЕНОТИПЫ а) XX", X"Y", б) X"Y, X"Y" в) X"X, X"Y, г) XY", XX д) X"Y", X"Y"	г)	Биология
ОПК -4	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ ЗУБОВ, ИМЕЮЩИХ V- ОБРАЗНУЮ ФОРМУ КОРОНКИ, ВЫБЕРИТЕ МЕТОД а) ДНК-диагностики б) популяционно-статистический в) метод Барра г) биохимический д) генеалогический	д)	Биология
ОПК - 4	В МАЗКЕ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА ОБНАРУЖИЛИ СТАДИЮ КОЛЬЦА И АМЁБОВИДНЫЕ СХИЗОНТЫ, ЧТО УКАЗЫВАЕТ НА ЗАРАЖЕНИЕ ПЛАЗМОДИЕМ а) вида Plasmodium ovale б) вида Plasmodium vivax в) вида Plasmodium falciparum г) вида Plasmodium malariae д) вида Plasmodium spp.	б)	Биология
ОПК -13	ЗАБОЛЕВАНИЯ СЦЕПЛЕННЫЕ С X- ПОЛОВОЙ ХРОМОСОМОЙ		Биология

	а) гемофилия и гипоплазия эмали зубов б) гипоплазия и гипертрихоз в) гипертрихоз и дальтонизм г) ихтиоз и гипертрихоз д) гипертрихоз и эктодермальная дисплазия	а)	
ОПК -13	ИЗВЕСТНО, ЧТО У ПАЦИЕНТА В ГЕНОТИПЕ 22 ПАРЫ АУТОСОМ И X0 ПО ПОЛОВЫМ ХРОМОСОМАМ, ТО ЭТО СИНДРОМ а) Энгельмана б) Эдварса в) Клайнфельтера г) Шерешевского-Тернера д) Дауна	г)	Биология
ОПК -13	УЧАСТОК ОДНОЙ ЦЕПИ МОЛЕКУЛЫ ДНК СОСТОИТ ИЗ НУКЛЕОТИДОВ – ААТ ГГЦ ЦЦГТТА АТЦ ТАГ, НУКЛЕОТИДЫ ВТОРОЙ ЦЕПИ ДНК БУДУТ а) УУА ГГЦ ЦЦГ ААУ АУЦ АУГ б) ТТУА ЦЦГ ГГЦ ААТ ТАГ АТЦг) УУА ЦЦГ ГГЦ ААУ УАГ АУЦ д) ААУ ГГЦ ЦЦГ УУА АУЦ УАГ	б)	Биология
ОПК -13	ЛИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ТЕНИОЗЕ а) санитарно-просветительская работа б) применение лекарственных препаратов спорофилактической целью г) не употреблять в пищу свинину в сыром виде или не достаточно обработанную термически д) проверять мясо на заражение перед употреблением	г)	Биология
ОПК -13	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ЭМБРИОНА, а) климат б) место жительства в) вредные привычки г) вегетарианство д) полнолуние	в)	Биология
ОПК -13	ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕФЕКТАМИ СИСТЕМЫ РЕПАРАЦИИ ДНК, а) синдром Дауна б) синдромы Блума и Дауна в) пигментная ксеродерма, синдром Блума г) синдромы Дауна и ксеродермы д) тауродонтизм	в)	Биология
ОПК -13	ЗАЯЧЬЯ ГУБА И ВОЛЧЬЯ ПАСТЬ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ а) Эдварса б) Патау в) «Кошачьего крика» г) Дауна д) Клайнфельтера	б)	Биология
УК-1	ПРОЕКТ «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА» - ЭТО		Молекулярная

	а) изучение отдельных генов человека б) секвенирование геномов в) синтез новых ДНК г) получение новых генов д) получение генотипа каждого человека	д)	биология, генетические заболевания в стоматологии
УК-1	БОМБЕЙСКИЙ ФЕНОМЕН – ЭТО а) феномен наследования резус-фактора б) феномен наследования I-ой группы крови в) феномен наследования IV-ой группы крови г) феномен взаимодействия вещества-предшественника, детерминирующего гены А и В групп крови. д) феномен сцепленного наследования	г)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
УК-1	ФОРМУЛА $p^2 + 2pq + q^2 = 1$, ЛЕЖИТ ВОСНОВЕ МЕТОДА ИЗУЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА а) генеалогического метода б) популяционно-статистического метода в) цитогенетического метода г) метода Барра д) метода пальмоскопии	б)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
УК-1	СЦЕПЛЕННОЕ НАСЛЕДОВАНИЕ ПРИЗНАКОВОБУСЛОВЛЕНО а) локализацией генов, определяющих эти признаки, в одной хромосоме б) локализацией генов, определяющих эти признаки, в разных хромосомах в) локализацией генов, определяющих эти признаки, в материнских хромосомах г) локализацией генов, определяющих эти признаки, в отцовских хромосомах д) локализацией генов, определяющих эти признаки в аутосомах	в)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-4	НАСЛЕДОВАНИЕ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА а) дерматоглифики б) популяционно-статистического в) ДНК-диагностики г) генеалогического д) биохимического	г)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-4	ВЕЛИЧИНА КРОССИНГОВЕРА ОТРАЖАЕТ а) расстояние и силу сцепления между генами б) расстояние между генами в) силу сцепления между генами г) длину хромосомы д) диаметр хромосомы	в)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-4	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ ЗУБОВ, ИМЕЮЩИХ V- ОБРАЗНУЮ ФОРМУ КОРОНКИ, ВЫБЕРИТЕ МЕТОД а) ДНК-диагностики	г)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии

	б) популяционно-статистический в) метод Барра г) генеалогический д) биохимический		
ОПК-4	ПЕРВУЮ ГРУППУ КРОВИ МОЖНО ПЕРЕЛИВАТЬ а) только в первую группу крови б) только во вторую группу крови в) только в третью группу крови г) только в четвертую группу крови д) во все группы крови	д)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	ЗАБОЛЕВАНИЯ СЦЕПЛЕННЫЕ С Х-ПОЛОВОЙ ХРОМОСОМОЙ а) гемофилия и гипертрихоз б) гемофилия и гипоплазия эмали зубов в) дальтонизм и гипертрихоз г) ихтиоз и гипертрихоз д) гипоплазия и гипертрихоз	б)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	У ПАЦИЕНТА В ГЕНОТИПЕ 22 ПАРЫ АУТОСОМИ XXУ ПО ПОЛОВЫМ ХРОМОСОМАМ - ЭТО СИНДРОМ а) Шерешевского-Тернера б) Эдварса в) Клайнфельтера г) Энгельмана д) Дауна	в)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫЕ МУТАЦИИ ВЫЗЫВАЮТ ФАКТОРЫ а) ультрафиолетовое излучение б) лекарственные препараты в) вирусы г) возбудители опасных заболеваний д) радиоактивные вещества	д)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	СТРУКТУРНЫЕ АНОМАЛИИ ХРОМОСОМ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЛЕЦИЕЙ, ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ СИНДРОМОВ а) Прадера-Вилли, Вольфа-Хиршхорна б) Энгельмана и Дауна в) «Кошачьего крика» и Патау г) Миллера-Дикера и Эдварса д) Дауна и Патау	а)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	ПРИ СКРЕЩИВАНИИ ДВУХ МОНОГЕТЕРОЗИГОТ (Aa) НАБЛЮДАЕТСЯ РАСЩЕПЛЕНИЕ ПО ФЕНОТИПУ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ФОРМУЛЕ а) 1 : 1 б) 1 : 2 в) 3 : 1 г) 9 : 7 д) 9 : 3	в)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЯХ МОГУТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНЫ а) Сверхкомплектами зубами б) V-образными зубами	д)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии

	в) Прогенией и прогнатиейг) Тауродонтизм д) Смешанными вариантами		
ОПК-13	ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕФЕКТАМИСИСТЕМЫ РЕПАРАЦИИ ДНК, а) синдром Дауна б) синдромы Блума и Дауна в) пигментная ксеродерма, синдром Блума г) синдромы Дауна и ксеродермы д) тауродонтизм и диастемы	в)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	ЗАЯЧЬЯ ГУБА И ВОЛЧЬЯ ПАСТЬ ВЫЯВЛЯЮТСЯПРИ СИНДРОМЕ а) Эдварсаб) Патау в) «Кошачьего крика»г) Дауна д) Клайнфельтера	б)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЛЕЦИЕЙХРОМОСОМ а) Шерешевского-Тернера, «кошачьего крика»б) «Сверх женщины», Клайнфельтера, Патау в) Энгельмана, Прадера-Вилли, «кошачьего крика»г) Эдварса, Патау д) Клайнфельтера, Энгельмана	г)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА, НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ а) метод биохимический б) метод пальмоскопии в) генеалогический метод г) популяционно-статистическийд) секвенирование ДНК	в)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	ГЕНОТИПЫ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ БУДУТ СТРАДАТЬАПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ШЕРОХОВАТОЙ – (АУТОСОМНО- РЕЦЕССИВНОЕ НАСЛЕДОВАНИЕ) а) Аа, АА, Ввб) аа, вв, сс в) АА, вв, Ссг) Вв, аа, СС д) АА, ВВ, СС	б)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
ОПК-13	ПРОБАНД СТРАДАЕТ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ, ДОМИНАНТНЫЙ ГЕН КОТОРОЙ СЦЕПЛЕН С Х-ХРОМОСОМОЙ, БУДУТ ЛИ СТРАДАТЬ ЕГО ДОЧЕРИ, ЕСЛИ ЖЕНА ЗДОРОВА а) дочери будут носительницаб) дочери будут страдать ЭД г) сыновья будут страдать ЭД д) будут страдать ЭД и сыновья, и дочери	б)	Молекулярная биология, генетические заболевания в стоматологии
УК-1	КАКИЕ СТРУКТУРЫ ВХОДЯТ В СОСТАВКЛЕТОЧНОГО ЯДРА? А) кариолемма, кариоплазма, ядрышко, хроматин; Б) кариолемма, кариоплазма, ядрышко, хроматин,кариоскелет;	а)	Гистология, эмбриология, цитология- гистология полости рта

	В) кариолемма, кариоплазма, ламина, хроматин; Г) кариолемма, кариоплазма, ядрышко, хроматин, хромосомы, кариоскелет; Д) хроматин		
УК-1	ЭУХРОМАТИН – ЭТО А) деспирализованный, неактивный хроматин; Б) спирализованный, функционально активный хроматин; В) деспирализованный, функционально активный хроматин; Г) деспирализованный, фрагментированный хроматин; Д) хромосомы	в)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
УК-1	АПОПТОЗ – ЭТО А) физиологическая запрограммированная гибель клеток; Б) физиологическая запрограммированная гибель старых частей клеток; В) частичный (парциальный) некроз клеток; Г) физиологическая регенерация клеток; Д) репаративная регенерация	а)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
УК-1	ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ КЛЕТКИ? А) время от одного деления клетки до второго деления; Б) время от деления клетки до периода покоя; В) время от деления клетки до второго ее деления или смерти; Г) время от деления клетки до начала синтеза ДНК; Д) время дифференцировки	в)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
УК-1	КАК НАЗЫВАЮТСЯ ПРОЦЕССЫ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ ЗАРОДЫШ УСТАНАВЛИВАЕТ СВЯЗЬ С МАТКОЙ МАТЕРИ? А) гастрюляция, плацентация; Б) имплантация; плацентация; В) плацентация, гистогенез; Г) оплодотворение, плацентация;	б)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
ОПК-9	ИЗ КАКИХ ОБОЛОЧЕК СКЛАДЫВАЕТСЯ СТРУКТУРА ГЛАЗА? А) фиброзной (белочной), сосудистой и радужной; Б) фиброзной, сосудистой, слизистой; В) фиброзной, сосудистой, сетчатой; Г) адвентициальной, сосудистой и сетчатой; Д) только сетчатка	в)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
ОПК-9	КАКИЕ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОБОЛОЧЕК ВХОДЯТ В СОСТАВ СТЕНОК СЕРДЦА? А) слизистая, подслизистая, мышечная,	г)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости

	адвентициальная; Б) слизистая, мышечная, серозная; В) эндокард, миокард, эпикард, адвентициальная;Г) эндокард, миокард, эпикард Д) эндокард, миокард		рта
ПК-9	РАСПОЛОЖИТЕ ЗОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВОТ НАРУЖНЫХ СЛОЁВ К ВНУТРЕННИМ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ А) субкапсулярный слой, клубочковая, суданофобная, пучковая, сетчатая; Б) суданофобная, клубочковая, пучковая, сетчатая; В) сетчатая, клубочковая, пучковая, суданофобная; Г) пучковая, сетчатая, клубочковая, суданофобная; Д) сетчатая, клубочковая, пучковая	а)	Гистология, эмбриология, цитология- гистология полости рта
ОПК-9	КАКОЙ СТРУКТУРОЙ ЗАКАНЧИВАЮТСЯВОЗДУХОНОСНЫЕ ПУТИ БРОНХ? А) терминальной бронхиолой; Б) респираторной бронхиолой; В) дыхательной бронхиолой; Г) альвеолярной бронхиолой;Д) ацинусом	а)	Гистология, эмбриология, цитология- гистология полости рта
ОПК-9	КАКИЕ КЛЕТКИ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТРАХЕИ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ РЕГЕНЕРАЦИИ? А) реснитчатые;Б) эндокринные; В) безреснитчатые;Г) базальные Д) бокаловидные	г)	Гистология, эмбриология, цитология- гистология полости рта
ОПК-9	УКАЖИТЕ ФУНКЦИИ АЛЬВЕОЛОЦИТОВ II ТИПА А) респираторную (компонент аэро- гематическогобарьера. Б) синтез сурфактанта и ферментов для егорасщепления; В) хеморецепторную; Г) синтез сурфактанта, его секрция и обратное поглощение, камбий для альвеолярного эпителия;Д) депонируют кальций	г)	Гистология, эмбриология, цитология- гистология полости рта
ОПК-9	КАКОЙ СЛОЙ ОТСУТСТВУЕТ В ЭПИТЕЛИИТОНКОЙ КОЖИ ЧЕЛОВЕКА? А) роговой; Б) базальный; В) шиповатый; Г) блестящий;Д) зернистый	г)	Гистология, эмбриология, цитология- гистология полости рта
ОПК-9	ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕЛАНОЦИТОВ КОЖИ: А) иммунологическая, поддержание структуры эпидермальной	г)	Гистология, эмбриология, цитология- гистология полости

	<p>пролиферативной единицы (ЭПЕ.;Б) барьерно-защитная - специфическая дифференцировка в резистентные к внешним воздействиям роговые чешуйки; В) рецепторная, эндокринная; Г) внешнесекреторная и барьерно-защитная;Д) рецепторная</p>		рта
ОПК-9	<p>НА КАКОМ ОРИЕНТИРОВОЧНОМ УРОВНЕ КОРНЯ ВОЛОСА ПРЕКРАЩАЕТ СВОЁ СУЩЕСТВОВАНИЕ НАРУЖНОЕ КОРНЕВОЕВЛАГАЛИЩЕ? А) на уровне протока сальной железы;Б) на уровне протока потовой железы; В) не прерываясь, продолжается в ростковый слойэпидермиса Г) на уровне сосочкового и сетчатого слоев дермы;Д) на уровне сетчатого слоя и гиподермы</p>	б)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
ОПК-9	<p>ВКУСОВЫЕ ПОЧКИ ЯЗЫКА СОСТОЯТ ИЗСЛЕДУЮЩИХ ТИПОВ КЛЕТОК: -1. базальных, шиповатых, образующих синапсы с чувствительными нервными окончаниями; -2. поддерживающих, шиповатых, вкусовых; -3. поддерживающих, вкусовых, базальных; +4. поддерживающих, вкусовых, базальных, клеток, образующих синапсы с чувствительными нервными окончаниями.</p>	г)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
ОПК-9	<p>КАКОВ КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ СЕРОЗНЫХ КОНЦЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ? А) сероциты, миоэпителиоциты, гладкие миоциты;Б) сероциты, миоэпителиоциты; В) сероциты, мукоциты, миоэпителиоциты;Г) мукоциты, миоэпителиоциты; Д) сероциты</p>	б)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
ОПК-9	<p>НА КАКИХ СОСОЧКАХ ЯЗЫКА ИМЕЮТСЯВКУСОВЫЕ ПОЧКИ? А) нитевидные сосочки;Б) желобоватые; В) нитевидные, грибовидные, желобоватые; Г) грибовидные, листовидные, желобоватые.Д) всех</p>	г)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
ПК-18	<p>НА ЧЁМ ОСНОВАНО СВОЙСТВО ЦИТОСПЕКТРОФОТОМЕТРИИ? А) избирательноепоглощение веществами клеток и тканей лучей с определенной длиной волны; Б) избирательное испускание веществами клеток итканей лучей с определенной длиной волны;</p>	а)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта

	<p>В) способность клеток и тканей к различной отражательной способности светового потока;Г) способность клеток и тканей вызывать поляризацию светового потока;</p> <p>Д) Способность поглощать все световые лучи</p>		
ПК-18	<p>ТЕРМИН АРГЕНТОФИЛИЯ ОЗНАЧАЕТ</p> <p>А) способность структур окрашиваться солями серебра;</p> <p>Б) способность структур окрашиваться солями золота;</p> <p>В) способность гистологических структур фиксироваться солями серебра;</p> <p>Г) способность гистологических структур фиксироваться солями золота;</p> <p>Д) способность структур окрашиваться солями середра и золота</p>	а)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
ПК-18	<p>КАКОЙ ЗАРОДЫШЕВЫЙ ИСТОЧНИК РАЗВИТИЯСВОЙСТВЕНЕН ДЛЯ ПАРЕНХИМЫ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ?</p> <p>А) нейроэктодерма (нейрональные плакоды.;Б) мезодерма (дерматом.; В) кожная эктодерма ротовой полости;Г) мезенхима;</p> <p>Д) мезодерма</p>	в)	Гистология, эмбриология, цитология-гистология полости рта
УК-1	<p>1. ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕРВОБЫТНОГО ВРАЧЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) накопление и обобщение эмпирических знаний</p> <p>б) интернациональный характер врачевания</p> <p>в) выделение хирургии в самостоятельную область</p> <p>г) появление медицинских текстов</p> <p>д) появление врачей-профессионалов</p>	а)	История медицины
УК-1	<p>2. ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПЕРИОДА СУЩЕСТВОВАНИЯ РОДОВОЙ ОБЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) переливание крови</p> <p>б) ампутация конечностей</p> <p>в) трепанация черепа</p> <p>г) пересадка органов и тканей</p> <p>д) кесарево сечение</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>3. ВРАЧЕВАТЕЛИ ДРЕВНЕЙ МЕСОПОТАМИИ АСУ СВЯЗЫВАЛИ ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ</p> <p>а) со сверхъестественными причинами</p> <p>б) с естественными причинами</p> <p>в) с наказанием человека за грехи</p> <p>г) не объясняли причины возникновения</p>	б)	История медицины

	<p>болезней д) с вселением злых духов</p>		
УК-1	<p>4. НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) акупунктура б) йога в) точечный массаж г) прижигание д) закаливание</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>5. ПРИВИВАНИЕ ПРОТИВ ОСПЫ В ДРЕВНЕМ КИТАЕ (ВАРИОЛЯЦИЯ) ПРОИЗВОДИЛИСЬ ПУТЕМ</p> <p>а) втирания в кожу предплечья б) втирания в ноздри порошка из высушенных оспенных пустул в) непосредственного контакта с больным человеком г) контакта с зараженным животным д) вдыхания оспенных пустул в бане</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>6. «ОТЦОМ МЕДИЦИНЫ» В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ НАЗЫВАЛИ</p> <p>а) Эмпедокла из Акраганта б) Гиппократ II Великого в) Эврифона из Книда г) Праксагора д) Александра Македонского</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>7. НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ МЕДИКО-САНИТАРНОГО БЫТА ДРЕВНЕРУССКОГО ГОСУДАРСТВА ЯВЛЯЛИСЬ</p> <p>а) приюты для прокаженных б) водопровод в) паровые бани г) канализация д) цистерны</p>	в)	История медицины
УК-1	<p>8. ФИЛОСОФСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ, ОКАЗАВШЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ В СРЕДНЕВЕКОВОЙ ЕВРОПЕ</p> <p>а) агностицизм б) схоластика в) идеализм г) материализм д) марксизм</p>	б)	История медицины
УК-1	<p>9. ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР (НАРКОМЗДРАВ) СФОРМИРОВАЛАСЬ В</p> <p>а) 1905 г. б) 1936 г. в) 1918 г. г) 1945 г. д) 1991 г.</p>	в)	История медицины

УК-1	10. ПЕРВЫМ В МИРЕ ВРАЧОМ-КОСМОНАВТОМ БЫЛ а) А. Л. Мясников в) Ю. А. Гагарин б) А. А. Леонов г) Б. Б. Егоров д) Д. Амстронг	г)	История медицины
УК-5	11. ДЛЯ ГОМИНИДНОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНЫ а) бипедия; б) труд; в) институт брака; г) социальное взаимодействие; д) речь, интеллект.	а)	История медицины
УК-5	12. ВРАЧЕВАТЕЛИ ДРЕВНЕЙ МЕСОПОТАМИИ ПЕРЕД ТЕМ, КАК ПРИСТУПИТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНОГО а) брали у больного анализы б) собирали анамнез в) читали молитву г) объявляли прогноз д) брали гонорар	г)	История медицины
УК-5	13. ОСОБЕННОСТЬЮ ЗАУПОКОЙНОГО КУЛЬТА ДРЕВНЕГО ЕГИПТА ЯВЛЯЛОСЬ а) бальзамирование умерших б) мацерация умерших в) кремация умерших г) традиционное захоронение д) воздушное захоронение	а)	История медицины
УК-5	14. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОВЯЗКА, НАКЛАДЫВАЕМАЯ НА ОБЛАСТЬ ЧЕРЕПА, ДО СИХ ПОР ПРИМЕНЯЕМАЯ В ХИРУРГИИ а) «косынка Везалия» б) «платок Праксагора» в) «шапка Гиппократ» г) «убор Эврифена» д) приспособление Асклепия	в)	История медицины
УК-5	15. НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ДРЕВНЕЙ РУСИ РАЗВИВАЛАСЬ В ТЕСНОЙ СВЯЗИ С а) языческими верованиями в) традициями христианства б) античными традициями г) традициями исламского мира д) античными и исламскими традициями	а)	История медицины
УК-5	16. ВЕЛИКИЙ УЧЕНЫЙ-ЭНЦИКЛОПЕДИСТ СРЕДНЕВЕКОВОГО ВОСТОКА, АВТОР ТРУДА «КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» а) Ибн ал-Хайсам б) Ибн Ильяс	г)	История медицины

	<p>в) Ал-Захрави г) Ибн Сина д) Ал-Рази</p>		
УК-5	<p>17. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ НАУЧНОЙ АНАТОМИИ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ</p> <p>а) Николаса Ван Тюльпа б) Андреаса Везалия в) Фредерика Рюйша г) Н. И. Пирогова д) И.П. Павлова</p>	б)	История медицины
УК-5	<p>18. АНГЛИЙСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ – ЭДВАРД ДЖЕННЕР ВОШЕЛ В ИСТОРИЮ МИКРОБИОЛОГИИ КАК ОСНОВОПОЛОЖНИК МЕТОДА</p> <p>а) инокуляции б) вариоляции в) вакцинации г) пальпации д) перкуссии</p>	в)	История медицины
УК-5	<p>19. ОСНОВЫ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЗАЛОЖИЛ ВЕЛИКИЙ АНАТОМ И ХИРУРГ</p> <p>а) Н. М. Максимович-Амбодик б) П. А. Загорский в) И. В. Буяльский г) Н. И. Пирогов д) Н.И. Мухин</p>	г)	История медицины
УК-5	<p>20. УЧЕНЫЙ, ВОЗГЛАВИВШИЙ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПЕНИЦИЛЛИНА, СПАСШЕГО ЖИЗНИ ДЕСЯТКОВ ТЫСЯЧ СОЛДАТ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</p> <p>а) З. В. Ермольева б) Ф. А. Андреев в) В. А. Мартынова г) А. Е. Ландштайнер д) Н.Н. Бурденко</p>	а)	История медицины
УК-1	<p>НОРМАТИВНАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ РАССМАТРИВАЕТ</p> <p>а) теоретико-методический подход к исследованию экономического явления б) общие нормативные законы развития природы, общества и человеческого развития в) теоретическую структуру, создающую упрощенную картину экономической реальности г) оценочные суждения относительно того, как должно быть и что делать д) вопросы организации производственного процесса по нормам и правилам, утвержденным на локальном</p>	г)	Экономика

	уровне		
УК-10	<p>К МИКРОЭКОНОМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) объем производства внутреннего продукта страны</p> <p>б) объем производства национального продукта страны</p> <p>в) численность работающего населения в стране</p> <p>г) уровень инфляции</p> <p>д) объем производства медицинских халатов и динамика изменения цен на них</p>	д)	Экономика
УК-1	<p>АКЦИЯ – ЭТО ЦЕННАЯ БУМАГА</p> <p>а) свидетельствующая о займе денег</p> <p>б) свидетельствующая о внесении пая в акционерное общество</p> <p>в) свидетельствующая о внесении пая в общество с ограниченной ответственностью</p> <p>г) свидетельствующая о внесении денег на депозитный счет в банке</p> <p>д) свидетельствующая о внесении пая в унитарное предприятие</p>	б)	Экономика
УК-10	<p>ПОВЫШЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ ЦЕНЫ НА ПРОДУКЦИЮ КРУПНОЙ ФИРМОЙ НА РЫНКЕ ОЛИГОПОЛИСТИЧЕСКОЙ КОНКУРЕНЦИИ</p> <p>а) приведет к увеличению прибыли данной фирмы</p> <p>б) окажет влияние на объем продаж и прибыль фирм конкурентов</p> <p>в) окажет влияние на объем продаж данной фирмы</p> <p>г) окажет влияние на издержки поставщиков данной фирмы</p> <p>д) окажет влияние на доход собственников данной фирмы</p>	б)	Экономика
УК-1	<p>СОБСТВЕННИКОМ ИМУЩЕСТВА АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) акционер, как владелец фирмы</p> <p>б) корпорация, как юридическое лицо</p> <p>в) владелец контрольного пакета акций</p> <p>г) совет директоров, как руководящий орган акционерного общества</p> <p>д) трудовой коллектив акционерного общества</p>	б)	Экономика
УК-1	<p>ЕСЛИ РЫНОЧНАЯ ЦЕНА НА ТОВАР УСТАНОВЛЕНА НИЖЕ РАВНОВЕСНОЙ ЦЕНЫ</p> <p>а) возникает дефицит этого товара</p> <p>б) появляется избыток этого товара</p> <p>в) формируется рынок покупателей</p> <p>г) падает спрос на ресурсы для</p>	а)	Экономика

	производства этого товара д) производство этого товара становится не эффективным		
УК-1	ВЕРТИКАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВА ПРЕДПОЛАГАЕТ а) объединение в одной фирме предприятий одной отрасли б) объединение в одной фирме предприятий единой производственной цепочки в) создание единого фонда г) создание холдинга д) создание коммандитного товарищества	б)	Экономика
УК-10	ЕСЛИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ЦЕНЫ НА ТОВАР ИЛИ УСЛУГУ, МОЖНО НЕ УЧИТЫВАТЬ ДЕЙСТВИЯ КОНКУРЕНТОВ, ТО ЭТО РЫНОК а) монополии б) монополистической конкуренции в) совершенной конкуренции г) олигополии д) олигопсонии	а)	Экономика
УК-10	ПРИБЫЛЬ ПРЕДПРИЯТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ а) выручка от реализации продукции плюс издержки производства б) выручка от реализации продукции минус налог на добавленную стоимость в) выручка от реализации продукции минус издержки производства г) издержки производства плюс налог на добавленную стоимость д) выручка от реализации продукции делится на издержки производства	в)	Экономика
УК-1	МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОТНОСИТСЯ а) к чистым общественным благам б) к квазиобщественным благам в) к чистым частным благам г) к государственным благам д) к общим благам	б)	Экономика
УК-10	ЕСЛИ ДВА ТОВАРА ЯВЛЯЮТСЯ ТОВАРАМИ СУБСТИТУТАМИ, ТО РОСТ ЦЕНЫ НА ПЕРВЫЙ ТОВАР ВЫЗОВЕТ а) падение спроса на второй товар б) рост спроса на второй товар в) падение предложения второго товара г) изменение качества второго товара д) изменение технологии изготовления первого товара	б)	Экономика
УК-1	ЗАКОН ПРЕДЛОЖЕНИЯ ВЫРАЖАЕТ а) обратную связь между ценой и	в)	Экономика

	<p>количеством продаваемого товара</p> <p>б) зависимость количества продаваемого товара от уровня инноваций</p> <p>в) прямую связь между ценой и количеством продаваемого товара</p> <p>г) зависимость количества продаваемого товара от уровня издержек производства</p> <p>д) зависимость количества продаваемого товара от уровня доходов потребителей</p>		
УК-1	<p>СТОРОННИКИ ПРОТЕКЦИОНИЗМА УТВЕРЖДАЮТ, ЧТО ПОШЛИНЫ, КВОТА И ДРУГИЕ ТОРГОВЫЕ БАРЬЕРЫ НЕОБХОДИМЫ</p> <p>а) для защиты молодых отраслей от иностранной конкуренции</p> <p>б) для увеличения занятости населения внутри страны</p> <p>в) для обеспечения обороны страны</p> <p>г) для сбалансированности торгового баланса страны</p> <p>д) для развития экспорта товаров и услуг</p>	б)	Экономика
УК-1	<p>ИНФЛЯЦИЯ УХУДШАЕТ ФИНАНСОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>а) тех, кто имеет фиксированный доход</p> <p>б) тех, кто вложил деньги в недвижимость</p> <p>в) работников коммерческих организаций</p> <p>г) работников бюджетных организаций</p> <p>д) тех, кто имеет не фиксированный доход</p>	а)	Экономика
УК-1	<p>ДЛЯ ФАЗЫ СПАДА ЭКОНОМИЧЕСКОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) уменьшение уровня инвестиций</p> <p>б) уменьшение государственных расходов</p> <p>в) увеличение процентных ставок по кредитам</p> <p>г) увеличение уровня безработицы</p> <p>д) сокращение товарно-материальных запасов</p>	г)	Экономика
УК-1	<p>К ЭКЗОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ЦИКЛИЧНОЕ РАЗВИТИЕ ЭКОНОМИКИ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) уровень инфляции и безработицы</p> <p>б) наводнение, засуха и прочие природные катаклизмы</p> <p>в) уровень минимальной заработной платы и минимального прожиточного минимума</p> <p>г) уровень внутреннего и национального продукта</p> <p>д) величина процентных ставок по кредитам и депозитам</p>	б)	Экономика
УК-10	<p>К КОСВЕННЫМ НАЛОГАМ ОТНОСИТСЯ</p>	в)	Экономика

	<p>а) налог на доходы с физических лиц б) налог на прибыль в) налог на добавленную стоимость г) налог на землю д) налог на имущество юридических лиц</p>		
УК-10	<p>К ДЕНЕЖНО-КРЕДИТНОЙ ПОЛИТИКЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) контроль над уровнем минимальной заработной платы б) контроль над уровнем инфляции в) контроль над уровнем безработицы г) антимонопольный контроль д) контроль над денежной массой у населения</p>	д)	Экономика
УК-10	<p>В ОСНОВЕ БЮДЖЕТНОГО УСТРОЙСТВА ЛЕЖИТ ПРИНЦИП</p> <p>а) бюджетного суверенитета б) бюджетного централизма в) фискального федерализма г) национального приоритета д) всеобщего равенства</p>	в)	Экономика
УК-10	<p>ПРИНЦИП ЕДИНСТВА В ПОСТРОЕНИИ БЮДЖЕТА ОЗНАЧАЕТ</p> <p>а) что все доходы и расходы объединяются в один бюджет б) что устанавливается единый налог в) что расходы осуществляются в соответствии с единой политикой г) что статьи бюджета нельзя изменять и дополнять д) что ежегодно планируются одни и те же суммы по доходам и расходам</p>	а)	Экономика
УК-1	<p>1. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКЕ НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ:</p> <p>а) обобщённая, б) не ограничена в материалах, в) конкретна, г) основной метод – эксперимент д) рациональна,</p>	г)	Психология, педагогика
УК-3	<p>2. ПОНЯТИЕ «СИЛА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ» ОЗНАЧАЕТ:</p> <p>а) свойство нервной системы, характеризующееся преобладанием процессов возбуждения над процессами торможения б) свойство нервной системы, характеризующееся преобладанием процессов торможения над процессами возбуждения в) свойство нервной системы, определяющее работоспособность клеток</p>	в)	Психология, педагогика

	<p>кору, их выносливость г) свойство нервной системы, определяющее скорость, с которой происходит смена одного нервного процесса другим д) все ответы верны</p>		
УК-4	<p>3. КОММУНИКАЦИЯ ЭТО - а) взаимодействие людей, имеющих общие или взаимозаменяющие интересы, либо потребности. б) зрительно воспринимаемые движения другого человека, выполняемые выразительно-регулятивную функцию в) отношение к поступающей информации. г) пробуждение интереса собеседника д) способность донести до собеседника значимые логические доводы</p>	а)	Психология, педагогика
УК-9	<p>4. ИНКЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ: а) форму сотрудничества; б) недоверие в) к частный случай интеграции; г) стиль поведения д) все ответы верны</p>	в)	Психология, педагогика
ОПК-1	<p>5. ЧТО СВОЙСТВЕННО МАНИПУЛЯТОРНОМУ СТИЛЮ ОБЩЕНИЯ? а) имеет тайный характер намерений; б) вид психологического воздействия, используемый для достижения одностороннего порядка; в) предполагает ясность внутренних приоритетов; г) используется духовно зрелыми речевыми партнерами; д) все ответы верны</p>	б)	Психология, педагогика
ОПК-2	<p>6. ЧЕМ ОБУСЛАВЛИВАЕТСЯ ОБРАЗ ЗДОРОВЬЯ? а) индивидуумом б) указом президента в) клиническими рекомендациями г) мнением врачебного сообщества</p>	а)	Психология, педагогика
УК-1	<p>7. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ «СЛАБЫМ ЗВЕНОМ» ИСТЕРОИДНОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ: а) вынужденное одиночество, б) недостаток внимания к его персоне, в) грубое обращение, г) необходимость выступать перед большой аудиторией</p>	б)	Психология, педагогика

	д) все ответы верны		
УК-3	8. К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ: 1. а) наличие цели 2. б) наличие бессознательного 3. в) наличие притязаний 4. г) наличие самооценки 5. д) все ответы верны	в)	Психология, педагогика
УК-4	КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО? а) Способность устанавливать необходимые контакты с другими людьми. б) Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми для лучшего взаимодействия. в) Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. г) отношение к поступающей информации. д) пробуждение интереса собеседника д) способность донести до собеседника значимые логические доводы	в)	Психология, педагогика
УК-9	10. ГУМАНИТАРНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПАРАДИГМА ОПРЕДЕЛЯЕТ ЯДРОМ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ а) обучаемого, усваивающего фрагменты социального опыта б) учащегося, не имеющего ограничений в здоровье, усваивающего моральные нормы и принципы в) человека, учащего и воспитывающего себя г) все ответы верны	в)	Психология, педагогика
ОПК-1	11. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО, ВСТАВИВ ВЕРНОЕ: ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ПРИ ОБЩЕНИИ ОРИЕНТИРУЕТСЯ ТОЛЬКО НА ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ, КОТОРЫЕ ЕМУ ДИКТУЕТ ЕГО СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, И ИГНОРИРУЕТ СВОИ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ТО МЫ ИМЕЕМ ДЕЛО С ... ОБЩЕНИЕМ. а) личностным б) деловым в) ролевым г) межличностным д) все ответы верны	в)	Психология, педагогика
ОПК-2	12. СТРЕСС — ЭТО	г)	Психология,

	<p>а) подготовка организма к размножению б) истощение сил организма в) часть процесса пищеварения г) мобилизация организма в условиях опасности</p>		педагогика
УК-1	<p>13. КАКИЕ ТЕЗИСЫ ОТНОСЯТСЯ К ПОЛОЖЕНИЯМ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: а) ...человек, его права, свобода, индивидуальность – вот высшие ценности, б) личность – это сумма обусловленных реакций, в) основу психической жизни человека составляют неосознаваемые влечения и потребности, г) основными методами обучения являются поощрение и наказание,</p>	а)	Психология, педагогика
УК-3	<p>14. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ ЖЕЛАЕМОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: а) целью б) символом в) значком г) значением д) все ответы верны</p>	г)	Психология, педагогика
УК-4	<p>15. ВИДЫ ОБЩЕНИЯ: а) вербальное б) косвенное в) достоверное. г) невербальное д) все ответы верны</p>	а)	Психология, педагогика
УК-9	<p>16. ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПО ЗРЕНИЮ, В ЦЕЛЯХ ДОСТУПНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОБЕСПЕЧИВАЮТ: а) адаптацию официальных сайтов организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в сети Интернет с учетом особых потребностей инвалидов по зрению с приведением их к международному стандарту доступности веб-контента и веб-сервисов (WCAG) б) обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации в) локальное понижение стоек-барьеров до высоты не более 0,8 м</p>	а)	Психология, педагогика

	г) все ответы верны		
ОПК-1	17. ЧТО БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СУЩЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ ВНУШЕНИЯ: а) не критическое восприятие информации б) недоверие в) критичность г) эмпатия д) все ответы верны	а)	Психология, педагогика
ОПК-2	18. ОПРЕДЕЛИТЕ ЭЛЕМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: а) активный отдых; закаливание организма; раздельное питание; гигиена труда; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений; б) двигательный режим; закаливание организма; рациональное питание; гигиена труда и отдыха; личная и общественная гигиена; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений; в) двигательный режим; молочное питание; гигиена труда и отдыха; личная и общественная гигиена; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений; г) двигательный режим; закаливание организма; вегетарианское питание; гигиена тела; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений	б)	Психология, педагогика
УК-1	19. КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ОЩУЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ: ТЕМПЕРАТУРА ПОМЕЩЕНИЙ ОКРАШЕННЫХ В ХОЛОДНЫЕ ТОНА ВОСПРИНИМАЕТСЯ НА 3-5 С НИЖЕ, ЧЕМ НА САМОМ ДЕЛЕ а) адаптация, б) сенсбилизация, в) взаимодействие ощущений, г) синестезия, д) специфическая сенсорная организация.	а)	Психология, педагогика
УК-4	20. КАКИЕ БЫВАЮТ ВИДЫ КОНТРСУГГЕСТИИ, КОТОРЫЕ ВСТАЮТ НА ПУТИ КОММУНИКАЦИИ а) избегание б) авторитет в) убеждение. г) все ответы верны	в)	Психология, педагогика
УК – 7	ПОД ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПОНИМАЕТСЯ: а) педагогический процесс по физическому совершенствованию человека; б) регулярные занятия физическими	в)	Физическая культура и спорт

	упражнениями, закаливание организма; в) достижения общества, отражающие физическое и духовное развитие человека.		
УК – 7	К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ: а) нормативы и требования государственных программ; б) показатели телосложения; в) показатели телосложения, здоровья и развития физических качеств; г) единая спортивная классификация; д) показатели здоровья	в)	Физическая культура и спорт
УК – 7	ПРОЦЕСС, НАПРАВЛЕННЫЙ НА РАЗНОСТОРОННЕЕ ВОСПИТАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ЧЕЛОВЕКА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ФОРМИРОВАНИЕ С ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ФИЗИЧЕСКИ КРЕПКОГО МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ С ГАРМОНИЧНЫМ РАЗВИТИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ: а) общей физической подготовкой; б) специальной физической подготовкой; в) гармонической физической подготовкой; г) прикладной физической подготовкой.	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	СОВОКУПНОСТЬ УПРАЖНЕНИЙ, ПРИЕМОВ И МЕТОДОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБУЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И ДРУГИМ УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ, А ТАКЖЕ ИХ ДАЛЬНЕЙШЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК: а) тренировка; б) методика; в) система знаний; г) педагогическое воздействие.	б)	Физическая культура и спорт
УК – 7	ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ: а) правильно организованный и воспроизводимый алгоритм движений; б) использование природных сил для восстановления организма; в) стабильно высокие результаты, получаемые на тренировках.	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ: а) определенную часть культуры человека; б) учебную активность; в) культуру здорового духа и тела.	а)	Физическая культура и спорт

УК – 7	<p>ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА:</p> <p>а) положительное, если эти упражнения выполняются регулярно, в правильном темпе, верной последовательности, а занимающийся не имеет противопоказаний, исключающих данные занятия;</p> <p>б) нейтральное, даже если заниматься усердно;</p> <p>в) положительное, только в случае, если заниматься ими на пределе своих физических возможностей.</p>	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>ТАК НАЗЫВАЕМОЕ “ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ” НАСТУПАЕТ:</p> <p>а) когда организм перестраивается в соответствии с нагрузками и в кровь начинает поступать достаточное количество кислорода;</p> <p>б) когда мышцы входят в удобный ритм работы;</p> <p>в) когда мозг и мышцы привыкают к действующим нагрузкам.</p>	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ СПОРТА СЧИТАЕТСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМ:</p> <p>а) гимнастика</p> <p>б) волейбол</p> <p>в) борьба</p> <p>г) лыжные гонки</p> <p>д) бокс</p>	г)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>НАЗОВИТЕ БАЗОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ РУК И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА:</p> <p>а) поднятие ног и таза лежа на спине</p> <p>б) повороты и наклоны туловища</p> <p>в) отжимание</p> <p>г) пряжки</p> <p>д) бег</p>	в)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>НАЗОВИТЕ БАЗОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ НОГ:</p> <p>а) прыжки</p> <p>б) сгибание и разгибание рук в упоре лёжа</p> <p>в) подтягивание в висе</p> <p>г) бег</p> <p>д) повороты туловища</p>	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	<p>КАКИЕ ПРИЕМЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ РАССЛАБЛЕНИЯ МЫШЦ:</p> <p>а) удары по напряжённой мышце</p> <p>б) произвольное расслабление отдельных мышц</p> <p>в) бег</p>	д)	Физическая культура и спорт

	г) статическое напряжение д) сочетающие расслабления одних мышц с напряжением других		
УК – 7	НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ ТУЛОВИЩА (СПИНЫ И БРЮШНОГО ПРЕССА): а) поднимание верхней части туловища в положении лёжа на спине б) поднимание ног и таза лёжа на спине в) прыжки г) подтягивание в виси на перекладине д) бег	а)	Физическая культура и спорт
УК – 7	В ЧЁМ СУЩЕСТВЕННАЯ РАЗНИЦА МЕЖДУ ПОПЕРЕМЕННЫМ И ОДНОВРЕМЕННО ДВУХШАЖНЫМ ХОДАМИ: а) в длине скользящего шага б) в маховом выносе ноги в) в подседании перед толчком ногой г) в работе рук д) нет разницы	г)	Физическая культура и спорт
УК – 7	ПРИ СПУСКЕ С ГОРЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАДЕНИЯ ЛЫЖНИКА ЯВЛЯЕТСЯ: а) сгибание ног в коленях б) чрезмерный наклон туловища вперед в) выставление вперед одной лыжи г) неровная лыжня д) свежий снег	б)	Физическая культура и спорт
УК – 7	КАКИЕ ВИДЫ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЛЁГКАЯ АТЛЕТИКА: а) ходьбу и бег б) прыжки и метания в) многоборье г) опорные прыжки д) повороты туловища	в)	Физическая культура и спорт
УК – 7	ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕХНИКА БЕГА НА КОРОТКИЕ ДИСТАНЦИИ ОТ ТЕХНИКИ БЕГА НА СРЕДНИЕ И ДЛИННЫЕ ДИСТАНЦИИ: а) наклоном головы б) постановкой стопы на дорожку в) углом отталкивания ногой от дорожки г) работой рук д) наклоном туловища	б)	Физическая культура и спорт
УК – 7	ЧТО ОЗНАЧАЕТ СЛОВО БАСКЕТБОЛ: а) корзина б) площадка в) корзина-мяч г) мяч д) зона	в)	Физическая культура и спорт
УК – 7	МАТЧ СОСТОИТ ИЗ: а) двух таймов по 20 минут	б)	Физическая культура и спорт

	<p>б) четырех таймов по 10 минут в) трех таймов по 15 минут г) два тайма по 10 минут д) один тайм 40 минут</p>		
УК – 7	<p>ТЕХНИКА ВЛАДЕНИЯ МЯЧОМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ: а) ловлю, остановки, повороты, ведение мяча б) передачи мяча, броски в корзину, ловлю, остановки, повороты в) ловлю, передачи, ведение мяча, броски в корзину г) передачи, броски в корзину д) повороты, ведение мяча</p>	в)	Физическая культура и спорт
УК-1	<p>1.ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРАВОВОЙ АКТ ВОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ а) «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» б) «О медицинском страховании граждан в РФ»в) « О донорстве крови и ее компонентов» г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» д) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»</p>	г)	Правоведение
УК-1	<p>2. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СУЩЕСТВУЮЩИЕ В РФ а) государственная б) частная, государственная в) муниципальная г) государственная, частная, муниципальнаяд)частная, муниципальная</p>	г)	Правоведение
УК-1	<p>3. МОРАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТ ПРАВОВОГО ОТЛИЧАЕТ а) свобода выбора действия б) произвольность мотива деятельностив) уголовная безнаказанность г) социальное одобрение д) наличие денежной заинтересованности</p>	а)	Правоведение
УК-1	<p>4. К ЛИЧНЫМ ПРАВАМ, ЗАКРЕПЛЕННЫМ ВКОНСТИТУЦИИ РФ, ОТНОСЯТСЯ а) право на жизнь б) право участвовать в управлении делами государства в) право на отдых г) право на жилище д) право на охрану здоровья и медицинскую помощь</p>	а)	Правоведение
УК-1	<p>5. К ПОЛНОМОЧИЯМ</p>		Правоведение

	<p>ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) осуществление мер по обеспечению законности</p> <p>б) осуществление управления муниципальной собственностью</p> <p>в) назначение референдума в порядке, установленном федеральным конституционным законом</p> <p>г) назначение на должность Генерального прокурора Российской Федерации</p> <p>д) назначение выборов</p>	б)	
УК-1	<p>6. РЕШЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ОГРАНИЧЕННО ДЕЕСПОСОБНЫМ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РФ ПРИНИМАЕТ</p> <p>а) суд общей юрисдикции</p> <p>б) орган опеки и попечительства</p> <p>в) врачебная экспертиза по месту жительства лица</p> <p>г) наркологический диспансер</p> <p>д) лечащий врач</p>	а)	Правоведение
УК-1	<p>7. ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) информация о состоянии здоровья пациента</p> <p>б) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента, а также сведения при тяжелом состоянии больного в отношении его самого</p> <p>в) информация о факте обращения за медицинской помощью</p> <p>г) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента</p> <p>д) информация о факте обращения за медицинской помощью и о диагнозе</p>	б)	Правоведение
УК-1	<p>8. УСЛОВИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ИМУЩЕСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЛПУ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА</p> <p>а) противоправность действия (бездействия), грубые деонтологические нарушения, причинение вреда жизни и здоровью пациента</p> <p>б) грубые деонтологические нарушения</p> <p>в) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и</p>	в)	Правоведение

	<p>здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом</p> <p>г) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом, вина медицинского учреждения</p> <p>д) вина медицинского учреждения</p>		
УК-1	<p>9.ВИДЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, ЗА КОТОРЫЕ НАСТУПАЕТ УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</p> <p>а) неоказание помощи больному, причинение смерти по неосторожности, незаконное производство аборта, причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>б) причинение легкой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>в) причинение средней или легкой тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>г) причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью (казус)</p>	а)	Правоведение
УК-1	<p>10.ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В СЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ В ВИНУ ВРАЧА</p> <p>а) когда тяжкий вред наступил из-за того, что пациент скрыл важную для лечения информацию</p> <p>б) когда врач умышленно причинил вред пациенту</p> <p>в) когда врач поставил неверный диагноз из-за недостатка диагностических мероприятий</p> <p>г) когда врач нарушил врачебную тайну</p> <p>д) когда тяжкий вред наступил из-за несвоевременного оказания помощи</p>	в)	Правоведение
УК-1	<p>1.ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРАВОВОЙ АКТ ВОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</p> <p>а) «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»</p> <p>б) «О медицинском страховании граждан в РФ» в) «О донорстве крови и ее компонентов»</p> <p>г) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»</p> <p>д) «О санитарно-эпидемиологическом</p>	г)	Правоведение

	благополучии населения»		
УК-1	2. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СУЩЕСТВУЮЩИЕ В РФ а) государственная б) частная, государственная муниципальная г) государственная, частная, муниципальная д) частная, муниципальная	г)	Правоведение
УК-1	3. МОРАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТ ПРАВОВОГО ОТЛИЧАЕТ а) свобода выбора действия б) произвольность мотива деятельности в) уголовная безнаказанность г) социальное одобрение д) наличие денежной заинтересованности	а)	Правоведение
УК-1	4. К ЛИЧНЫМ ПРАВАМ, ЗАКРЕПЛЕННЫМ В КОНСТИТУЦИИ РФ, ОТНОСЯТСЯ а) право на жизнь б) право участвовать в управлении делами государства в) право на отдых г) право на жилище д) право на охрану здоровья и медицинскую помощь	а)	Правоведение
УК-1	5. К ПОЛНОМОЧИЯМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ а) осуществление мер по обеспечению законности б) осуществление управления муниципальной собственностью в) назначение референдума в порядке, установленном федеральным конституционным законом г) назначение на должность Генерального прокурора Российской Федерации д) назначение выборов	б)	Правоведение
УК-1	6. РЕШЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ОГРАНИЧЕННО ДЕеспособным в соответствии с нормами Гражданского кодекса РФ ПРИНИМАЕТ а) суд общей юрисдикции б) орган опеки и попечительства в) врачебная экспертиза по месту жительства лица г) наркологический диспансер д) лечащий врач	а)	Правоведение
УК-1	7. ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ СОСТАВЛЯЮТ а) информация о состоянии здоровья пациента б) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения,	б)	Правоведение

	<p>полученные при обследовании и лечении пациента, а также сведения при тяжелом состоянии больного в отношении его самого</p> <p>в) информация о факте обращения за медицинской помощью</p> <p>г) информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента</p> <p>д) информация о факте обращения за медицинской помощью и о диагнозе</p>		
УК-1	<p>8. УСЛОВИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ИМУЩЕСТВЕННАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЛПУ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА</p> <p>а) противоправность действия (бездействия), грубые деонтологические нарушения, причинение вреда жизни и здоровью пациента</p> <p>б) грубые деонтологические нарушения</p> <p>в) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом</p> <p>г) противоправность действия (бездействия), причинение вреда жизни и здоровью пациента, явный умысел, причинная связь между противоправным действием и возникшим вредом, вина медицинского учреждения</p> <p>д) вина медицинского учреждения</p>	в)	Правоведение
УК-1	<p>9. ВИДЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, ЗА КОТОРЫЕ НАСТУПАЕТ УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</p> <p>а) неоказание помощи больному, причинение смерти по неосторожности, незаконное производство аборта, причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>б) причинение легкой степени тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>в) причинение средней или легкой тяжести вреда здоровью по неосторожности</p> <p>г) причинение тяжелой степени тяжести вреда здоровью (казус)</p>	а)	Правоведение
УК-1	<p>10. ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В СЛЕДСТВИЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ</p>		Правоведение

	<p>ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ ВВЕРЯЮТ В ВИНУ ВРАЧА</p> <p>а) когда тяжкий вред наступил из-за того, что пациент скрыл важную для лечения информацию</p> <p>б) когда врач умышленно причинил вред пациенту</p> <p>в) когда врач поставил неверный диагноз из-за недостатка диагностических мероприятий</p> <p>г) когда врач нарушил врачебную тайну</p> <p>д) когда тяжкий вред наступил из-за несвоевременного оказания помощи</p>	в)	
ОПК-8	<p>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ БЕЛКОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА</p> <p>а) - COOH</p> <p>б) – NH₄⁺</p> <p>в) - SH</p> <p>г) – NH₂</p> <p>д) <i>n</i>-гидроксифенильная</p>	г)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ БЕЛКОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КИСЛОТНЫЕ СВОЙСТВА</p> <p>а) – COO⁻</p> <p>б) – NH₂</p> <p>в) - OH</p> <p>г) - CONH₂</p> <p>д) - COOH</p>	д)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>ПЕРВИЧНАЯ СТРУКТУРА ПЕПТИДОВ И БЕЛКОВ ОБРАЗОВАНА СВЯЗЯМИ</p> <p>а) сложноэфирными</p> <p>б) водородными</p> <p>в) тиоэфирными</p> <p>г) пептидными</p> <p>д) дисульфидными</p>	г)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА, НЕ ОТНОСЯЩАЯСЯ К СТРУКТУРЕ КОЛЛАГЕНОВОЙ СПИРАЛИ</p> <p>а) левозакрученная</p> <p>б) менее вытянутая</p> <p>в) менее закрученная</p> <p>г) спираль состоит из 3 α-цепей</p> <p>д) высокое содержание глицина, пролина, гидроксипролина</p>	б)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>КАЖДАЯ ТРЕТЬЯ АМИНОКИСЛОТА В МОЛЕКУЛЕ КОЛЛАГЕНА</p> <p>а) глицин</p> <p>б) аланин</p> <p>в) валин</p> <p>г) пролин</p> <p>д) гидроксипролин</p>	а)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>ФУНКЦИЯ БЕЛКА КОЛЛАГЕНА</p> <p>а) защитная</p>	б)	Химия в современной стоматологии

	б) структурная в) каталитическая г) транспортная д) регуляторная		
ОПК-8	В ПРОЦЕССЕ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ УЧАСТВУЮТ а) Na^+ б) K^+ в) Ca^{2+} г) Mg^{2+} д) Fe^{3+}	в)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	МЕХАНИЗМ РЕАКЦИИ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ а) радикальное присоединение б) радикальное замещение в) электрофильное замещение г) нуклеофильное замещение д) элиминирование	б)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	ЦВЕТ БИУРЕТОВОЙ РЕАКЦИИ НА ПЕПТИДЫ И БЕЛКИ а) красный б) синий в) зеленый г) черный д) желтый	б)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	КСАНТОПРОТЕИНОВАЯ ПРОБА НА БЕЛОК ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ АМИНОКИСЛОТЫ а) глицин б) аспарагин в) цистеин г) тирозин д) валин	г)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	НАИБОЛЕЕ ТРУДНО РАСТВОРИМЫМ ФОСФАТОМ КАЛЬЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) $\text{Ca}(\text{H}_2\text{PO}_4)_2$ ($K_s=1,0 \cdot 10^{-3}$) б) $\text{Ca}(\text{HPO}_4)$ ($K_s=2,7 \cdot 10^{-7}$) в) $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$ ($K_s=2,0 \cdot 10^{-29}$) г) $\text{Ca}_4\text{H}(\text{PO}_4)_3$ ($K_s=1,3 \cdot 10^{-47}$) д) $\text{Ca}_5(\text{PO}_4)_3\text{OH}$ ($K_s=1,6 \cdot 10^{-58}$)	д)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	ДЛЯ УСВОЕНИЯ КАЛЬЦИЯ НЕОБХОДИМ ВИТАМИН а) витамин В6 б) витамин В12 в) витамин D г) витамин PP д) витамин E	в)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	ОСНОВНЫМ МИНЕРАЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ КОСТНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ а) $\text{Ca}(\text{H}_2\text{PO}_4)_2$ б) $\text{Ca}(\text{HPO}_4)$ в) $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$	д)	Химия в современной стоматологии

	r) $\text{Ca}_4\text{H}(\text{PO}_4)_3$		
--	--	--	--

	д) $Ca_5(PO_4)_3OH$		
ОПК-8	<p>ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЛАВОВ</p> <p>а) плотность б) стойкость к коррозии в) твердость г) ликвация д) ковкость</p>	б)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЛАВОВ</p> <p>а) жаростойкость б) окисляемость в) ковкость г) температура плавления д) ликвация</p>	г)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>КОЛЛАГЕН ТЕРЯЕТ ПРОЧНОСТЬ ПРИ НЕДОСТАТКЕ</p> <p>а) витамина С б) витамина В12 в) витамина D г) витамина РР д) витамина Е</p>	а)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>СОВРЕМЕННЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОЗИТЫ ИМЕЮТ УСАДКУ</p> <p>а) менее 0,5% б) до 5% в) 10% г) 20% д) более 20%</p>	б)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>ФОТОИНИЦИИРОВАНИЕ КОМПОЗИТА ГОЛУБЫМ СВЕТОМ</p> <p>а) запускает процесс радикального распада б) обрывает радикальный процесс в) вызывает рост цепи полимера г) активирует степень ионизации д) активирует процесс усадки</p>	а)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>ФАКТОРЫ, НЕ ВЛИЯЮЩИЕ НА УСАДКУ ПРИ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ</p> <p>а) послойное нанесение полимера б) загрузка наполнителем в) способ инициирования полимеризации (тепло, свет, химический) г) кондиционирование д) направленная полимеризация</p>	г)	Химия в современной стоматологии
ОПК-8	<p>РОЛЬ НАПОЛНИТЕЛЯ В КОМПОЗИТАХ</p> <p>а) увеличение времени отвердевания б) повышение прочности на сжатие и сдвиг в) уменьшение усадки при полимеризации г) усиление силы адгезии</p>	в)	Химия в современной стоматологии

	д) уменьшение водопоглощения		
ОПК-8	1. ВЯЗКОСТЬ СЛЮНЕ ПРИДАЮТ а) металлопротеины б) флавопротеины в) гликопротеины г) гемопротеины д) липопротеины	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	2. ПЕРВИЧНАЯ СЛЮНА ПО ЭЛЕКТРОЛИТНОМУ СОСТАВУ БЛИЗКА К а) секретам слюнных желез б) смешанной слюне в) лимфе г) ультрацентрифугату плазмы крови д) первичной моче	г)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	3. К ГЛИКОЗАМИНГЛИКАНАМ ОТНОСИТСЯ а) эластин б) гистамин в) гиалуроновая кислота г) интерфероны д) лейкоциты	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	4. К РЫХЛОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЗУБА ОТНОСЯТ а) дентин б) цемент в) пульпу г) эмаль д) кутикула	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	5. АМИЛАЗА ОТНОСИТСЯ К а) лиазам б) изомеразам в) синтазам г) трансферазам д) гидролазам	д)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	6. СИСТЕМА, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ БУФЕРНУЮ ЕМКОСТЬ СЛЮНЫ а) гемоглобиновая б) оксигемоглобиновая в) гидрокарбонатная г) белковая д) гидрофосфатная	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-9	7. СЛЮНА ПРЕВРАЩАЕТСЯ В ДЕМИНЕРАЛИЗУЮЩУЮ ЖИДКОСТЬ ПРИ PH а) 7,8 б) 7,4 в) 7,2 г) 6,8 д) 5,5	д)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-9	8. БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГИСТАТИНОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В		Биологическая химия – биохимия полости рта

	<p>а) ингибирование сериновых протеиназ б) смачивание пищевого комка в) подавление роста вирусов и актиномицетов г) ингибирование цистеиновых протеиназ д) препятствие преципитации кальция на поверхности зуба</p>	в)	рта
ОПК-9	<p>9. ПРИ ПАРАДОНТОЗЕ РАЗРУШАЕТСЯ</p> <p>а) церулоплазмин б) антитрипсин в) трансферрин г) альбумин д) коллаген</p>	д)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-9	<p>10. АГРЕКАН - ВЕЩЕСТВО МЕЖКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА, ОТНОСЯЩИЙСЯ К</p> <p>а) малым протеогликанам б) большим протеогликанам в) гликопротеинам г) нуклеопротеинам д) липопротеинам</p>	б)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-9	<p>11. ОСНОВНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ КЛЕТОК ПУЛЬПЫ ЭТО</p> <p>а) синтез соединений, необходимых для образования дентина б) снабжение эмали минералами в) противодействие инфекции г) обеспечение питания цемента корня д) синтез ферментов</p>	а)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-9	<p>12. К ФЕРМЕНТАМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ МИНЕРАЛИЗАЦИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ, ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) фосфодиэстераза б) щелочная фосфатаза в) пирофосфатаза г) фосфотрансфераза д) кислая фосфатаза</p>	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-9	<p>13. БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЦИСТАТИНОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В</p> <p>а) ингибирование сериновых протеиназ б) смачивание пищевого комка в) подавление роста вирусов и актиномицетов г) ингибирование тиоловых протеиназ д) препятствие адгезии бактерий к клеткам</p>	г)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	<p>14. ПОДЩЕЛАЧИВАНИЮ СЛЮНЫ СПОСОБСТВУЮТ ПРОТЕКАЮЩИЙ В ПОЛОСТИ РТА ПРОЦЕСС</p> <p>а) декарбоксилирование аминокислот б) гидролиз мочевины в) анаэробный гликолиз г) аэробный гликолиз</p>	б)	Биологическая химия – биохимия полости рта

	д) трансаминирование аминокислот		
ОПК-8	15. СЛЮНА ПЕРЕНАСЫЩЕНА ИОНАМИ а) катионами натрия б) анионами фтора в) анионами фосфатов г) анионами хлора д) анионами кальция	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	16. ГЕТЕРОПОЛИСАХАРИДЫ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОБОЛОЧЕК РАСЩЕПЛЯЕТ а) каталаза б) щелочная фосфатаза в) лизоцим г) катепсин д) фосфорилаза	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	17. ЛЕЙКОЦИТЫ ПОПАДАЮТ В СЛЮНУ ИЗ а) подъязычных слюнных желез б) десневой бороздки в) околоушных слюнных желез г) поднижнечелюстных слюнных желез д) альвеолярного гребня	б)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	18. СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ВЫРАБАТЫВАЮТ БЕЛКОВЫЙ ГОРМОН а) тиреокальцитонин б) паратгормон в) паротин-S г) соматостатин д) глюкагон	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	19. АКТИВАТОРОМ АМИЛАЗЫ СЛЮНЫ ЯВЛЯЮТСЯ а) ионы Cl б) желчные кислоты в) энтерокиназы г) ионы Cu д) ионы K	в)	Биологическая химия – биохимия полости рта
ОПК-8	20. ДЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА ЭМАЛЬ ОКАЗЫВАЕТ а) альфа-амилаза б) лизоцим в) каталаза г) кислая фосфатаза д) щелочная фосфатаза	г)	Биологическая химия – биохимия полости рта
УК-1	ФАКТОРОМ В СОСТАВЕ ПИЩИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ а) белковый компонент б) содержание клетчатки в) содержание жиров г) содержание экстрактивных веществ д) твердость и плотность пищи	д)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
ОПК-8, ОПК-9	1. БОЛЬШИЕ КРЫЛЬЯ КЛИНОВИДНОЙ	а, г, д	Анатомия человека –

	КОСТИ ИМЕЮТ ПОВЕРХНОСТИ: а) мозговую б) лицевую в) лобную г) глазничную д) височную е) верхнечелюстную		анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	2. МЕЖЛЕСТНИЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ОГРАНИЧЕНО: а) крыловидными мышцами б) лестничными мышцами в) ключицей и I ребром	б	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
УК-1	3. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ: а) простым б) сложным в) комбинированным	в	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
УК-1	4. ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗАНИМАЮТ: а) поперечная ободочная кишка б) желудок в) двенадцатиперстная кишка г) подвздошная кишка	а, б, г	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	5. ПРОТОК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ В: а) преддверие полости рта б) собственно полость рта в) ротовую часть глотки	а	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	6. НАИБОЛЕЕ КРУПНЫМ ЗУБОМ В ГРУППЕ РЕЗЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ: а) медиальный резец нижней челюсти б) латеральный резец нижней челюсти в) медиальный резец верхней челюсти г) латеральный резец верхней челюсти	в	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	7. УКАЖИТЕ АРТЕРИИ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩИЕ ЯЗЫК. а) лицевая артерия б) язычная артерия в) поперечная артерия лица	б	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	8. ОТТОК ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ... ВЕНУ. а) внутреннюю яремную б) лицевую в) подключичную	а	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	9. СПИННОМОЗГОВОЙ УЗЕЛ – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ: а) переднего корешка б) переднего канатика в) заднего корешка г) заднего канатика д) заднего рога	в	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	10. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ ... ОТВЕРСТИЕ	а	Анатомия человека – анатомия головы и

	<p>ЧЕРЕПА.</p> <p>а) круглое</p> <p>б) овальное</p> <p>в) остистое</p>		шеи
ОПК-8, ОПК-9	<p>11. СИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ОРГАНОВ ШЕИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) вегетативными центрами спинного мозга</p> <p>б) узлами симпатического ствола</p> <p>в) вегетативными узлами брюшной полости</p> <p>г) вегетативным ядром блуждающего нерва</p>	а, б	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
УК-1	<p>12. БОЛЬШОЙ КРУГ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАЧИНАЕТСЯ В:</p> <p>а) правом желудочке сердца</p> <p>б) левом желудочке сердца</p> <p>в) левом предсердии сердца</p> <p>г) правом предсердии сердца</p>	б	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	<p>13. КАНАЛ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРОХОДИТ В ... КОСТИ.</p> <p>а) клиновидной</p> <p>б) затылочной</p> <p>в) нижней челюсти</p> <p>г) височной</p>	г	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	<p>14. ПОЛУШАРИЯ БОЛЬШОГО МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ ЧАСТЬЮ ... МОЗГА.</p> <p>а) переднего</p> <p>б) среднего</p> <p>г) ромбовидного</p>	а	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	<p>15. ВОРОТНАЯ ВЕНА ПРОХОДИТ В ВОРОТАХ:</p> <p>а) легких</p> <p>б) печени</p> <p>г) почек</p>	б	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	<p>16. В ОТВЕРСТИЯХ ПОПЕРЕЧНЫХ ОТРОСТКОВ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ ПРОХОДИТ АРТЕРИЯ:</p> <p>а) позвоночная</p> <p>б) внутренняя сонная</p> <p>в) верхнечелюстная</p> <p>г) глубокая шейная</p>	а	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	<p>17. ЧЕРЕЗ ЯРЕМНОЕ ОТВЕРСТИЕ ЧЕРЕПА ПРОХОДИТ:</p> <p>а) внутренняя сонная артерия</p> <p>б) внутренняя яремная вена</p> <p>в) блуждающий нерв</p> <p>г) подъязычный нерв</p>	б,в	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	<p>18. ЗРИТЕЛЬНЫЙ НЕРВ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ</p> <p>а) верхнюю глазничную щель</p> <p>б) нижнюю глазничную щель</p> <p>в) зрительный канал</p>	в	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	<p>19. ПЛЕВРА ПОКРЫВАЕТ:</p>	г	Анатомия человека –

	а) матку б) сердце в) желудок г) легкое		анатомия головы и шеи
ОПК-8, ОПК-9	20. ГРУДНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ПРОТОК ПРОНИКАЕТ В ГРУДНУЮ ПОЛОСТЬ ЧЕРЕЗ ОТВЕРСТИЕ В ДИАФРАГМЕ: а) пищеводное б) аортальное в) нижней полой вены	б)	Анатомия человека – анатомия головы и шеи
УК-1	РОЛЬ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА В РЕГУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ а) обеспечение вдоха б) афферентная в) эфферентная г) вспомогательная д) проводниковая	б)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
УК-1	ОДНИМ ИЗ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) фибриноген б) гематоген в) фибрин г) плазмин д) эритропоэтин е) тромбин	а)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
УК-1	ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ СОЗДАЕТСЯ РАСТВОРЕННЫМИ В ПЛАЗМЕ а) органическими компонентами б) крупномолекулярными соединениями в) солями (электролитами) г) всеми растворенными в плазме компонентами д) неорганическими компонентами плазмы	г)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
УК-1	ГАЗООБМЕН В ЛЕГКИХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ а) активного транспорта б) диффузии в) осмоса г) фильтрации д) секреции	б)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
УК-1	К ФИЗИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ОТНОСИТСЯ а) сократимость б) возбудимость в) растяжимость г) автоматия д) лабильность	в)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
УК-1	НАИБОЛЕЕ УТОМЛЯЕМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ а) нервные волокна б) химические синапсы	б)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области

	<p>в) нейроны г) гладкие мышцы д) электрические синапсы</p>		
УК-1	<p>МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО НЕЙРОНОВ В СОМАТИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГЕ</p> <p>а) один б) два в) три г) четыре д) пять</p>	б)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
УК-1	<p>МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО НЕЙРОНОВ В ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГЕ</p> <p>а) один б) два в) три г) четыре д) пять</p>	в)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
УК-1	<p>РОЛЬ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АФФЕРЕНТНЫХ СИСТЕМ МОЗГА В ФОРМИРОВАНИИ ОЩУЩЕНИЙ</p> <p>а) энергетическая б) главная в) адаптивная г) информационная д) регуляторная</p>	г)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
ОПК-9	<p>МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СОСТОЯНИЯ ПОКОЯ В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) общий б) основной в) адаптивный г) тепловой д) стандартный</p>	б)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
ОПК-9	<p>АМПЛИТУДА ЗУБЦОВ НА ЭКГ ПОЗВОЛЯЕТ СУДИТЬ О</p> <p>а) автоматии б) возбудимости в) проводимости г) сократимости д) тоничности</p>	б)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
ОПК-9	<p>УЧАСТИЕ КРОВИ В ПОДДЕРЖАНИИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ</p> <p>а) защитной б) гемостатической в) гомеостатической г) транспортной д) регуляторной е) трофической</p>	в)	Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области
ОПК-9	СОКРАЩЕНИЕ МИОКАРДА	в)	Нормальная физиология

	РАЗВИВАЕТСЯ ПО ЗАКОНУ а) сердца б) силы в) «всё или ничего» г) изолированного проведения д) средних нагрузок		физиология – физиология челюстно- лицевой области
ОПК-9	ОБ ИНТЕНСИВНОСТИ ДЫХАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ СУДИТЬ а) коэффициент альвеолярной вентиляции б) дыхательный объём в) минутный объём дыхания г) жизненная ёмкость легких д) общая ёмкость легких	в)	Нормальная физиология – физиология челюстно- лицевой области
ОПК-9	ЦЕНТР АВТОМАТИИ ПЕРВОГО ПОРЯДКА В СЕРДЦЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ В а) сино-атриальном узле б) атрио-вентрикулярном узле в) пучке Гиса г) в волокнах Пуркинье д) в спинно-мозговом узле	а)	Нормальная физиология – физиология челюстно- лицевой области
ОПК-9	ПРИ ЛУЧЕВОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТНОГО МОЗГА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ а) абсолютный эритроцитоз б) компенсаторный эритроцитоз в) относительный эритроцитоз г) абсолютная эритропения д) относительная эритропения е) патологический эритроцитоз	г)	Нормальная физиология – физиология челюстно- лицевой области
ОПК-9	ПРИЧИНОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЙКОЦИТОЗА МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ а) острое воспаление б) гельминтоз в) вирусная инфекция г) аллергия д) прием пищи	д)	Нормальная физиология – физиология челюстно- лицевой области
ОПК-9	ПРИ ПОГРУЖЕНИИ ЭРИТРОЦИТОВ В ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР ПРОИСХОДИТ а) набухание эритроцитов б) сморщивание эритроцитов в) разрушение эритроцитов г) увеличение объёма жидкости в эритроцитах д) осмотический гемолиз	б)	Нормальная физиология – физиология челюстно- лицевой области
ОПК-9	МИНИМАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ К АДАПТАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ В а) зрительном анализаторе б) слуховом анализаторе в) вкусовом анализаторе г) тактильном анализаторе д) болевом анализаторе	д)	Нормальная физиология – физиология челюстно- лицевой области
ПК-4	ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОПАДАНИЯ	б)	Пропедевтическая

	<p>МИКРОБОВ В ЛУНКУ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАДАЧЕЙ</p> <p>а) антисептики б) асептики в) химиотерапии г) антибиотикотерапии д) физиотерапии</p>		стоматология
ПК-4	<p>ФИНИШНАЯ ОБРАБОТКА ПЛОМБЫ ИЗ АМАЛГАМЫ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) сразу после пломбирования б) через 24 часа в) через 48 часов г) через 72 часа д) через месяц</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ СЭНДВИЧ-МЕТОДИКОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ МАТЕРИАЛОВ</p> <p>а) гидроокись кальция + СИЦ б) гидроокись кальция + композит в) СИЦ + композит г) водный дентин + СИЦ д) цемент</p>	в)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>НАИБОЛЬШЕЙ ГИБКОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИЗ</p> <p>а) углеродистой стали б) «космической» стали в) «шведской» стали г) никель-титана д) стали</p>	г)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ПЛОМБЫ ИЗ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ПЕРЕД ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) поменять на пломбы из стеклоиономерного цемента б) покрыть радиопротектором в) покрыть пластмассовыми каппами г) оставить без изменений д) покрыть фторлаком</p>	г)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ</p> <p>а) ортофосфорной кислоты б) азотно-кислого серебра в) малеиновой кислоты г) этилендиаминтетрауксусной кислоты д) этилового спирта</p>	г)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ВНЕСЕНИЕ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ</p> <p>а) послойно</p>	б)	Пропедевтическая стоматология

	<p>б) одной или двумя порциями, тщательно прижимая материал ко дну и стенкам</p> <p>в) мелкими порциями с тщательной конденсацией каждой порции</p> <p>г) техника внесения не имеет значение</p> <p>д) одной порцией</p>		
ПК-4	<p>ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ИНФИЦИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Step Back</p> <p>б) Crown Down</p> <p>в) стандартная</p> <p>г) гибридная</p> <p>д) поэтапная</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>КОНЦЕНТРАЦИЯ ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА ДЛЯ РОТОВЫХ ВАННОЧЕК СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 0,5%</p> <p>б) 0,05%</p> <p>в) 1%</p> <p>г) 5%</p> <p>д) 10%</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ОСНОВОЙ МАТРИЦЫ КОМПОЗИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) эпоксидная смола</p> <p>б) БИСГМА</p> <p>в) полиакриловая кислота</p> <p>г) ортофосфорная кислота</p> <p>д) вода</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТНОГО ПУНКТА В ПОЛОСТЯХ II КЛАССА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) компомер</p> <p>б) гибридный СИЦ тройного отверждения</p> <p>в) пакуемый композит</p> <p>г) микрофильный композит</p> <p>д) цементы</p>	в)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ИОНОВ ФТОРА ВЫДЕЛЯЕТ</p> <p>а) классический СИЦ</p> <p>б) гибридный СИЦ</p> <p>в) силикофосфатный цемент</p> <p>г) компомер</p> <p>д) фторлак</p>	а)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ИРРИГАНТ, СПОСОБНЫЙ РАСТВОРЯТЬ ОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ</p> <p>а) хлоргексидин</p> <p>б) раствор ЭДТА</p> <p>в) гипохлорит натрия</p> <p>г) перекись водорода</p>	в)	Пропедевтическая стоматология

	д) этиловый спирт		
ПК-4	<p>НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МИКРОФИЛЬНЫХ КОМПОЗИТОВ</p> <p>а) класс I, II, III, IV, V кариозных полостей по Блэку</p> <p>б) класс III, IV, V кариозных полостей по Блэку</p> <p>в) класс III, V кариозных полостей по Блэку</p> <p>г) класс I, II кариозных полостей по Блэку</p> <p>д) все классы</p>	в)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>РЕТРАКЦИОННАЯ НИТЬ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) для очищения межзубного промежутка</p> <p>б) для защиты рабочего поля от десневой жидкости</p> <p>в) для фиксации матрицы</p> <p>г) вместо матрицы</p> <p>д) для остановки кровотечения</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ОПАКОВЫЙ КОМПОЗИТ - ЭТО</p> <p>а) прозрачный композит</p> <p>б) непрозрачный композит</p> <p>в) текучий композит</p> <p>г) пакуемый композит</p> <p>д) двухкомпонентный композит</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>МАТЕРИАЛ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ</p> <p>а) ZnOЭ – паста</p> <p>б) пульперил</p> <p>в) гуттаперчивые штифты</p> <p>г) крезофен</p> <p>д) фосфат-цемент</p>	а)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>КАКОВА СРЕДНЯЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИОННАЯ УСАДКА БОЛЬШИНСТВА КОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ</p> <p>а) усадки практически нет</p> <p>б) 0,05 - 0,1%</p> <p>в) 2,9 – 3,7%</p> <p>г) 11 - 13%</p> <p>д) 50%</p>	в)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>К ФЕРМЕНТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) гипохлорит натрия, хлорамин</p> <p>б) йодиол, бетадин</p> <p>в) диметилсульфоксид, перекись водорода</p> <p>г) лизоцим, трипсин</p> <p>д) перекись водорода</p>	а)	Пропедевтическая стоматология
ПК-4	<p>ПРИЧИНА БЛОКАДЫ ПРОСВЕТА КОРНЕВОГО КАНАЛА ДЕНТИННЫМИ</p>	а)	Пропедевтическая стоматология

	<p>ОПИЛКАМИ</p> <p>а) активная работа агрессивными инструментами большого диаметра</p> <p>б) чрезмерное расширение корневого канала</p> <p>в) недостаточность промывания канала и рекапитуляции опилок</p> <p>г) использование Н-файла</p> <p>д) узкий канал</p>		
УК-1	<p>1. ПРОЦЕССОР КОМПЬЮТЕРА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ...</p> <p>а) выполнения математических и логических операций;</p> <p>б) преобразования данных в форму, предназначенную для обработки; в) хранения текущей информации.</p>	а)	Медицинская информатика
УК-1	<p>2. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОРЯДКА ВЫПОЛНЕНИЯ КОМАНД АЛГОРИТМ МОЖЕТ БЫТЬ:</p> <p>а) Круговым;</p> <p>б) Циклическим;</p> <p>в) Ступенчатым; г) Иерархическим.</p>	б)	Медицинская информатика
УК-1	<p>3. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА - ЭТО НАУКА...</p> <p>а) Прикладная;</p> <p>б) Фундаментальная;</p> <p>в) Экономическая;</p> <p>г) Теоретическая.</p>	а)	Медицинская информатика
УК-1	<p>4. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ – ЭТО... а) Решающее устройство, имитирующие информационные процессы объекта исследования;</p> <p>б) Уменьшенная копия прототипа;</p> <p>в) Система уравнений, описывающая свойства моделируемого объекта;</p> <p>г) Графическая симуляция поведения объекта.</p>	в)	Медицинская информатика
УК-1	<p>5. СБОР ДАННЫХ – ЭТО...</p> <p>а) Перевод данных из одной формы (или структуры) в другую;</p> <p>б) Накопление данных с целью обеспечения их полноты для принятия решений;</p> <p>в) Сведение данных, полученных из разных источников, к одинаковой форме;</p>	б)	Медицинская информатика

	г) Упорядочивание данных по определенному признаку.		
УК-1	<p>6. ПОД КАТЕГОРИЕЙ «ДАННЫЕ» В ИНФОРМАТИКЕ ПОНИМАЮТ ...</p> <p>а) Совокупность знаний и новых сведений о фактических данных и зависимостях между ними;</p> <p>б) Непосредственные значения параметров в виде чисел, символов или других сведений, зафиксированные на специальных носителях;</p>	б)	Медицинская информатика

	<p>в) Персональный компьютер с хранящимися в нем данными;</p> <p>г) Программное обеспечение компьютера.</p>		
УК-1	<p>7. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – ЭТО ...</p> <p>а) Совокупность средств и методов выработки, хранения, передачи и использования информации;</p> <p>б) Сбор, обработка, накопление, хранение, поиск, распространение и потребление информации;</p> <p>в) Совокупность программно-технических средств, используемых для принятия управленческих решений;</p> <p>г) Настройка и модернизация информационных систем.</p>	а)	Медицинская информатика
ОПК-13	<p>8. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО СХЕМЕ «МНОГОТОЧЕК - МНОГО ТОЧЕК» СОЗДАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ...</p> <p>а) телемедицинской консультации; б) телемониторинга (телеметрии);</p> <p>в) телемедицинской лекции или семинара;</p> <p>г) телемедицинского совещания (консилиума).</p>	г)	Медицинская информатика
ОПК-13	<p>9. АРХИТЕКТУРА КОМПЬЮТЕРНОЙ СЕТИ ОПРЕДЕЛЯЕТ...</p> <p>а) Равноправное объединение компьютеров, обменивающихся информацией;</p> <p>б) Геометрическую организацию узлов и кабельных соединений в локальной компьютерной сети;</p> <p>в) Набор стандартов на аппаратное обеспечение и кабельное оборудование в соответствии с проектом локальной сети; г) Набор стандартов на программное обеспечение.</p>	в)	Медицинская информатика
ОПК-13	<p>10. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ – ЭТО ...</p> <p>а) Современный способ доставки медицинской информации;</p> <p>б) Комплекс средств и методов дистанционного оказания медицинской помощи, реализуемой с применением телекоммуникационных систем;</p> <p>в) Способ разработки информационных систем, основанных на применении высокотехнологичной медицинской</p>	б)	Медицинская информатика

	ПОМОЩИ.		
ОПК-13	<p>11. ИНТЕРНЕТ–МЕДИЦИНА НЕВКЛЮЧАЕТ...</p> <p>а) Информационную поддержку клинической медицины в вопросах отсроченного консультирования больных;</p> <p>б) Справочную службу в области охраны здоровья, включая лекарственные и диагностические справочники;</p> <p>в) Медико-статистические информационные</p>	е)	Медицинская информатика

	<p>ресурсы;</p> <p>г) Обеспечение доступа к базам данных медицинских и научных библиотек;</p> <p>д) Информацию административно - управленческого характера, в том числе расписание работы врачей и запись на приемк врачу;</p> <p>е) Интернет ресурсы сети аптек.</p>		
ОПК-13	<p>12. ЭЛЕКТРОННАЯ ЦИФРОВАЯ ПОДПИСЬ – ЭТО ...</p> <p>а) Документ, в котором информация представлена в электронно-цифровой форме; б) Реквизит электронного документа для его защиты от подделки, полученный в результате криптографического преобразования информации, позволяющий идентифицировать владельца ключа подписи; в) Отсканированная подпись, введенная в электронный документ как рисунок.</p>	б)	Медицинская информатика
ОПК-13	<p>13. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ЭКСПЕРТНЫХ СИСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ... а) Использование специального языка программирования;</p> <p>б) Обязательное наличие распределенной базы данных;</p> <p>в) Полный перебор возможных решений задачи;</p> <p>г) Использование моделирования знаний для решения задачи из конкретной проблемной области.</p>	г)	Медицинская информатика
ОПК-13	<p>14. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИСТЕМ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ?</p> <p>а) Медико-технологическая ИС;</p> <p>б) Информационно-справочная система; в) Статистическая ИС;</p> <p>г) Научно-исследовательская ИС; д) Обучающая ИС.</p>	в)	Медицинская информатика
ОПК-13	<p>15. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ЭТАПЕ...</p> <p>а) проведения модельных экспериментов; б) анализа модели;</p> <p>в) постановки задачи;</p> <p>г) оценки реализованной модели.</p>	в)	Медицинская информатика

УК-1	<p>16. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ФАЙЛОВ И КАТАЛОГОВ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ</p> <p>МОДЕЛЬ Ю.</p> <p>а) сетевой;</p> <p>б) иерархической;</p> <p>в) табличной;</p> <p>г) алгоритмической.</p>	б)	Медицинская информатика
ОПК-13	<p>17. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <p>а) обучаемость;</p> <p>б) наличие базы данных;</p> <p>в) полный перебор возможных решений задачи;</p>	а)	Медицинская информатика

	г) моделирование знаний.		
ОПК-13	18. ОСНОВНЫМ НАЗНАЧЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ ТАБЛИЦ ЯВЛЯЕТСЯ... а) работа с упорядоченными числовыми данными, выполнение относительно несложных; расчетов и подготовка диаграмм б) проведение сложных расчетов и статистического анализа результатов научных исследований; в) создание деловой графики.	а)	Медицинская информатика
ОПК-13	19. ТЕХНОЛОГИЯ РАБОТЫ В ТЕКСТОВОМ РЕДАКТОРЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ: а) создание документа; б) ввод текста; в) редактирование; д) все перечисленное; е) форматирование текста; ж) сохранение документа; з) печать документа;	д)	Медицинская информатика
ОПК-13	20. К ИСКУССТВЕННОМУ ИНТЕЛЛЕКТУ ОТНОСИТСЯ а) искусственная нейронная сеть; б) сеть доверия Байеса; в) экспертная система; г) система навигации.	г)	Медицинская информатика
УК-5	1. КУЛЬТУРОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ а) наиболее общие основания любой человеческой деятельности б) становление, развитие и гибель цивилизаций в) совокупность разрозненных культурных явлений и объектов г) зарождение, функционирование и закономерности развития культуры д) исторические объекты	г)	Культурология
УК-5	2. СУЩНОСТЬ КУЛЬТУРОГЕНЕЗА а) постоянном самообновлении культуры б) возникновении новых орудий труда в) создании новых произведений искусства г) сохранении культурных ценностей д) производство и хранение культурных артефактов	а)	Культурология
УК-5	3. ЗНАКИ, КОТОРЫЕ НЕ ТОЛЬКО ИЗОБРАЖАЮТ НЕКОТОРЫЕ ОБЪЕКТЫ, НО И НЕСУТ ДОБАВОЧНЫЙ СМЫСЛ а) индексы б) символы в) артефакты г) законы д) шифры	б)	Культурология

УК-5	4.СОВОКУПНОСТЬ КУЛЬТУРНЫХ ОБЪЕКТОВ, ФОРМ, СМЫСЛОВ, ВЫРАЖЕННЫХ В ЗНАКОВОЙ ФОРМЕ а)культурный код б)культурный тип	а)	Культурология
------	--	----	---------------

	в)культурный текст г)культурный символ д)культурная головоломка		
УК-5	5.СИМВОЛ ПОЗВОЛЯЕТ а)отличить своих от чужих б)понять достоинства своей культуры в)получить общественное признание г)повысить эффективность учебы д) отвлечь внимание	а)	Культурология
УК-5	6.КУЛЬТУРНЫЕ НОРМЫ - ЭТО а)множество закономерно связанных друг с другом элементов б) продукты человеческой деятельности в) законы и стандарты социального бытия людей г)процесс обозначения мира понятий и вещей д) рудимент мифологического сознания	в)	Культурология
УК-5	7.ОСНОВНЫМИ ЦЕННОСТЯМИ СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЫ ЯВЛЯЮТСЯ а)размеренность и традиция б)развитие и скорость в)отрицание и нонконформизм г)конформизм и подчинение д) эгоизм и стяжательство	б)	Культурология
УК-5	8.ЦЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА ФОРМИРУЮТСЯ а)вместе с молоком матери б)в процессе социализации в)благодаря научным знаниям г)на основе законов добра и справедливости д) в процессе компьютерных игр	б)	Культурология
УК-5	9.ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АНТИЧНОСТЬ» а)греко-римская древность (история и культура Древней Греции и Древнего Рима) б)термин, равнозначный русскому «древность» в)термин «античность» употребляется в обоих смыслах: в узком («а») и широком («б») г)расцвет древневосточных государств д)закат древнегреческого мира	в)	Культурология
УК-5	10КАК НАЗЫВАЛАСЬ «СТОЛИЦА» ИТАЛЬЯНСКОГО ВОЗРОЖДЕНИЯ а)Рим б)Неаполь в)Флоренция г)Милан д)Сиракузы	в)	Культурология
УК-5	11.ДЛЯ РУССКОГО КУЛЬТУРНОГО		Культурология

	<p>АРХЕТИПА ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>а)«безвкусьность» и невмешательство</p> <p>б)энергичность и экспрессивность</p> <p>в)жажда власти, уход в мир вещей</p> <p>г)«соборность» и терпеливость</p> <p>д)жестокость и озлобленность</p>	г)	
УК-5	<p>12.К ПРИЗНАКАМ РОССИЙСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ ОТНОСЯТ</p> <p>а)«недеяние», созерцательность и слияние с природой</p> <p>б)утилитаризм, гражданское общество, основанные на свободе личности</p> <p>в)национализм, индивидуализм и веру в прогресс</p> <p>г)коллективистскую ментальность, подчинение общества государству</p> <p>д)авторитаризм, подавление личности</p>	г)	Культурология
УК-5	<p>13.ДОБРОВОЛЬНОЕ ЕДИНЕНИЕ ЛЮДЕЙ НА ОСНОВЕ ДУХОВНОЙ ОБЩНОСТИ, БРАТСВА, ПОДЛИННОЙ НРАВСТВЕННОСТИ СЛАВЯНОФИЛЫ ОБОЗНАЧАЛИ ТЕРМИНОМ</p> <p>а) государственность</p> <p>б) соборность</p> <p>в)духовность</p> <p>г)религиозность</p> <p>д)воиственность</p>	б)	Культурология
УК-5	<p>14.КАКАЯ РЕЛИГИЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ САМОЙ МОЛОДОЙ</p> <p>а)ислам</p> <p>б)индуизм</p> <p>в)зороастризм</p> <p>г)христианство</p> <p>д)сентоизм</p>	а)	Культурология
УК-5	<p>15.КАК НАЗЫВАЕТСЯ СИСТЕМА ВЗГЛЯДОВ, ОТВЕРГАЮЩИХ РЕЛИГИОЗНЫЕ ПРЕДСТВЛЕНИЯ И РЕЛИГИЮ В ЦЕЛОМ</p> <p>а)атеизм</p> <p>б)фетишизм</p> <p>в)анимизм</p> <p>г)тотемизм</p> <p>д)магия</p>	а)	Культурология
УК-5	<p>16.КАК НАЗЫВАЕТСЯ УЧЕНИЕ БУДДЫ</p> <p>а)о четырех благородных знаниях</p> <p>б)о четырех благородных поступках</p> <p>в)о четырех благородных деяниях</p> <p>г) о четырех благородных истинах</p> <p>д) о четырех благородных способах просветления</p>	г)	Культурология
УК-5	<p>17.КАК ПЕРЕВОДИТСЯ НАЗВАНИЕ СВОДА БУДДИЙСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ -</p>		Культурология

	<p>ТРИПИТАКА</p> <p>а) три драгоценности б) три бриллианта в) три корзины г) три храма д) три камня</p>	в)	
УК-5	<p>18. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМВОЛОВ ХРИСТИАНСКОЙ ВЕРОТЕРПИМОСТИ</p> <p>а) послания апостола Павла коринфянам б) Апокалипсис в) Ригведа г) Книга Иисуса Навина д) Книга Судей</p>	а)	Культурология
УК-5	<p>19. СЛОВО «ЕВАНГИЛЛЕЕ» ОЗНАЧАЕТ</p> <p>а) договор, союз б) добрая, радостная весть в) книга г) обрезание д) возвеличивание</p>	б)	Культурология
УК-5	<p>20. «ИСЛАМ» ПЕРЕВОДИТСЯ КАК</p> <p>а) боголюбие б) покорность в) твердость г) высшее знание д) твердость намерений</p>	б)	Культурология
УК-8	<p>СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ДЕЙСТВИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ФАКТОРА</p> <p>а) заболевание б) симуляция в) адинамия г) аллергия д) депрессия</p>	а)	Безопасность жизнедеятельности
УК-8	<p>УСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА К ВОЗДЕЙСТВИЮ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ</p> <p>а) гомеостаз б) регенерация в) резистентность г) сопротивляемость д) приспособляемость</p>	в)	Безопасность жизнедеятельности
УК-8	<p>ФАКТОР ПРОВОЦИРУЮЩИЙ РИСК НАРУШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ</p> <p>а) фактор риска б) стресс фактор в) диагностический фактор г) локальный фактор д) социальный фактор</p>		Безопасность жизнедеятельности

УК-8	<p>ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ В ПРЕДЕЛАХ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) региональной б) локальной в) местной г) объектовой д) районной</p>	г)	Безопасность жизнедеятельности
УК-8	<p>ГОМЕОСТАЗ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ</p> <p>а) гормональными механизмами б) нейрогуморальными механизмами в) барьерным механизмом г) выделительным механизмом д) всеми механизмами перечисленными выше</p>	д)	Безопасность жизнедеятельности
УК-8	<p>АНАЛИЗАТОРЫ ЭТО</p> <p>а) совокупность трех отделов ЦНС: периферического, проводникового, центрального, б) подсистемы ЦНС обеспечивающие первичный информационный сигнал в) совместимость сложных приспособительных реакций живого организма, направленных на устранение действия факторов внешней и внутренней среды, нарушающих относительное динамическое пространство внутренней среды организма г) совместимость факторов способных оказывать прямое д) величина функциональных возможностей человека</p>	а)	Безопасность жизнедеятельности
УК-8	<p>К ВНУТРЕННИМ АНАЛИЗАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) специальные б) обонятельные в) болевой г) зрение д) слух</p>	а)	Безопасность жизнедеятельности
УК-8	<p>РЕЦЕПТОРЫ АНАЛИЗАТОРА ДАВЛЕНИЯ</p> <p>а) внутренние органы б) кожа в) мышцы г) нос д) обонятельный</p>	в)	Безопасность жизнедеятельности
УК-8	<p>ПРИ ПОМОЩИ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА ЧЕЛОВЕК ВОСПРИНИМАЕТ</p> <p>а) до 20% информации</p>		Безопасность жизнедеятельности

	б) до 10 % информации в) до 50% информации г) до 30% информации д) до 40% информации	б)	
ОПК-7	СПОСОБНОСТЬ БЫТЬ ГОТОВЫМ К ВОСПРИЯТИЮ ИНФОРМАЦИИ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ ЭТО ОСОБЕННОСТЬ а) анализатора зрения б) анализатора обоняния в) болевого анализатора г) анализатора слуха д) тактильного анализатора	г)	Безопасность жизнедеятельности
ОПК-7	К БИОЛОГИЧЕСКИМ ИСТОЧНИКАМ ГИДРОСФЕРЫ ОТНОСЯТСЯ а) органические микроорганизмы, вызывающие брожение воды б) микроорганизмы, изменяющие химический состав воды в) микроорганизмы, изменяющие прозрачность воды г) ПЫЛЬ д) дым, газ	а)	Безопасность жизнедеятельности
ОПК-7	К ХИМИЧЕСКИМ ИСТОЧНИКАМ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ГИДРОСФЕРЫ ОТНОСЯТСЯ а) предприятия пищевой, медико-биологической промышленности б) нефтепродукты, тяжелые металлы в) сброс от выработок, шахт. Карьеров г) ПЫЛЬ д) дым, газ	б)	Безопасность жизнедеятельности
ПК-7	ПРЕДПРИЯТИЯ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЕ ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ ПОЧВЕННОГО ПОКРОВА а) предприятия пищевой промышленности б) предприятия медико-биологической промышленности в) предприятия цветной и черной металлургии г) предприятия бумажной промышленности д) предприятия химической промышленности	в)	Безопасность жизнедеятельности
ПК-7	РАДИУС ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЙ ЦВЕТНОЙ И ЧЕРНОЙ МЕТАЛЛУРГИИ а) до 50 км б) до 5 км в) до 100 км г) до 30 км д) до 10 км	а)	Безопасность жизнедеятельности
ПК-7	НЕОЖИДАННОЕ ОСВОБОЖДЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЭНЕРГИИ ЗЕМНЫХ НЕДР, КОТОРАЯ		Безопасность жизнедеятельности

	<p>ПРИНИМАЕТ ФОРМУ УДАРНЫХ ВОЛН</p> <p>а) землетрясение б) оползни в) ураган г) смерч д) цунами</p>	а)	
ПК-7	<p>ШКАЛА ИЗМЕРЕНИЯ СИЛЫ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ СОСТОИТ ИЗ</p> <p>а) 9 баллов б) 10 баллов в) 12 баллов г) 5 баллов д) 8 баллов</p>	в)	Безопасность жизнедеятельности
ПК-7	<p>ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОСОБОЙ ОПАСНОСТИ</p> <p>а) 7 баллов б) 1-6 баллов в) 8 баллов г) 9 баллов д) 3 балла</p>	б)	Безопасность жизнедеятельности
ПК-7	<p>ОПАСНОСТЬ КЛАССИФИЦИРУЮЩАЯСЯ ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ</p> <p>а) антропогенная б) импульсивная в) кумулятивная г) биологическая д) абиотическая</p>	а)	Безопасность жизнедеятельности
ПК-7	<p>ОПАСНОСТИ, КОТОРЫЕ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ СОГЛАСНО СТАНДАРТАМ</p> <p>а) биологические б) природные в) антропогенные г) экономические д) производственные</p>	а)	Безопасность жизнедеятельности
ПК-7	<p>СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРИЧИННЫЙ ФАКТОР ЗА КОРОТКИЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ МОЖЕТ НАНЕСТИ ТРАВМУ, ПРИВЕСТИ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ</p> <p>а) опасное состояние б) чрезвычайно опасное состояние в) комфортное состояние г) допустимое состояние д) экстремальное состояние</p>	б)	Безопасность жизнедеятельности
УК-1	<p>1. РАЦИОНАЛИЗМ И ЭМПИРИЗМ СЛЕДУЕТ СРАВНИВАТЬ ПО КРИТЕРИЮ</p> <p>а) способности мышления б) цели познания в) источника знания</p>	в)	Философия

	г) субъекта познания д) состояния сознания		
УК-1	2. ПАРУ ПОНЯТИЙ «СТИХИЯ – ВОДА» ПО АНАЛОГИИ СЛЕДУЕТ СООТНЕСТИ С ПАРОЙ а) субстанция - атрибут б) тезис - антитезис в) единое -многое г) причина - следствие д) материя - движение	в)	Философия
УК-1	3. ОТНОШЕНИЯ В ПАРЕ ПОНЯТИЙ «СУБСТАНЦИЯ-АТРИБУТ» АНАЛОГИЧНЫ ОТНОШЕНИЯМ В ПАРЕ ПОНЯТИЙ а) часть - целое б) материя - движение в) идея - вещь г) пространство - время д) код - закономерность	б)	Философия
УК-1	4. ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПОНЯТИЯМИ В ПАРЕ СКЕПСИС – ДОГМА ТАКИЕ ЖЕ КАК В ПАРЕ а) общее - частное б) часть - целое в) цель - результат г) причина - следствие д) тезис - антитезис	д)	Философия
УК-1	5. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЛЮБОЙ ДЕФИНИЦИИ ПОНЯТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) перечисление синонимов б) указание на контекст применения в) сложносоставное предложение г) указание на род и вид д) противопоставление	г)	Философия
УК-1	6. ПОНЯТИЯ «ФЕНОМЕН» И «НОУМЕН» СВЯЗАНЫ КАК а) причина и следствие б) часть и целое в) противоположные по значению г) сходные по значению д) общее и частное	в)	Философия
УК-1	7. ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ЛОГИКА В ОТЛИЧИЕ ОТ ФОРМАЛЬНОЙ ТРЕБУЕТ а) сомнения б) сравнения в) исключения лишнего г) противоречия д) установления аналогии	г)	Философия
УК-1	8. ПОНЯТИЕ «ДИАЛЕКТИКА» ОТНОСИТСЯ К ПОНЯТИЮ «МЕТАФИЗИКА» КАК а) общество и личность б) личность и индивид	г)	Философия

	<p>в) цель и средство г) дедуктивный и индуктивный д) опыт и эмпиризм</p>		
УК-1	<p>9. ИДЕАЛИСТИЧЕСКАЯ ПОЗИЦИЯ ОСНОВАНА НА УБЕЖДЕНИИ, ЧТО</p> <p>а) следует стремиться к идеалу б) первична идея в) все в мире совершенно г) высшая цель человека – благо д) человек порождает идеи</p>	б)	Философия
УК-1	<p>10. МИРОВОЗЗРЕНИЕ В СВОЕЙ СТРУКТУРЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ</p> <p>а) здоровый образ жизни б) труд на благо общества в) заботу и ближних г) чувства и переживания д) созерцание красоты</p>	г)	Философия
УК-1	<p>11. В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ ЗНАЧИМАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ</p> <p>а) общению с природой б) самопознанию в) занятию спортом г) отказу от вредных привычек д) соблюдению законов</p>	б)	Философия
УК-1	<p>12. ИСТИННОЕ ЗНАНИЕ КАК ЦЕЛЬ ТРЕБУЕТ ОТ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ</p> <p>а) воли к победе б) борьбы за справедливость в) здоровых амбиций г) неустанной работы д) отказа от любой догмы</p>	д)	Философия
УК-1	<p>13. ЗНАНИЕ СТАНОВИТСЯ ЧАСТЬЮ ЛИЧНОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ, ЕСЛИ</p> <p>а) выдвинуто оппонентом в споре б) преподнесено авторитетным лицом в) доказано наукой г) выражено общественным мнением д) критически осмыслено</p>	д)	Философия
УК-1	<p>14. ЖИЗНЕННОЕ КРЕДО СОСТАВЛЯЮТ СОДЕРЖАНИЯ,</p> <p>а) оцененные обществом как благо б) тождественные самости в) противопоставленные общественному мнению г) согласованные с научным миром д) научно недоказуемые</p>	б)	Философия
УК-1	<p>15. АВТОНОМИЯ МОРАЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ</p> <p>а) авторство решения и ответственность б) вседозволенность в) безграничное проявление власти г) освобождение от ответственности</p>	а)	Философия

	д) лидерство		
УК-1	16. ГУМАНИТАРНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАНИЕ ОБЪЕДИНЯЕТ а) забота о человечестве б) вера в сохранение мира в) ценность человеческой жизни г) вера в прогресс д) проблема добра и зла	в)	Философия
УК-1	17. ЭТИКА ОБРАЩЕНА а) к проблеме мира на Земле б) к знанию и пониманию закона в) к вере г) к чувству долга человека д) к выбранным ценностям	г)	Философия
УК-1	18. КАТЕГОРИЧЕСКИЙ ИМПЕРАТИВ И. КАНТА ПОСТУЛИРУЕТ а) приоритет воли другого человека б) отказ от собственных интересов в) ценность самоосуществления человека г) приоритет воли над разумом д) эгоцентрический принцип	в)	Философия
УК-1	19. В РЕШЕНИИ ЭТИЧЕСКОЙ ДИЛЕММЫ НЕОБХОДИМО ПРИНИМАТЬ В РАСЧЕТ а) общественные идеалы б) интересы другого человека в) только собственные интересы г) интересы обеих сторон д) определяющие цели и ценности	д)	Философия
УК-1	20. ЗНАНИЕ ГАРАНТИРУЕТ ДОБРОДЕТЕЛЬНЫЙ ПОСТУПОК, ЕСЛИ а) знание из авторитетного источника б) знание, проверено практикой в) знание, выбрано как собственное Я г) знание, не противоречит авторитету д) знание, исходит от далеких предков	в)	Философия
ОПК-6	ИНТЕРФЕРОНЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ а) диагностики инфекционных заболеваний б) коррекции кишечной микрофлоры в) специфической профилактики бактериальных инфекций г) лечения вирусных заболеваний д) фаготипирования штаммов	г)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-6	ГОНОКОККОВАЯ ВАКЦИНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ а) специфической профилактики гонореи б) лечения хронических форм гонореи в) серологической диагностики гонореи г) лечения острых форм гонореи д) аллергодиагностики	б)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-6	В СОСТАВ ПРОБИОТИКОВ ВХОДЯТ а) представители нормофлоры	а)	Микробиология, вирусология –

	б) вакцинные штаммы в) бактериофаги г) аллергены д) иммуноглобулины		микробиология полости рта
ОПК-6	ВАКЦИНА БЦЖ ИЗГОТОВЛЕНА НА ОСНОВЕ а) ослабленной культуры <i>M.tuberculosis</i> б) ослабленной культуры <i>M.bovis</i> в) убитой культуры <i>M.africanum</i> г) убитой культуры <i>M.tuberculosis</i> д) ослабленной культуры <i>M.kansasii</i>	б)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-6	ПОЛНЫЙ КУРС ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПО КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ВКЛЮЧАЕТ а) 1 вакцинацию б) 2 вакцинации в) 3 вакцинации г) 4 вакцинации д) 6 вакцинаций	в)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-6	АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ СОДЕРЖАТ а) анатоксины б) токсины бактерий в) антитела против токсинов г) анафилотоксины д) антитела против бактерий	в)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-6	ДЛЯ КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ МАНТУ ПРИМЕНЯЮТ а) туберкулин б) тулярин в) актинолизат г) бруцеллин д) дизентерин	а)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-5	УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПУЛЬПИТА а) взятие размягченного дентина б) взятие материала из десневого желобка и патологических десневых карманов в) взятие пульпоэкстрактором; г) соскоб зубного налета д) взятие тампоном	в)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-5	ОСНОВНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ МИКРООРГАНИЗМОМ ЯВЛЯЕТСЯ: а) <i>Streptococcus mutans</i> б) <i>Streptococcus pyogenes</i> в) <i>Streptococcus mitis</i> г) <i>Streptococcus sanguis</i> д) <i>Streptococcus salivarius</i>	а)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-5	УКАЖИТЕ МЕТОД ЗАБОРА МАТЕРИАЛА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА:	а)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта

	<p>а) взятие размягченного дентина</p> <p>д) взятие материала из десневого желобка и патологических десневых карманов</p> <p>в) взятие пульпоэкстрактором</p> <p>г) соскоб зубного налета</p> <p>д) взятие тампоном</p>		
ОПК-5	<p>ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ПАТОГЕННОСТИ ТОКСИГЕННЫХ ШТАММОВ S.DIPHTHERIAE ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) гистотоксин</p> <p>б) плазмакоагулаза</p> <p>в) гиалуронидаза</p> <p>г) эндотоксин</p> <p>д) А-белок</p>	а)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-5	<p>СПОРЫ БАКТЕРИЙ ВЫЯВЛЯЮТ В МАЗКАХ, ОКРАШЕННЫХ ПО МЕТОДУ</p> <p>а) Грама</p> <p>б) Ожешко</p> <p>в) Бурри-Гинса</p> <p>г) Нейссера</p> <p>д) Романовского -Гимзе</p>	б)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-5	<p>ОКРАСКУ ПО ГРАМУ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ</p> <p>а) спор</p> <p>б) капсул</p> <p>в) включений</p> <p>г) клеточной стенки</p> <p>д) жгутиков</p>	д)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-9	<p>В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОБРАЗОВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА В НЕМ В ОСНОВНОМ РЕГИСТРИРУЮТСЯ:</p> <p>а) аэробные виды микроорганизмов</p> <p>б) анаэробные виды микроорганизмов</p> <p>в) аэробные и факультативно-анаэробные виды микроорганизмов</p> <p>г) микроаэрофильные виды микроорганизмов</p> <p>д) аэротолерантные виды микроорганизмов</p>	в)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-9	<p>В СОСТАВ ПЕЛЛИКУЛЫ ВХОДИТ:</p> <p>а) вода, связанная с белком</p> <p>б) гликопротеины</p> <p>в) декстрины</p> <p>г) фитонциды</p> <p>д) леваны</p>	б)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-9	<p>НАЧАЛЬНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) агрегация бактериальных клеток</p> <p>б) адгезия стрептококков на зубной эмали</p> <p>в) образование кислых продуктов</p> <p>г) образование глюканов из глюкозы</p>	б)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта

	д) агрегация актиномицетов на зубной эмали		
ОПК-9	РЕАКЦИЮ ГЕМАДСОРБЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ а) индикации вирусов в курином эмбрионе б) индикации вирусов в культуре клеток в) идентификации вирусов г) серодиагностики вирусных инфекций д) определения титра антител	б)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ОПК-9	ДЛЯ СЕРОДИАГНОСТИКИ ГЕПАТИТА А ИСПОЛЬЗУЕТСЯ а) реакция агглютинации б) реакция преципитации в) реакция иммунофлюоресценции г) радиоиммунный анализ д) иммуноферментный анализ	д)	Микробиология, вирусология – микробиология полости рта
ПК-8	РЕБЁНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ а) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав в) гигиенические зубные эликсиры г) гигиенические зубные пасты и эликсиры д) гигиенические зубные пенки	а)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-8	ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В а) первое полугодие первого года жизни б) антенатальный период в) второе полугодие первого года жизни г) третий год жизни д) второй год жизни	б)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-8	К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ а) санация полости рта б) стоматологическое просвещение в) герметизация фиссур г) диспансеризация д) ортодонтическое лечение	в)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-9	ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ а) профилактика суперконтактов б) профилактика стираемости эмали в) лечение начального кариеса	г)	Профилактика и коммунальная стоматология

	г) изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов д) профилактика гипоплазии эмали		
ПК-13	УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ а) по определению стоматологического статуса населения региона б) вторичной профилактики стоматологических заболеваний в) третичной профилактики стоматологических заболеваний г) эпидемиологического обследования населения д) первичной профилактики стоматологических заболеваний	д)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-0	КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ а) профессиональная гигиена полости рта б) индивидуальная гигиена полости рта в) стоматологическое просвещение г) профилактика стоматологических заболеваний д) герметизация фиссур	а)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-9	РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ а) среднем б) в стадии мелового пятна в) глубококом г) моляров д) премоляров	б)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-9	ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ а) реминерализирующая терапия б) приём фторидсодержащих препаратов в) проведение профессиональной гигиены г) уменьшение употребления углеводов д) герметизация фиссур	в)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-8	ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ) а) 12-18 б) 4-6	г)	Профилактика и коммунальная стоматология

	<p>в) 6-12 г) 3-15 д) 8-12</p>		
ПК-8	<p>ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а) сохранением минерального состава слюны б) повышением проницаемости эмали в) потерей из повреждённого участка ионов кальция г) образованием пелликулы на поверхности эмали д) сохранением органической основы эмали</p>	д)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-13	<p>ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА</p> <p>а) профилактической работы среди населения б) эффективности использования оборудования в) информированности населения о зож г) распределения нагрузки среди врачей д) первичных обращений</p>	а)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-13	<p>ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>а) интенсивности кариеса б) гигиены полости рта в) кровоточивости дёсен г) зубочелюстных аномалий д) начального кариеса</p>	б)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-8	<p>ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТИ</p> <p>а) язычные первых постоянных моляров б) вестибулярные б верхних фронтальных зубов в) вестибулярные б нижних фронтальных зубов г) вестибулярные первых постоянных моляров д) вестибулярные первых премоляров</p>	в)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-8	<p>С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) степень тяжести зубочелюстных аномалий б) степень воспаления десны в) кровоточивость десневой борозды г) наличие зубного налёта и зубного камня</p>	г)	Профилактика и коммунальная стоматология

	д) интенсивность кариеса		
ПК-9	ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ а) заведующим отделением б) регистратором в) врачом-стоматологом г) статистиком д) медсестрой	д)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-13	ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ а) с 1 года б) в период прорезывания первых временных зубов в) в период прорезывания первых постоянных зубов г) у первоклассников д) у детей старшего дошкольного возраста	а)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-13	ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗДЕЛ а) оценки квалификации нестоматологического персонала б) выбора методов и средств в) определения противопоказаний для профилактических средств г) оценки образовательного уровня населения д) оценки общего уровня здоровья населения	б)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-13	НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ 1 РАЗ В а) год б) месяц в) 6 месяцев г) 3 месяца д) 4 месяца	в)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-13	ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ а) лекции б) урока в) беседы г) игры д) информационного стенда	г)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-13	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ а) разобщение прикуса в боковых отделах б) покрытие зубов фторидсодержащим	д)	Профилактика и коммунальная стоматология

	<p>лаком</p> <p>в) реминерализирующая терапия</p> <p>г) герметизация фиссур</p> <p>д) рациональная гигиена полости рта</p>		
ОПК-4	<p>1.ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА ОТРИЦАТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА</p> <p>а) пищеварительную систему</p> <p>б) систему терморегуляции</p> <p>в) сердечно-сосудистую систему</p> <p>г) водно-солевой обмен</p> <p>д) опорно-двигательную систему</p>	б)	Гигиена
ОПК-4	<p>2. В ПОМЕЩЕНИИ НАИБОЛЬШЕЕ ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ</p> <p>а) максимальной и абсолютной влажности</p> <p>б) абсолютной влажности</p> <p>в) относительной и максимальной влажности</p> <p>г) относительной влажности</p> <p>д) физиологического дефицита насыщения</p>	г)	Гигиена
ОПК-4	<p>3. К ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ ВОДЫ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) запах;</p> <p>б) запах, вкус;</p> <p>в) запах, вкус, цветность;</p> <p>г) запах, вкус, цветность, мутность;</p> <p>д) запах, вкус, цветность, мутность, жесткость</p>	г)	Гигиена
ОПК-4	<p>4. СИМПТОМ ПЯТНИСТОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ ХАРАКТЕРЕН ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ С ПОВЫШЕННОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ</p> <p>а) кальция</p> <p>б) стронция</p> <p>в) свинца</p> <p>г) нитратов</p> <p>д) Фтора</p>	д)	Гигиена
ОПК-4	<p>5. ОСНОВОЙ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВЛИЯНИЯ АТМОСФЕРНЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЛИТЕЛЬНОГО РЕЗОРБТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) максимально разовая ПДК</p> <p>б) среднесуточная ПДК</p> <p>в) фоновая концентрация загрязнений</p> <p>г) ПДК в воздухе рабочей зоны</p> <p>д) среднесменная ПДК</p>	б)	Гигиена
ОПК-4	<p>6. ПРИЧИНОЙ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ВНЕСЕНИЕ В ПОЧВУ</p> <p>а) пестицидов</p>	г)	Гигиена

	б) калийных удобрений в) фосфорных удобрений г) полимикродобрений д) азотных удобрений		
ОПК-4	7. ПОПАДАНИЕ В РАНУ ЧЕЛОВЕКА ЗАГРЯЗНЕННОЙ ПОЧВЫ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ а) холерой б) сальмонеллезом в) столбняком г) туляремией д) бруцеллезом	в)	Гигиена
ОПК-4	8. ИНДИКАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВЕНТИЛЯЦИИ ПОМЕЩЕНИЙ ЖИЛЫХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ЗДАНИЙ СЛУЖИТ а) аммиак б) двуокись углерода в) окисляемость г) окислы азота д) пыль	б)	Гигиена
ОПК-4	9. В ХОДЕ СБОРА АНАМНЕЗА И ОСМОТРА У ОБСЛЕДУЕМОГО ОТМЕЧЕНО: БЫСТРАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ГУБЫ БЛЕДНЫЕ И СУХИЕ, СЛИЗИСТАЯ ПОЛОСТИ РТА ЦИАНОТИЧНАЯ, Фолликулярный ГИПЕРКЕРАТОЗ а) витамин А б) витамин В2 в) витамин В6 г) витамин В12 д) витамин С	д)	Гигиена
ОПК-4	10. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЛИКЛИНИКИ РАЗМЕЩАЮТ: а) в подвальных и полуподвальных помещениях; б) в отдельных типовых корпусах в) в корпусах заводов и фабрик (встроенный вариант) г) на территории многопрофильных больниц д) в лечебных корпусах многопрофильных больниц	б)	Гигиена
ОПК-4	11. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ЯВЛЯЮТСЯ а) пациенты с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области б) больные сифилисом, гепатитом В, СПИДом, герпесом и др. в) носители патогенных возбудителей из	в)	Гигиена

	<p>числа пациентов</p> <p>г) носители патогенных возбудителей из числа персонала</p> <p>д) животные и насекомые</p>		
ОПК-4	<p>12. МАТЕРИАЛЫ И ИНСТРУМЕНТЫ, ПРЕДМЕТЫ, ЗАГРЯЗНЕННЫЕ КРОВЬЮ И/ИЛИ ДРУГИМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ:</p> <p>а) В</p> <p>б) Б</p> <p>в) Г</p> <p>г) Д</p>	б)	Гигиена
ОПК-4	<p>13. МИНИМАЛЬНАЯ ОСВЕЩЁННОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛЮМИНЕСЦЕНТНЫХ ЛАМП, ЛК:</p> <p>а) 100</p> <p>б) 200</p> <p>в) 300</p> <p>г) 400</p> <p>д) 500</p>	д)	Гигиена
ОПК-4	<p>14. РАБОТА ПО ПОДБОРУ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ (КОРОНОК) ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ:</p> <p>а) при люминесцентном освещении или при лампах накаливания с уровнем освещённости не менее 1500 лк</p> <p>б) при люминесцентном освещении с уровнем не менее 1000 лк</p> <p>в) при люминесцентном освещении с уровнем не менее 500 лк</p> <p>г) при лампах накаливания с уровнем освещённости не менее 500 лк</p> <p>д) при лампах накаливания с уровнем освещённости не менее 1000 лк</p>	б)	Гигиена
ОПК-4	<p>15. БОКС – ЭТО КОМПЛЕКС ПОМЕЩЕНИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ</p> <p>а) входной тамбур с улицы, санузел, палату, шлюз</p> <p>б) входной тамбур с улицы, санузел с ванной, вход в отделение через центральный коридор для связи персонала с больным</p> <p>в) входной тамбур с улицы, санузел с ванной, палату, шлюз, вход в отделение через центральный коридор для связи персонала с больным</p> <p>г) палату, шлюз, санузел с ванной, вход в отделение через центральный коридор</p> <p>д) входной тамбур с улицы, палату</p>	в)	Гигиена
ОПК-4	<p>16. В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ПЛОЩАДЬ В КАБИНЕТЕ НА</p>	г)	Гигиена

	<p>ОСНОВНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (М²)</p> <p>а) 4 б) 7 в) 10 г) 14 д) 20</p>		
ОПК-4	<p>17. В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ПЛОЩАДЬ В КАБИНЕТЕ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО ДОЛЖНА БЫТЬ (М²)</p> <p>а) 4 или 7 б) 7 или 10 в) 14 или 20 г) 18 или 25 д) 25 и более</p>	б)	Гигиена
ОПК-4	<p>18. ГДЕ ИЗМЕРЯЕТСЯ ОБЩАЯ ИСКУССТВЕННАЯ ОСВЕЩЁННОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ</p> <p>а) в первом ряду кресел б) во втором ряду кресел в) в каждом ряду кресел г) в центре стоматологического кабинета д) в самом «светлом» и самом «тёмном» местах</p>	в)	Гигиена
ОПК-4	<p>19. ПРАВИЛЬНАЯ ЦВЕТОВАЯ ОТДЕЛКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ВАЖНА В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГОВ ПРИ</p> <p>а) диагностике заболеваний зубов и слизистых оболочек полости рта б) пломбировании зубов, особенно фотополимерами в) подборе цвета искусственных зубов для протезирования г) выявлении стоматологических заболеваний, сопровождающихся появлением иктеричности кожи и слизистых оболочек д) цветовой отделка не имеет значения</p>	б)	Гигиена
ОПК-4	<p>20. ПРИ РАБОТЕ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИНСТРУМЕНТАМИ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИМИ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМИ КИСТИ, МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <p>а) невриты, невралгии б) тендовагиниты, болезнь Дипюитрена</p>	б)	Гигиена

	<p>в) тендовагиниты г) миозиты, артралгии д) болезнь Дипюитрена</p>		
ПК-4	<p>ИЗБЫТОК МОНОМЕРА ВЛИЯЕТ НА РЕЗУЛЬТАТ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ ПЛАСТМАССЫ</p> <p>а) увеличивает усадку б) снижает усадку в) не влияет г) увеличивает плотность д) снижает плотность</p>	а)	Материаловедение
ПК-4	<p>К ПЛАСТМАССАМ ДЛЯ НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) Синма-74, Синма-М б) редонт в) протакрил г) акрил, бакрил д) фторакс</p>	а)	Материаловедение
ПК-4	<p>БАЗИСНЫЕ ПЛАСТМАССЫ ЭТО</p> <p>а) этакрил, акрил, бакрил, фторакс б) стадонт, акрилоксид, норакрил в) ортопласт, эластопласт, ортосил-М г) протемп, синма-М д) этакрил, ортосил-М, синма-М</p>	а)	Материаловедение
ПК-4	<p>ПРИ УСКОРЕНИИ РЕЖИМА ПОЛИМЕРИЗАЦИИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	а)	Материаловедение
ПК-4	<p>ПРИ ЗАТЯГИВАНИИ ПРОЦЕССА ФОРМОВКИ ПЛАСТМАССОВОГО ТЕСТА В КЮВЕТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	в)	Материаловедение
ПК-4	<p>ПРИ ЗАКЛАДЫВАНИИ В КЮВЕТУ НЕДОЗРЕВШЕЙ ПЛАСТМАССЫ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	б)	Материаловедение
ПК-4	<p>ЕСЛИ ДАВЛЕНИЕ НА ПЛАСТМАССУ ПОД ПРЕССОМ БОЛЬШЕ ДАВЛЕНИЯ В СТРУБЦИНЕ, МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p>	в)	Материаловедение

	<ul style="list-style-type: none"> а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения 		
ПК-4	<p>ПРИ ФОРМОВКИ ПЛАСТМАССОВОГО ТЕСТА В НЕОСТЫВШУЮ КЮВЕТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения 	а)	Материаловедение
ПК-4	<p>К БЫСТРОТВЕРДЕЮЩЕЙ (САМОТВЕРДЕЮЩЕЙ) ПЛАСТМАССЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) акронил б) редонт в) фторакс г) эладент д) Синма-М 	б)	Материаловедение
ПК-4	<p>ЕСЛИ СРОК ПОЛИМЕРИЗАЦИИ БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ УДЛИНИЛСЯ ВТРОЕ, ТО ОНА</p> <ul style="list-style-type: none"> а) станет хрупкой б) станет вязкой в) побледнеет или обесцветится г) сохранит все свойства д) станет прочнее 	а)	Материаловедение
ПК-4	<p>КОБАЛЬТОХРОМОВЫЕ СПЛАВЫ ОБЛАДАЮТ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пластичностью б) ковкостью в) упругостью г) высокой теплопроводностью д) низкой теплопроводностью 	в)	Материаловедение
ПК-4	<p>ПРОЧНОСТЬ ЗАТВЕРДЕВАЮЩЕГО ГИПСА МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО НА</p> <ul style="list-style-type: none"> а) горячей воде б) холодной воде в) 3% растворе буры г) 3% растворе поваренной соли д) растворе соды 	в)	Материаловедение
ПК-4	<p>ПРОЧНОСТЬ ЗАТВЕРДЕВАЮЩЕГО ГИПСА МОЖНО УМЕНЬШИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО</p> <ul style="list-style-type: none"> а) на 3% растворе поваренной соли б) с меньшим количеством воды в) на 3% растворе буры г) растворе соды д) на горячей воде 	а)	Материаловедение
ПК-4	<p>ЗАТВЕРЖДЕНИЕ ГИПСА МОЖНО</p>	в)	Материаловедение

	<p>УСКОРИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО НА</p> <p>а) горячей воде б) 5% растворе сахара в) 3% растворе селитры г) 5% растворе спирта д) 3% растворе буры</p>		
ПК-4	<p>ЯВЛЕНИЕ КОГЕЗИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕМЕНТОВ - ЭТО</p> <p>а) низкая растворимость б) нейтральная реакция ПН в) механическое соединение с поверхностями г) высокая степень упругости д) низкая степень упругости</p>	в)	Материаловедение
ПК-4	<p>ДЛЯ КИСЛОТНОГО ПРОТРАВЛИВАНИЯ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 30 – 40% КИСЛОТА</p> <p>а) саляная б) ортофосфорная в) фтористоводородная г) уксусная д) азотная</p>	б)	Материаловедение
ПК-4	<p>ГИПСОВЫЕ ФОРМОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ОТЛИВКИ ЭЛЕМЕНТОВ КОНСТРУКЦИИ ИЗ</p> <p>а) золотых сплавов б) серебряных сплавов в) хромоникелевых сплавов г) хромокобальтовых сплавов д) никелид титановых сплавов</p>	а)	Материаловедение
ПК-4	<p>ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРОТЕЗАХ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>а) пластмассовыми б) фарфоровыми в) пластмассовыми и фарфоровыми г) пластмассовыми, фарфоровыми, металлическими д) фарфоровыми и металлическими</p>	г)	Материаловедение
ПК-4	<p>ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮ ОБЛАДАЮТ СПЛАВЫ НА ОСНОВЕ</p> <p>а) никеля и хрома б) кобальта и хрома в) кобальта г) никеля хрома и молибдена д) никелида титана</p>	д)	Материаловедение
ПК-4	<p>МАТЕРИАЛЫ, ИЗУЧАЕМЫЕ В РАЗДЕЛАХ МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА</p> <p>а) основные и вспомогательные б) основные и клинические</p>	в)	Материаловедение

	<p>в) основные, вспомогательные и клинические</p> <p>г) основные и вспомогательные</p> <p>д) вспомогательные и клинические</p>		
ОПК-5	<p>ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ АДЬЮВАНТОВ</p> <p>а) усиление иммунного ответа</p> <p>б) индуцирование иммунной толерантности</p> <p>в) блокировка тучных клеток для высвобождения гистамина</p> <p>г) повышение хемотаксиса нейтрофилов</p> <p>д) увеличение продукции интерферона фибробластами</p>	а)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-5	<p>В РЕЗУЛЬТАТЕ ВАКЦИНАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ ИММУНИТЕТ</p> <p>а) естественный активный</p> <p>б) естественный пассивный</p> <p>в) искусственный активный</p> <p>г) искусственный пассивный</p> <p>д) воспалительный</p>	в)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-5	<p>КЛЕТКИ, СПОСОБНЫЕ ПРЕЗЕНТИРОВАТЬ АНТИГЕН Т-ЛИМФОЦИТАМ</p> <p>а) нейтрофилы</p> <p>б) дендритные клетки</p> <p>в) натуральные-киллеры</p> <p>г) эозинофилы</p> <p>д) тучные клетки</p>	б)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-5	<p>ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ АКТИВНОСТЬЮ И СПОСОБНОСТЬЮ ПОДАВЛЯТЬ РЕПЛИКАЦИЮ ВИРУСА В ЗАРАЖЕННОЙ КЛЕТКЕ</p> <p>а) дефензины</p> <p>б) лактоферрины</p> <p>в) натуральные-киллеры</p> <p>г) интерфероны</p> <p>д) кинины</p>	г)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-5	<p>ОСНОВНОЕ АНТИТЕЛО В СЛЮНЕ</p> <p>а) IgA</p> <p>б) IgG</p> <p>в) IgM</p> <p>г) IgD</p> <p>д) IgE</p>	а)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-5	<p>В КАКОМ ИЗ НАРУШЕНИЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЦИТОКИНЫ ЛИМФОЦИТОВ ИГРАЮТ МЕДИАТОРНУЮ РОЛЬ</p> <p>а) замедленная чувствительность</p> <p>б) сывороточная болезнь</p> <p>в) атопия</p> <p>г) гемолитическая болезнь новорожденных</p>	а)	Иммунология, клиническая иммунология

	д) анафилаксия		
ОПК-9	<p>БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ ИММУННЫЙ ОТВЕТ</p> <p>а) интерлейкин 2 (IL-2) б) иммуногенная РНК в) транспортный фактор г) эндотоксин д) эндогенный пироген</p>	г)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>ГЕМОПОЭЗ – ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ</p> <p>а) лимфатического узла б) желтого костного мозга в) тимуса г) селезенки д) красного костного мозга</p>	д)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ВИДОВОГО ИММУНИТЕТА ЧЕЛОВЕКА</p> <p>а) специфичность б) не специфичность в) формирование иммунологической памяти г) низкое разнообразие эффекторных механизмов д) высокое разнообразие распознающих «чужое» рецепторов</p>	б)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>В ПРОЦЕССЕ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ОБРАЗУЮТСЯ ПЕПТИДНЫЕ ФРАГМЕНТЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ ХЕМОТАКСИС МАКРОФАГОВ</p> <p>а) C3b и C5b б) C3a и C5a в) C5b – C9 г) C2a и C4a д) C2b и C4b</p>	б)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>КИСЛОРОДОНЕЗАВИСИМЫЙ МЕХАНИЗМ ФАГОЦИТОЗА (ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ ЦИТОЛИЗ) ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ</p> <p>а) С-реактивным белком б) антителами в) катионными белками г) цитокинами д) комплементом</p>	в)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СПОСОБНОСТЬ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАТЬ НАПРАВЛЕННЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРОТИВ АНТИГЕНА</p> <p>а) молекулярная масса и валентность б) РAMP в) DAMP г) распознавание В-лимфоцитами д) распознавание макрофагами</p>	а)	Иммунология, клиническая иммунология

ОПК-9	<p>ПРИ ЦИТОЗОЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АНТИГЕНА ЭФФЕКТИВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАЩИТЫ БУДЕТ РАЗВИТИЕ АДАПТИВНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА</p> <p>а) гуморального б) клеточного воспалительного в) клеточного цитотоксического г) воспалительного д) пассивного искусственного</p>	в)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>ИММУНОДЕФИЦИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПРИИМЧИВОСТИ К ВИРУСНЫМ И ГРИБКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОБУСЛОВЛЕН ДЕФИЦИТОМ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ</p> <p>а) макрофагов б) В-клеток в) Т-клеток г) нейтрофилов д) комплемента</p>	в)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>АНТИГЕН-РЕАКТИВНЫЕ ЛИМФОЦИТЫ, КОТОРЫЕ МЕШАЮТ РАЗВИТИЮ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА НАЗЫВАЮТСЯ</p> <p>а) натуральные киллеры б) нулевые клетки в) супрессоры г) контрасупрессоры д) большие гранулярные лимфоциты</p>	в)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>АКТИВНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ</p> <p>а) введение антигена б) введение антител в) введение интерферона г) плазмаферез д) введение препаратов тимуса</p>	а)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ АРСЕНАЛА ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА</p> <p>а) лимфокин-активированные киллеры (LAK) клетки б) бета-лизины в) антитела г) интерлейкин 1 (IL-1) д) кортизол</p>	б)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>МЕТОДЫ ГРУППЫ ИММУНОАНАЛИЗА</p> <p>а) преципитация б) микроскопия в) электрофорез г) центрифугирование д) гибридизация</p>	а)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК-9	<p>ПРИ НЕЗАВЕРШЕННОМ ФАГОЦИТОЗЕ СТИМУЛ ДЛЯ РЕУТИЛИЗАЦИИ ФАГОСОМ МАКРОФАГАМ</p>	г)	Иммунология, клиническая иммунология

	<p>ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СИГНАЛАМИ</p> <p>а) В-лимфоцитов б) CD8 Т-киллеров в) CD4 Th1 г) CD4 Th2 д) антителообразующими клетками</p>		
ОПК-9	<p>ПРИ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОМЕТРИИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) антисыворотки б) моноклональные антитела, меченые люминесцентной меткой в) радиоактивные метки г) эритроциты барана д) латексовые шарики</p>	б)	Иммунология, клиническая иммунология
ОПК - 13	<p>ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ИЗУЧАЕТ ТЕЛО ЧЕЛОВЕКА ПО</p> <p>а) частям б) областям в) системам г) регионам д) объектам</p>	б)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 13	<p>В ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ НАДГРУДИННОГО МЕЖАПОНЕВРОТИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>а) левая плечеголовная вена б) наружная яремная вена в) непарное щитовидное венозное сплетение г) яремная венозная дуга д) внутренняя яремная вена</p>	г)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 13	<p>ПО ВЕРТИКАЛЬНОЙ ЛИНИИ, ИДУЩЕЙ ВНИЗ ОТ ТОЧКИ НА ГРАНИЦЕ МЕДИАЛЬНОЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ВЕРХНЕГО КРАЯ ГЛАЗНИЦЫ, ВЫХОДЯТ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ВЕТВИ НЕРВА</p> <p>а) лицевого б) тройничного в) язычного г) барабанной струны д) языкоглоточного</p>	б)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 13	<p>ТРЕУГОЛЬНИК ПИРОГОВА СЛУЖИТ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОБНАЖЕНИЯ</p> <p>а) подъязычного нерва б) лицевой артерии в) язычной артерии г) выводного протока подчелюстной слюнной железы д) выводного протока подъязычной слюнной железы</p>	в)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 13	<p>ВАЖНОЙ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p>		Топографическая анатомия головы и шеи

	<p>РАСПОЛОЖЕНИЕ В НЕЙ</p> <p>а) верхнечелюстного нерва б) лицевого нерва в) нижнечелюстного нерва г) тройничного нерва д) ушно-височного нерва</p>	б)	
ОПК - 13	<p>ЛИЦЕВОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ЧЕРЕПА НА ЕГО НАРУЖНОМ ОСНОВАНИИ ЧЕРЕЗ</p> <p>а) круглое отверстие б) овальное отверстие в) остистое отверстие г) сосцевидное отверстие д) шилососцевидное отверстие</p>	д)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 13	<p>ЛИЦО КРОВОСНАБЖАЕТСЯ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ВЕТВЯМИ</p> <p>:а) наружной сонной артерии б) внутренней сонной артерии в) подключичной артерии г) позвоночной артерии д) общей сонной артерии</p>	а)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 13	<p>МЕЖДУ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИЕЙ И ВНУТРЕННЕЙ ЯРЁМНОЙ ВЕНОЙ ЛЕЖИТ НЕРВ</p> <p>а) язычный б) блуждающий в) диафрагмальный г) лицевой д) добавочный</p>	б)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 13	<p>ТОЧКА ПАЛЬЦЕВОГО ПРИЖАТИЯ ЛИЦЕВОЙ АРТЕРИИ НАХОДИТСЯ</p> <p>а) у козелка уха б) на середине нижнего края глазницы в) у угла нижней челюсти г) на середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы д) у медиального угла глаза</p>	г)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 13	<p>ОБИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ РАНЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ЛОБНО-ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ</p> <p>а) повреждением крупных сосудов б) высоким давлением в сосудах в) сращением адвентиции сосудов с соединительнотканными перемышками г) большим количеством сосудов д) тонкой сосудистой стенкой</p>	в)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 9	<p>ПОД ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКОЙ РАСПОЛОЖЕНО</p> <p>а) перидуральное пространство б) субарахноидальное пространство в) субдуральное пространство г) эпидуральное пространство д) парадуральное пространство</p>	в)	Топографическая анатомия головы и шеи

ОПК - 9	<p>ГАЙМОРИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) воспаление клиновидной пазухи б) воспаление лобной пазухи в) воспаление верхнечелюстной пазухи г) воспаление слизистой носа д) воспаление решетчатой пазухи</p>	в)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 9	<p>СТЕНОНОВЫМ ПРОТОКОМ НАЗЫВАЮТ</p> <p>а) проток подъязычной слюнной железы б) проток поднижнечелюстной слюнной железы в) проток околоушной слюнной железы г) проток слезной железы д) проток щитовидной железы</p>	в)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 9	<p>ИЗ ПРЕВИСЦЕРАЛЬНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ШЕИ ГНОЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В</p> <p>а) переднее средостение б) заднее средостение в) плевральную полость г) в правый плевральный мешок д) в левый плевральный мешок</p>	а)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 9	<p>У РЕБЕНКА БОЛЬНОГО ПАРОТИТОМ, ВРАЧ ОБНАРУЖИЛ НЕПЛОТНОЕ СМЫКАНИЕ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ И ОПУЩЕНИЕ УГЛА РТА, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОВЛЕЧЕНИИ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС</p> <p>а) верхнечелюстного нерва б) лицевого нерва в) нижнечелюстного нерва г) подглазничного нерва д) щечного нерва</p>	б)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 9	<p>В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕОСТОРОЖНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ЯЗЫЧНОЙ АРТЕРИИ МОЖНО ПОВРЕДИТЬ СТЕНКУ</p> <p>а) дна полости рта б) глотки в) пищевода г) трахеи д) гортани</p>	б)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 9	<p>У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ РАЗВИЛСЯ ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА, ЧТО УКАЗЫВАЕТ НА ВОСПАЛЕНИЕ</p> <p>а) верхнечелюстного нерва б) лицевого нерва в) нижнечелюстного нерва г) подглазничного нерва д) тройничного нерва</p>	б)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 9	<p>КОЖА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЙ ВСЕГО МОЖЕТ</p>		Топографическая анатомия головы и шеи

	<p>БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ДЛЯ ПЛАСТИКИ</p> <p>а) носа б) щеки в) ушной раковины г) бровей д) века</p>	г)	
ОПК - 9	<p>ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ</p> <p>а) поверхностная височная артерия б) средняя менингеальная артерия в) задняя менингеальная артерия г) верхнечелюстная артерия д) глубокая височная артерия</p>	б)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК - 9	<p>СРЕДИННЫЕ КИСТЫ ШЕИ ОБРАЗУЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НЕЗАРАЩЕНИЯ</p> <p>а) протока околоушной слюнной железы б) протока поднижнечелюстной слюнной железы в) протока подъязычной слюнной железы г) щитовидного протока д) жаберных дуг</p>	г)	Топографическая анатомия головы и шеи
ОПК-5	<p>1. ИНСТРУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</p> <p>а) распатор прямой б) шпатель, пинцет, зонд стоматологический, стоматологическое зеркало в) лопаточка Буяльского г) стоматологический пинцет д) стоматологическое зеркало</p>	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	<p>2. ВНУТРИРОТОВЫЕ СПОСОБЫ РЕНТГЕНОГРАФИИ</p> <p>а) панорамная рентгенография б) рентгенография нижней челюсти в) рентгенография придаточных пазух носа г) рентгенография тканей дна полости рта вприкус д) ТРГ</p>	г)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	<p>3. РЕНТГЕНКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЭТО</p> <p>а) томография б) сиалография в) радиовизиография г) гайморография д) фистулография</p>	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	<p>4. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СВИЩЕВЫХ ХОДОВ ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫЙ МЕТОД</p>	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии

	а) томография б) сиалогграфия в) радиовизиография г) гайморография д) фистулография		
ОПК-5	5. ОТРОПАНТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ а) изображение только верхней челюсти б) изображение только нижней челюсти в) изображение обеих челюстей г) изображение ВНЧС д) изображение только придаточных пазух носа	в)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	6. ИССЛЕДОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ЭТО а) гистологическое исследование б) цитологическое исследование в) микробиологическое исследование г) рентгенологическое исследование д) биохимическое	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	7. ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ а) ПЦР б) ИФА в) ТРГ г) серологический метод д) эксфолиативный метод	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	8. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ а) опрос б) осмотр челюстно-лицевой области в) пальпация г) перкуссия д) пункция	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	9. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ а) мазки отпечатки б) мазок – переотпечаток в) соскоб г) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа д) биопсия	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ЭТО МЕТОД а) гистологический б) цитологический в) микробиологический г) рентгенологический д) иммунологический	в)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-5	11. ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДОВОГО	в)	Предклинический

	СОСТАВА ВОЗБУДИТЕЛЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЛО ЭТО а) гистологическое исследование б) цитологическое исследование в) микробиологическое исследование г) рентгенологическое исследование д) иммунологическое исследование		курс хирургической стоматологии
ПК-4	12. ПРИ ИНЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРОВОДЯТ а) иссечение части новообразования на границе со здоровой тканью б) удаляют весь патологический очаг в) проводят забор материала при помощи иглы г) проводят забор материала из кости с помощью трепана д) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа	а)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-4	13. ПРИ ЭКСЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРОВОДЯТ а) иссечение части новообразования на границе со здоровой тканью б) удаляют весь патологический очаг в) проводят забор материала при помощи иглы г) проводят забор материала из кости с помощью трепана д) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-4	14. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО КОРОНКА ЗУБА СОХРАНЕНА а) клювовидные щипцы со сходящимися щёчками б) клювовидные коронковые щипцы в) S-образные правосторонние г) клювовидные щипцы с несходящимися щёчками д) байонетные щипцы	г)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-4	15. К ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ а) торусальная анестезия б) инфраорбитальная анестезия в) мандибулярная анестезия г) ментальная анестезия д) интралигаментарная	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-4	16. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ а) торусальная анестезия б) инфраорбитальная анестезия в) мандибулярная анестезия	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии

	г) ментальная анестезия д) интрасептальная		
ПК-4	17. АНЕСТЕЗИЯ У НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА НАЗЫВАЕТСЯ а) туберальная б) мандибулярная в) ментальная г) инфраорбитальная д) интралигаментарная	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-4	18. ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА а) синдесмотомия, наложение щипцов, фиксация щипцов, продвижение щипцов, люксация, тракция б) наложение щипцов, синдесмотомия, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция в) синдесмотомия, наложение щипцов, продвижение щипцов, люксация, фиксация щипцов, тракция г) синдесмотомия, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция д) наложение щипцов, продвижение щипцов, люксация, фиксация щипцов, тракция	г)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-4	19. РАБОЧАЯ ЧАСТЬ ПРЯМОГО ЭЛЕВАТОРА ВВОДИТСЯ а) в межзубной промежутки б) в цемент корня зуба в) в периодонтальную щель г) в полость пульпы зуба д) в корень зуба	в)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-4	20. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НИЖНИХ РЕЗЦОВ С СОХРАНЕННОЙ КРОКОВОЙ ЧАСТЬЮ а) клювовидные коронковые б) клювовидные со сходящимися щёчками в) клювовидные с несходящимися щёчками г) клювовидные щипцы, изогнутыми по плоскости д) баянетные	в)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ОПК-9	1. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ а) структурные особенности б) функции основных систем и органов в) метаболические процессы в организме г) проявления болезней д) общие закономерности возникновения, развития, течения и исходов болезней	д)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	2. ДЛЯ ХРОСОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ		Патофизиология-

	<p>ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) наследование по законам Менделя б) распространение «по вертикали» в) нарушение мейоза при гаметогенезе г) обязательно болен один из родителей д) развитие болезни только у гомозигот</p>	в)	патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>3. ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) уменьшение объемного кровотока б) затруднение диффузии O₂ через альвеолярно-капиллярную мембрану в) уменьшение кислородной емкости крови г) разобщение окисления и фосфорилирования д) уменьшение сердечного выброса</p>	в)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>4. ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) уменьшение объемного кровотока б) нарушение оксигенации венозной крови в) уменьшение кислородной емкости крови г) затруднение использования кислорода в клетке д) понижение парциального давления O₂ во вдыхаемом воздухе</p>	б)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>5. ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) уменьшение минутного объема крови б) затруднение оксигенации венозной крови в) уменьшение кислородной емкости крови г) затруднения использования O₂ в клетке д) понижение парциального давления O₂ во вдыхаемом воздухе</p>	г)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>6. ПРИ ИШЕМИИ СОСУДИСТОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ</p> <p>а) возрастает для притока б) возрастает для оттока в) понижается для притока г) понижается для оттока д) не изменяется</p>	а)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>7. ВОСПАЛЕНИЕ – ЭТО</p> <p>а) патологическая реакция б) патологическое состояние в) симптомокомплекс г) типовой патологический процесс д) болезнь</p>	г)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>8. ЛИХОРАДКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) физиологическую реакцию</p>		Патофизиология-патофизиология головы и шеи

	<p>б) патологическую реакцию в) типовой патологический процесс г) патологической состояние д) болезнь</p>	в)	
ОПК-9	<p>9. ОТЕК ЭТО а) скопление жидкости в интерстициальном водном секторе организма б) увеличение общего содержания жидкости в организме в) скопление жидкости в подкожной клетчатке г) увеличение жидкости в интраваскулярном водном секторе организма д) скопление жидкости в полостях тела</p>	а)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>10. ВОДЯНКА ЭТО а) скопление жидкости в интерстициальном водном секторе организма б) увеличение общего содержания жидкости в организме в) скопление жидкости в подкожной клетчатке г) увеличение жидкости в интраваскулярном водном секторе организма д) скопление жидкости в полостях тела</p>	д)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>11. КЕТОАЦИДЕМИЧЕСКАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ а) гипернатриемии б) передозировке инсулина в) гипокапнии г) гипергликемии д) гиперкетонемии</p>	д)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>12. ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ а) гипернатриемии б) передозировке инсулина в) гипокапнии г) гипергликемии д) гиперкетонемии</p>	г)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>13. АНЕМИЯ - ЭТО а) уменьшение объема циркулирующей крови б) уменьшение кислородной емкости крови в) уменьшение содержания лейкоцитов единице объема крови г) уменьшение содержания эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови д. уменьшение содержания кислорода в крови</p>	г)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>14. ЛЕЙКОЦИТОЗ – ЭТО</p>		Патофизиология-

	<p>а) уменьшение кислородной емкости крови</p> <p>б) увеличение числа лейкоцитов в единице объема крови</p> <p>в) уменьшение числа лейкоцитов в единице объема крови</p> <p>г) опухоль кроветворной ткани</p> <p>д) уменьшение содержания кислорода в крови</p>	б)	патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>15. МИОКАРДИАЛЬНАЯ ФОРМА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ</p> <p>а) клапанных пороков сердца</p> <p>б) артериальной гипертензии</p> <p>в) артериовенозного шунтирования крови</p> <p>г) коарктации аорты</p> <p>д) миокардитов</p>	д)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>16. ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПЕРФУЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) нарушения нервной регуляции дыхания</p> <p>б) патологии грудной клетки</p> <p>в) патология дыхательных мышц и диафрагмы</p> <p>г) патологии дыхательных путей</p> <p>д) уменьшения общего кровотока в легких</p>	д)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>17. УКАЖИТЕ ПРОЯВЛЕНИЕ, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЗАДЕРЖКИ ЭВАКУАЦИИ ИЗ ЖЕЛУДКА</p> <p>а) гиперперистальтика кишечника</p> <p>б) желудочная метаплазия 12ПК</p> <p>в) ощущение тяжести и распирания в эпигастрии</p> <p>г) диарея</p> <p>д) ацидофикация двенадцати перстной кишки</p>	в)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>18. ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧЕ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ПРИДАЕТ</p> <p>а) прямой билирубин</p> <p>б) непрямой билирубин</p> <p>в) избыток уробилиногена</p> <p>г) избыток стеркобилиногена</p> <p>д) избыток мочевины</p>	в)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>19. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) снижение выработки простагландинов</p> <p>б) нарушение почечной реабсорбции</p> <p>в) снижение выработки эритропоэтина</p> <p>г) снижение выработки каллекреина</p> <p>д) снижение выработки натрийуретического пептида</p>	в)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи

ОПК-9	<p>20. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА</p> <p>а) снижение содержания калия в плазме крови б) повышение содержания кальция в плазме крови в) снижение содержания кальция в плазме крови г) повышение содержания натрия в плазме крови д) снижение содержания железа в плазме крови</p>	б)	Патофизиология-патофизиология головы и шеи
ОПК-9	<p>К РАЗВИТИЮ ОБЩЕГО ГЕМОСИДЕРОЗА ПРИВОДИТ</p> <p>а) васкулит б) некроз стенки сосудов в) образование гематомы г) внутрисосудистый гемолиз д) разрыв аневризмы аорты</p>	г)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ОПК-9	<p>ФОРМА РОСТА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ</p> <p>а) инфильтрирующий б) аппозиционный в) экспансивный г) инвазивный д) метастатический</p>	в)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ОПК-9	<p>ПРОИСХОЖДЕНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В МЕТАСТАЗАХ ОПУХОЛИ</p> <p>а) из материнского узла б) из местных тканей органа в) из стволовых клеток костного мозга г) из оболочек сосудов д) метаморфоз опухолевых клеток</p>	б)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ОПК-9	<p>ТИП ТКАНЕВОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ВРОЖДЁННОМ СИФИЛИСЕ</p> <p>а) продуктивно-некротический б) гуммозный инфильтрат в) продуктивно-инфильтративный г) экссудативно-инфильтративный д) экссудативно-некротический</p>	д)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ОПК-9	<p>ПРИЗНАК КАТАРАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ</p> <p>а) фибриновая плёнка на слизистой оболочке б) экссудация слизи на слизистой оболочке в) эритроциты в экссудате г) расплавление фибриновой пленки д) пролифераты клеток</p>	б)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ОПК-9	<p>ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ РАСПЛАВЛЕНИИ ТРОМБА РАЗВИВАЕТСЯ</p> <p>а) тромбоэмболия</p>		Патологическая анатомия - патологическая

	б) тканевая эмболия в) микробная эмболия г) эмболия инородными телами д) жировая эмболия	в)	анатомия головы и шеи
ОПК-9	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ ПОЛНОКРОВИИ В ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЕТ а) мутное набухание б) липофусциноз в) мукоидное набухание г) бурая индурация д) фибриноидное набухание	г)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ПК-5	ПАТОГЕНЕЗ КАРИЕСА ЗУБА а) винное брожение остатков пищи б) молочнокислое брожение остатков пищи в) воздействие протеолитических ферментов бактерий г) гнилостное брожение остатков пищи д) гангрена эмали	б)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ПК-5	ПРИЧИНА ФЛЮОРОЗА а) повышенное содержание фтора в воде б) низкое содержание фтора в воде в) снижена активность фосфатазы г) неизвестная д) полное отсутствие фтора в воде	а)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ПК-5	ВЫДЕЛИТЬ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА а) желтуха б) продуктивно - деструктивные васкулиты в) очаги размягчения в мозге г) септическая селезенка д) утолщения ногтевых фаланг (барабанные палочки)	в)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ПК-5	ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ КОРИ а) слизистая оболочка зева, трахеи, конъюнктивы б) передние рога спинного мозга в) кожа, легкие г) раневая поверхность д) клапаны сердца	а)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ПК-5	ЛИПОИДНЫЙ НЕФРОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ а) образованием «полулуний» б) потерей подоцитами их малых отростков в) «тиреоидизацией» почки г) «лапчатостью» клубочков д) склерозом и амилоидозом пирамид	б)	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
ПК-5	НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ		Патологическая

	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКУЮ ОСОБЕННОСТЬ ВИРУСНОГО (ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОГО) ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ</p> <p>а) крупноузловая поверхность печени б) мелкоузловая поверхность печени в) узкие фиброзные прослойки между узлами г) гладкая поверхность печени д) мускатная печень</p>	а)	<p>анатомия - патологическая анатомия головы и шеи</p>
ПК-5	<p>ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ ТКАНИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ</p> <p>а) опухолевого роста б) атрофии паренхимы, склероза стромы в) гангрены, рубца г) гипертрофии паренхиматозных элементов д) массивного кровоизлияния</p>	б)	<p>Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи</p>
ОПК-1	<p>СОВОКУПНОСТЬ ОБЪЕКТОВ, ЯВЛЕНИЙ И ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ (ПРИРОДНОЙ И ИСКУССТВЕННОЙ) СРЕДЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ УСЛОВИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ИМЕНУЕТСЯ</p> <p>а) качеством жизни населения; б) средой обитания человека; в) условиями жизни населения; г) вредными факторами; д) факторами риска.</p>	б)	<p>Общественное здоровье и здравоохранение</p>
ОПК-5	<p>ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РОЖДАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ</p> <p>а) число родившихся за год живыми X 1000 / численность взрослого населения; б) число родившихся за год живыми X 10000 / численность взрослого населения; в) число родившихся за год живыми X 1000 / средняя численность населения; г) число родившихся живыми и мертвыми X 1000 / среднегодовая численность населения; д) число родившихся живыми X 1000 / численность детского населения.</p>	в)	<p>Общественное здоровье и здравоохранение</p>

ОПК-5	<p>К ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТ</p> <p>а) частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); своевременность госпитализации; частота осложнений;</p> <p>б) летальность; частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); частота повторных госпитализаций;</p>	в)	Общественное здоровье и здравоохранение
-------	--	----	---

	<p>своевременность госпитализации; частота осложнений; удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств;</p> <p>в) летальность; частота повторных госпитализаций; частота осложнений; удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств;</p> <p>г) летальность; частота повторных госпитализаций; частота отказов в госпитализации; частота осложнений;</p> <p>д) летальность; частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных); частота повторных госпитализаций.</p>		
ОПК-6	<p>СИСТЕМА ГРУППИРОВКИ БОЛЕЗНЕЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ОТРАЖАЮЩАЯ СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>б) классификатором болезней;</p> <p>в) международной классификация болезней;</p> <p>г) справочником заболеваний;</p> <p>д) справочником болезней и патологических состояний.</p>	а)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-4	<p>НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО:</p> <p>а) провести обработку материала;</p> <p>б) собрать материал для исследования;</p> <p>в) определить методы статистической обработки данных;</p> <p>г) составить план и программу исследования;</p> <p>д) определить источник информации.</p>	г)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-4	<p>ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ИЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ СТРУКТУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p>а) распределения частей в целом;</p> <p>б) динамику явления в развитии;</p> <p>в) темп прироста показателей;</p> <p>г) наглядность показателей;</p> <p>д) соотношение частей в совокупности.</p>	а)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-4	<p>ДЛЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ ИЗУЧАЕМЫХ ЯВЛЕНИЙ, ИМЕЮЩИХ ЦИКЛИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР, ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) столбиковую диаграмму;</p> <p>б) радиальную диаграмму (лепестковую);</p> <p>в) картограмму;</p>	б)	Общественное здоровье и здравоохранение

	г) фигурную диаграмму; д) секторную диаграмму.		
ПК-7	МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ а) до 2-х месяцев; б) до 4-х месяцев; в) до 6 месяцев; г) до 10 месяцев; д) до 12 месяцев.	б)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-7	ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА ВЫДАЕТСЯ а) в день поступления; б) в любой день во время госпитализации за время госпитализации в стационар; в) в день выписки из стационара; г) при окончании нетрудоспособности; д) при обращении в поликлинику при предъявлении выписки.	в)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-7	ПРОВЕРКИ СОБЛЮДЕНИЯ ПОРЯДКА ВЫДАЧИ, ПРОДЛЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЦЕЛЯХ ОЦЕНКИ ОБОСНОВАННОСТИ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА ВЫПЛАТУ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ а) руководителем медицинской организации; б) председателем врачебной комиссии; в) территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации; г) территориальными органами Росздравнадзора; д) территориальными органами Роспотребнадзора.	в)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-7	ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАНИЯ К ПРОДЛЕНИЮ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ 15 ДНЕЙ а) заведующий отделением; б) врачебная комиссия; в) консилиум врачей; г) врач-эксперт; д) лечащий врач.	б)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-14	ЗА 1 УЕТ ПРИНЯТ ОБЪЕМ РАБОТЫ		Общественное

	<p>ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА</p> <p>а) объем работы, на выполнение которого требуется 20 минут;</p> <p>б) первичный осмотр врача-стоматолога;</p> <p>в) восстановление зуба пломбой I класс по Блэку с использованием стоматологических цемента;</p> <p>г) объем работы, выполненный при приеме 1 пациента;</p> <p>д) объем работы, на выполнение которого требуется 60 минут.</p>	а)	здоровье и здравоохранение
ПК-14	<p>ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</p> <p>а) амбулаторная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная медицинская помощь;</p> <p>б) первичная медико-санитарная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная; паллиативная медицинская помощь;</p> <p>в) стационарная, первичная медико-санитарная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; скорая, в том числе скорая специализированная;</p> <p>г) амбулаторная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; паллиативная; скорая; санаторно-курортная;</p> <p>д) первичная медико-санитарная; специализированная, в том числе высокотехнологичная; паллиативная; скорая; санаторно-курортная; медицинская реабилитация.</p>	б)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-14	<p>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;</p> <p>б) в амбулаторных условиях и в условиях стационара на дому;</p> <p>в) в амбулаторных условиях и в условиях стационара;</p> <p>г) в условиях стационара и при медицинской эвакуации;</p> <p>д) по месту вызова скорой, в том числе специализированной медицинской помощи</p>	а)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-14	<p>ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫМИ КОЙКАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ</p>		Общественное здоровье и здравоохранение

	<p>а) число коек на 1000 населения; структура коечного фонда; уровень госпитализации; удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям;</p> <p>б) структура коечного фонда; уровень госпитализации; удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям;</p> <p>в) число коек на 1000 населения; структура коечного фонда; удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям;</p> <p>г) структура коечного фонда; уровень госпитализации; удельный вес больных, госпитализированных по плановым показаниям;</p> <p>д) число коек на 1000 населения; структура коечного фонда; удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям; средний койко-день.</p>	а)	
ПК-14	<p>ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧИСЛОМ</p> <p>а) врачебных посещений;</p> <p>б) заболеваемостью (обращаемостью);</p> <p>в) диспансерных посещений в связи с заболеваемостью;</p> <p>г) профилактических осмотров;</p> <p>д) прикрепленного населения.</p>	а)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-14	<p>ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СЕБЕСТОИМОСТИ ЛЮБОГО ВИДА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ГРУППИРОВКА ЗАТРАТ ПО ЭКОНОМИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ</p> <p>а) расходы на оплату труда; прямые материальные затраты; накладные расходы;</p> <p>б) расходы на оплату труда; начисления на заработную плату; прямые материальные затраты;</p> <p>в) расходы на оплату труда; начисления на заработную плату; прямые материальные затраты; накладные расходы;</p> <p>г) начисления на заработную плату; прямые материальные затраты;</p> <p>д) расходы на оплату труда; прямые материальные затраты.</p>	в)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-15	ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА		Общественное

	<p>И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ПОРЯДКЕ, УСТАНОВЛЕННОМ</p> <p>а) руководителем медицинской организации;</p> <p>б) профсоюзными организациями медицинских учреждений;</p> <p>в) общественными профессиональными медицинскими организациями;</p> <p>г) министерством здравоохранения Российской Федерации;</p> <p>д) отделом контроля качества и безопасности медицинской помощи.</p>	а)	здоровье и здравоохранение
ПК-15	<p>СОВОКУПНОСТЬ ХАРАКТЕРИСТИК, ОТРАЖАЮЩИХ СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫБОРА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СТЕПЕНЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА СООТВЕТСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЮ</p> <p>а) качества медицинской помощи;</p> <p>б) адекватности медицинской помощи;</p> <p>в) доступности медицинской помощи в рамках программы госгарантий;</p> <p>г) эффективности медицинской помощи;</p> <p>д) безопасности пациента.</p>	а)	Общественное здоровье и здравоохранение
ПК-15	<p>ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ</p> <p>а) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации; независимые, негосударственные аккредитованные организации;</p> <p>б) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации; общественные профессиональные медицинские организации.</p> <p>в) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации;</p> <p>г) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации;</p> <p>д) уполномоченные органы</p>	г)	Общественное здоровье и здравоохранение

	исполнительной власти субъектов Российской Федерации; общественные профессиональные медицинские организации.		
УК-1	ЕСЛИ БОЛЬНОЙ НАХОДИТСЯ В КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ И СПРАШИВАЕТ О СВОЕМ ПРОГНОЗЕ, ОБУЧАЮЩИЙСЯ ДОЛЖЕН а) не разговаривать с ним б) успокоить и ободрить его в) сказать о его скорой смерти г) посоветовать спросить у лечащего врача д) сказать, что больной не должен об этом думать	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-1	ПРЕДМЕТ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ СОСТАВЛЯЮТ а) сведения о состоянии пациента в период его болезни б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении в) паспортные данные пациента г) всё вышеперечисленное д) перечисленное в пунктах а) и б)	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-1	НОРМЫ И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ К СФЕРЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ а) врача и пациента б) врача и родственников пациента в) медицинских работников между собой г) медицинских работников и общества д) всех вышеперечисленных	д)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-1	ДЕОНТОЛОГИЯ - НАУКА О ДОЛГЕ ВРАЧА И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, КОТОРЫЙ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ а) обеспечить наилучшее лечение б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного в) установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врачи между собой г) осуществить все перечисленное выше д) осуществить перечисленное в пунктах б) и в)	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-1	МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ а) взаимоотношения больных между собой б) взаимоотношения между врачом и	в)	Пропедевтика внутренних болезней

	<p>больным</p> <p>в) вопросы долга, морали и профессиональной этики</p> <p>г) ятрогенные заболевания</p> <p>д) взаимоотношения между медперсоналом и родственниками больного</p>		
ОПК-5	<p>БОЛЬНОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗАНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>а) на здоровом боку</p> <p>б) ортопноэ</p> <p>в) коленно-локтевое</p> <p>г) на больном боку</p> <p>д) горизонтальное</p>	б)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>ГЕМИПЛЕГИЧЕСКАЯ ПОХОДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНЫХ</p> <p>а) инсультами;</p> <p>б) с истощающими хроническими заболеваниями</p> <p>в) ревматическим артритом</p> <p>г) пожилого возраста</p> <p>д) с окклюзией сосудов нижних конечностей</p>	а)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>«ЛИЦО КОРВИЗАРА» - СИМПТОМ</p> <p>а) пороков митрального клапана</p> <p>б) микседемы</p> <p>в) перитонита</p> <p>г) сердечной недостаточности</p> <p>д) септической лихорадки</p>	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>ИНТЕНСИВНАЯ СЖИМАЮЩАЯ ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ, ВОЗНИКШАЯ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И НЕ КУПИРУЮЩАЯСЯ ПРИЕМОМ НИТРОГЛИЦЕРИНА, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>а) миокардита</p> <p>б) грудного остеохондроза</p> <p>в) инфаркта миокарда</p> <p>г) стенокардии</p> <p>д) перикардита</p>	в)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС – ЭТО</p> <p>а) затруднение вдоха</p> <p>б) приступообразная одышка, мучительное чувство нехватки воздуха</p> <p>в) нарастающая одышка, при которой применение бронходилататоров неэффективно</p> <p>г) субъективное ощущение больного, не имеющее внешних признаков</p> <p>д) одышка с непродуктивным кашлем</p>	в)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>ПОЛИУРИЯ – ЭТО</p> <p>а) отсутствие мочи</p>	г)	Пропедевтика внутренних болезней

	б) выделение мочи до 500 мл в сутки в) выделение мочи 1-1,5 л в сутки г) выделение мочи более 2 л в сутки д) выделение с мочой большого количества белка		
ОПК-5	ОТСУТСТВИЕ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШЕЧНИК ВЕДЕТ К а) потемнению каловых масс б) появлению дегтеобразных каловых масс в) появлению слизи в каловых массах г) появлению гноя в каловых массах д) обесцвечиванию каловых масс	д)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	В ПЕРВУЮ СТАДИЮ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ НАД ЗОНОЙ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) коробочный звук б) ясный легочный звук в) тимпанический звук г) притуплено-тимпанический звук д) тупой звук	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	АУСКУЛЬТАТИВНО ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) акцент II тона б) правильное соотношение тонов в) «хлопающий» I тон г) раздвоение II тона д) ослабление I тона	в)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	БОЛЬНОЙ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗАНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ а) на правом боку б) на спине в) на левом боку г) полусидя с опущенными ногами д) коленно-локтевое	г)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	ОСТРАЯ СХВАТКООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ПАХ НАЗЫВАЕТСЯ а) почечная колика б) кишечная колика в) нефроптоз г) дизурия д) печеночная колика	а)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	ДОСКООБРАЗНЫЙ ЖИВОТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ а) перитонита б) метеоризма в) асцита г) беременности д) ожирения	а)	Пропедевтика внутренних болезней

	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЯ ВЫПЯЧИВАНИЯ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА В ВИДЕ ГОРБА</p> <p>а) накопление жидкости в перикарде б) перелом рёбер в) увеличение размеров сердца в молодом возрасте г) левосторонний гидроторакс д) эмфизема лёгких</p>	в)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАЛИЧИИ</p> <p>а) жидкого содержимого в мелких бронхах б) жидкого содержимого в крупных бронхах в) каверн с жидким содержимым г) вязкого секрета в мелких бронхах д) фибринозного экссудата на плевре</p>	д)	Пропедевтика внутренних болезней
ОПК-5	<p>ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ОРТНЕРА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) хроническом панкреатите б) желчнокаменной болезни в) хроническом гастрите г) язвенной болезни желудка д) хроническом дуодените</p>	б)	Пропедевтика внутренних болезней
УК-7	<p>ТЕМЕННО ВИСОЧНУЮ АРТЕРИЮ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ НУЖНО ПРИЖАТЬ</p> <p>а) впереди ушной раковины к височной кости б) к лобной кости в) позади ушной раковины г) к затылочной кости</p>	а)	Общая хирургия
УК-7	<p>К ОШИБКЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СДАВЛЕНИИ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) иммобилизация поврежденной конечности б) бинтования поврежденной конечности в) назначение обезболивающих средств г) назначение седативных препаратов д) гемодиализ.</p>	д)	Общая хирургия
УК-7	<p>ПРИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ С ПЕРЕЛОМОМ ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ СЛЕДУЕТ</p> <p>а) использовать шину Белера б) обезболить место перелома в) выполнить репозицию отломков г) иммобилизовать конечность транспортной шиной д) выполнить скелетное вытяжение</p>	г)	Общая хирургия
УК-7	<p>ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ОТСУТСТВУЕТ ЭЛЕМЕНТ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВИДЕ</p> <p>а) промывания проточной водой</p>	г)	Общая хирургия

	<p>б) обработки нейтрализующими растворами в) обезболивания</p> <p>г) наложения мажевой повязки</p> <p>д) организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение</p>		
УК-7	<p>В СТАНДАРТЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕ ОТСУТСТВУЕТ ЭЛЕМЕНТ</p> <p>а) остановки кровотечения</p> <p>б) широкой обработки покровных тканей вокруг раствором кожного антисептика</p> <p>в) наложения асептической повязки г) наложения первичного шва</p> <p>организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение</p>	г)	Общая хирургия
ОПК-6	<p>ОФОРМЛЕНИЕ КАРТЫ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) в течение 5 минут</p> <p>б) в течение первых двух часов в) в течение суток</p> <p>г) перед выпиской д) при поступлении</p>	д)	Общая хирургия
ОПК-6	<p>СТАНДАРТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ВКЛЮЧАЮТ ПРОВЕДЕНИЕ</p> <p>а) общего анализа крови и мочи б) лейкоцитарной формулы</p> <p>в) СОЭ</p> <p>г) гематокрита д) КЩС</p>	а)	Общая хирургия
ОПК-6	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ У ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ</p> <p>а) 6 часов с момента госпитализации б) в течение трех суток</p> <p>в) первых суток г) при выписке</p> <p>д) не зависит от времени поступления</p>	б)	Общая хирургия
ОПК-6	<p>БОЛЬНИЧЬИЙ ЛИСТОК НЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА ДЛИТСЯ НА СРОК</p> <p>а) одну неделю б) трое суток в) один месяц</p> <p>г) один день</p> <p>неограниченно сроком по врачебной комиссией</p>	б)	Общая хирургия
ОПК-10	<p>ДЛЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПЕРЕЛИТЬ</p> <p>а) лейкоцитарную массу.</p> <p>б) кровезаменители (полиглюкин). в) плазму или цельную кровь.</p> <p>г) раствор глюкозы.</p>	а)	Общая хирургия

	д) эритроцитарную массу.		
ОПК-10	К ФИЗИЧЕСКИМ СПОСОБАМ ОСТАНОВ-КИКРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ а) гемостатическая губкаб) электрокоагуляция в) тампонада раны г) перевязка сосуда в ранед) наложение жгута.	б)	Общая хирургия
ОПК-10	СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ С а) восстановление дыхательных путейб) искусственная вентиляция легких в) непрямой массаж сердца г) прекардиального удара д) медикаментозная терапия.	г)	Общая хирургия
ОПК-10	ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН ОТСУТСТВУЕТ ЗАДАЧА а) достижения максимального косметическогоэффекта б) иссечения некротизированных тканейв) вскрытие гнойных затеков г) адекватного дренирование раныд) скорейшего ушивание раны.	а)	Общая хирургия
ОПК-10	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГНОЙНОГОПЛЕВРИТА ВКЛЮЧАЕТ а) симптомы перитонита в) симптомы накопления жидкости в плевральнойполости г) симптомы нарушения функций ЖКТ д) симптомы основного заболевания вызывающегоданный процесс	б)	Общая хирургия
ОПК-10	РЕИМУЩЕСТВА ОТКРЫТОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ЯВЛЯЕТСЯ а)уменьшение опасностиэкзогенного инфицирования; б) возможность применения в любых условиях;в) небольшой расход перевязочного материала;г) возможность транспортировки больного) подвижность больного.	в)	Общая хирургия
УК-7	ТЕМЕННО ВИСОЧНУЮ АРТЕРИЮ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ НУЖНО ПРИЖАТЬ а) впереди ушной раковины к височной костиб) к лобной кости в) позади ушной раковины г) к затылочной кости	а)	Общая хирургия
УК-7	К ОШИБКЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СДАВЛЕНИИ ОТНОСИТСЯ а) иммобилизация поврежденной конечностиб) бинтования поврежденной конечности	д)	Общая хирургия

	в) назначение обезболивающих средств г) назначение седативных препаратов д) гемодиализ.		
УК-7	ПРИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ С ПЕРЕЛОМOM ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ СЛЕДУЕТ а) использовать шину Белера б) обезболить место перелома в) выполнить репозицию отломков г) иммобилизовать конечность транспортной шиной д) выполнить скелетное вытяжение	г)	Общая хирургия
УК-7	ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ОТСУТСТВУЕТ ЭЛЕМЕНТ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВИДЕ а) промывания проточной водой б) обработки нейтрализующими растворами в) обезболивания г) наложения мажевой повязки д) организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение	г)	Общая хирургия
УК-7	В СТАНДАРТЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕ ОТСУТСТВУЕТ ЭЛЕМЕНТ а) остановки кровотечения б) широкой обработки покровных тканей раствором кожного антисептика в) наложения асептической повязки г) наложения первичного шва д) организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение	г)	Общая хирургия
ОПК-8	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНГИНЫ, ВЫЗВАННОЙ БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) ципрофлоксацин б) ацикловир в) амоксициллина клавулонат г) интерферон д) метронидазол	в)	Инфекционные болезни
ОПК-8	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ В КАЧЕСТВЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ а) нестероидные противовоспалительные препараты б) преднизолон в дозе 1 мг/кг в) метронидазол г) противодифтерийную сыворотку д) дифтерийный анатоксин	г)	Инфекционные болезни
ОПК-8	НАИБОЛЕЕ БЫСТРУЮ ЗАЩИТУ ОТ СТОЛБНЯКА ОБЕСПЕЧИВАЕТ а) введение живой вакцины б) введение анатоксина	г)	Инфекционные болезни

	<p>в) введение химической вакцины г) введение иммуноглобулина д) антибактериальная терапия</p>		
ОПК-8	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ ТАБЛЕТКИ «АЦИКЛОВИР» В ДОЗЕ а) 10 мг/кг б) 100 мг 3 раза в сутки в) 800 мг 5 раз в сутки г) 200 мг 5 раз в сутки д) 250 мг 4 раза в сутки</p>)	Инфекционные болезни
ОПК-8	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ а) селективные ингибиторы нейраминидазы б) ингибиторы холинэстеразы в) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы г) ингибиторы синтеза клеточной стенки д) азитромицин</p>	в)	Инфекционные болезни
ОПК-9	<p>ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ а) клеток в виде «глаза совы» б) атипичных мононуклеаров в) инфекционных мононуклеаров г) анемии д) клеток Березовского-Штернберга</p>	б)	Инфекционные болезни
ОПК-9	<p>ДЛЯ ГЕПАТИТА А В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ а) HBsAg б) anti-HAV IgM в) anti-Hbcor IgM г) anti-HCV IgM д) anti-HAV IgG</p>	б)	Инфекционные болезни
ОПК-9	<p>ДЛЯ СТОЛБНЯКА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ а) тризм, тонические судороги, ясное сознание б) тонические судороги, тризм, нарушение сознания в) тризм, обильная саливация, нарушение сознания г) тризм, гидрофобия, параличи мышц конечностей, ясное сознание д) птоз, миоз, мидриаз, нарушение дивергенции глаз</p>	а)	Инфекционные болезни
ОПК-9	<p>ВЕЗИКУЛЕЗНАЯ СЫПЬ, ЛОКАЛИЗУЮЩАЯСЯ ПОХОДУ МЕЖРЕБЕРНЫХ НЕРВОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а) опоясывающего лишая</p>	а)	Инфекционные болезни

	б) контагиозного моллюска в) пузырьчатки г) ветряной оспы д) инфекционного мононуклеоза		
ОПК-9	В ПОЛОСТИ РТА ПРИ КОРИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ а) симптом Мурсу б) волосато-клеточную лейкоплакию языка в) пятна Бельского-Филатова-Коплика г) малиновый язык д) афтозный стоматит	в)	Инфекционные болезни
ПК-3	ДЛЯ СОЗДАНИЯ АКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ДИФТЕРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ а) дифтерийную сыворотку б) дифтерийный токсин в) вакцину АКДС г) противодифтерийный иммуноглобулин д) противодифтерийную сыворотку	в)	Инфекционные болезни
ПК-3	ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В ИСПОЛЬЗУЮТ а) одноразовые хирургические инструменты б) барьерные методы контрацепции в) вакцину г) обследование доноров на станциях переливания крови д) антибиотикопрофилактику	в)	Инфекционные болезни
ПК-3	ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА С ИСПОЛЬЗУЮТ а) барьерные методы контрацепции б) рекомбинантную вакцину в) генно-инженерную вакцину г) интерферон д) профилактика не разработана	д)	Инфекционные болезни
ПК-3	ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ПРЕКРАЩАЕТСЯ а) через 22 дня от начала болезни б) через 5 дней от начала болезни в) после отпадения корочек г) через 5 дней с момента последнего высыпания д) через 7 дней после нормализации температуры тела	г)	Инфекционные болезни
ПК-3	КАРАНТИН ДЛЯ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРИ КОРИ СОСТАВЛЯЕТ а) 17 дней б) 3 дня в) 1 месяц г) 1 неделю д) 2 недели	а)	Инфекционные болезни

ПК-13	<p>ГЛАВНЫЙ ФАКТОР, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <p>а) переохлаждение б) воздействие инфекционного агента в) иммунодефицит г) асоциальный образ жизни д) стресс</p>	б)	Инфекционные болезни
ПК-13	<p>К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) стерилизация медицинского инструментария б) вакцинация в) разобщение населения в эпид. Сезон г) дератизация д) личная гигиена</p>	б)	Инфекционные болезни
ПК-13	<p>ВЕРОЯТНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ ПРИ ОДНОКРАТНОМ УКОЛЕ ИНФИЦИРОВАННОЙ ИГЛОЙ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 0,3 % б) 5 % в) 10% г) 20% д) 50%</p>	а)	Инфекционные болезни
ПК-13	<p>БОЛЬШЕ ВСЕГО ВИЧ СОДЕРЖИТСЯ В</p> <p>а) слюне б) фекалиях в) сперме г) моче д) поте</p>	в)	Инфекционные болезни
ПК-13	<p>К НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) ведение здорового образа жизни б) вакцинация в) введение иммуноглобулина г) введение сыворотки д) использование анатоксинов</p>	а)	Инфекционные болезни
УК-1	<p>НА КАЧЕСТВО СНИМКА ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕНТГЕНОВСКОЙ КАССЕТЫ:</p> <p>А. материал корпуса Б. конструкция замка В. упругий материал прижима экранов Г. масса кассеты Д. размеры рентгеновской пленки</p>	а)	Лучевая диагностика
УК-1	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИНЕЙНОГО ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. обзорные (прямая и боковая) краниограммы</p>	в)	Лучевая диагностика

	<p>Б. прицельные касательные рентгенограммы</p> <p>В.прицельные контактные рентгенограммы</p> <p>Г.пряметограммы</p> <p>Д.полуаксиальные рентгенограммы</p>		
УК-1	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. увеличение размеров турецкого седла</p> <p>Б.остеопороз деталей седла</p> <p>В.повышенная пневматизация основной пазухи</p> <p>Г.понижение пневматизации основной пазухи</p> <p>д) снижение пневматизации клеток решетчатой кости</p>	а)	Лучевая диагностика
ОПК-1	<p>РЕНТГЕНОСКОПИЯ ЛЕГКИХ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗУЧИТЬ:</p> <p>А. структуру корней легкихБ.легочной рисунок</p> <p>В. подвижность диафрагмы</p> <p>Г. морфологию инфильтрата в легком</p> <p>Д.ширину межреберных промежутков</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>ОСНОВОЙ СЕГМЕНТАРНОГО СТРОЕНИЯЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВЕТВЛЕНИЕ:</p> <p>А.бронхов</p> <p>Б.бронхов и легочных артерий</p> <p>В. легочных артерий, бронхов и легочных вен</p> <p>Г. легочных артерий и бронхов</p> <p>Д. легочных вен</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ШАРОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕИМЕЕТ:</p> <p>А.величина</p> <p>Б. характер контуров</p> <p>В. отсутствие известковых включений</p> <p>Г. наличие полости распада</p> <p>Д.локализация тени</p>	б)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>ВНУТРИГРУДНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ – ЭТО ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ</p> <p>А. переднего средостения</p> <p>Б. центрального и заднего средостения</p> <p>В. корней легких</p> <p>Г.корней легких и средостения</p> <p>Д. заднего средостения</p>	г)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК НАПРЯЖЕННОГО КЛАПАННОГО</p>	в)	Лучевая диагностика

	<p>ПНЕВМОТОРАКСА А.повышение прозрачности легочного поля Б. низкое положение купола диафрагмы В. смещение средостения в противоположнуюсторону Г. «взрывная» пульсация сердца Д.мягкотканная эмфизема</p>		
ПК-5	<p>ИЗМЕНЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАЗВИТИЕМ ФИБРОЗНОЙ ТКАНИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ И АТРОФИЕЙ ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ, ИМЕЮТ МЕСТОПРИ: А.системной красной волчанке Б. узелковом периартериите В. склеродермии Г.исходе воспалительных процессов Д.рубцово- язвенной деформацией луковицы12перстной кишки</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>ПРИ ПАРЕЗЕ ГЛОТКИ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ВАЛЛЕКУЛЫ И ГРУШЕВИДНЫЕСИНУСЫ А. не заполняются Б.быстро опорожняются В. длительно заполнены бариевой взвесью,расширены Г.деформированы Д.заполняются фрагментарно</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>ЛУКОВИЦА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИДЕФОРМИРОВАНА В ВИДЕ ТРИЛИСТНИКА. ЯЗВЕННУЮ НИШУ (ИЛИ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ «ЦЕЛУЮЩИЕСЯ ЯЗВЫ») СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ А.восновании луковицы Б. на вершине луковицы В.в центре луковицы Г. в карманах луковицы Д. в привратнике желудка</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>К ПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АБСЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИОТНОСЯТ А.ограниченное затемнение брюшной полости Б.смещение органов, окружающих участок затемнения В. ограниченный парез соседних кишечных петель Г. горизонтальный уровень жидкости в ограниченнойполости Д.единичные обезызствления по ходу</p>	г)	Лучевая диагностика

	толстокишечника)		
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</p> <p>А. при выявлении рака молочной железы Б. при дифференциальной диагностике рака и доброкачественных опухолей молочной железы В. при дифференциальной диагностике кистозных изолидных патологических образований Г. при дифференциальной диагностике кист, доброкачественных и злокачественных образований Д. при опухолях щитовидной железы</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-1	<p>СИМПТОМ «АМПУТАЦИИ» КОРНЕЙ ЛЕГКИХ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ</p> <p>А. стенозе устья аорты Б. недостаточности аортального клапана В. митральном стенозе с высокой легочной гипертензией Г. коарктации аорты Д. остром бронхите</p>	в)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ КТ- ПРИЗНАК РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ (ПРИ НАТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ)</p> <p>А. очаг кальциноза в просвете аорты Б. утолщение, дезорганизованность стенки аорты В. неоднородность просвета аорты Г. резкое увеличение диаметра аорты Д. утолщение стенки левого желудочка</p>	а)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ МОЖЕТ ПОДВЕРГАТЬСЯ</p> <p>А. хондроматоз костей Б. мраморная болезнь В. несовершенный остеогенез Г. спондило-эпифизарная дисплазия Д. рахит</p>	а)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОСТИТА ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>А. деструкция костной ткани Б. периостальная реакция В. регионарный остеопороз Г. атрофия кости Д. хондроматоз</p>	а)	Лучевая диагностика
ПК-5	<p>НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПАПИЛЛИТЕ ДАЕТ</p> <p>А. экскреторная урография Б. ретроградная пиелография В. томография Г. ангиография Д. обзорная рентгенограмма почек</p>	б)	Лучевая диагностика

ПК-5	<p>У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ БРОНХИТЕ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЫРАЖЕНА БОЛЬШЕ, ЧЕМ ПРИ ПНЕВМОНИИ, ТАК КАК</p> <p>А. бронхит- локализованный процесс Б. бронхит сочетается с пневмонией В. бронхит у детей раннего возраста всегда имеет диффузное распространение Г. при бронхите поражаются крупные бронхи Д. при бронхите поражаются только мелкие бронхи</p>	б)	Лучевая диагностика
УК-1	<p>1. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМИ ПРИНЦИПАМИ БИОЭТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) принцип «не навреди» б) принцип «делай благо» в) принцип «уважение автономии пациента» г) принцип справедливости д) всё выше перечисленное</p>	д)	Биоэтика
УК-1	<p>2. ОБЩАЯ БИОЭТИКА ИЗУЧАЕТ</p> <p>а) значение нравственных принципов (добро, зло, долг, справедливость) б) философские основы нравственности в) основу общечеловеческих ценностей (жизнь, здоровье, материнство и др.) г) всё перечисленное выше д) принципа защита человека от негативного влияния среды</p>	г)	Биоэтика
УК-1	<p>3. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ БИОЭТИКИ</p> <p>а) защита человека от возможных негативных влияний медицины и биологии б) защита общества в) защита медицинской науки г) защита врача д) изучение поведения человека</p>	а)	Биоэтика
УК-1	<p>4. ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА – ЭТО РАЗДЕЛ, ИЗУЧАЮЩИЙ И ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ</p> <p>а) поведение врача б) поведение пациента в) поведение всего медицинского персонала г) поведение учёного-исследователя д) моральные, социальные, правовые проблемы, возникающие в медицине</p>	а)	Биоэтика
УК-1	<p>5. СО СТОРОНЫ ВРАЧА "ВРЕД" БЫВАЕТ ВЫЗВАН</p> <p>а) бездействием б) небрежностью в) неквалифицированными действиями</p>	д)	Биоэтика

	г) объективно необходимыми в данной ситуации действиями д) всё выше перечисленное		
УК-1	6. ДЕЙСТВИЕ МОЖНО СЧИТАТЬ АВТОНОМНЫМ ЛИШЬ В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ТОТ, КТО ЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТ, ДЕЙСТВУЕТ а) в соответствии с собственным планом б) с пониманием существа дела в) без каких-либо внешних влияний, которые определяли бы ход и результаты действий г) всё перечисленное выше д) в соответствии с установленным законодательством	г)	Биоэтика
УК-1	7. «ЗОЛОТОЕ ПРАВИЛО» ЭТИКИ ЗВУЧИТ ТАК а) относиться к другим людям так, как они того хотят б) относиться к другим людям так, как бы ты хотел, чтобы они относились к тебе в) относиться к другим людям в соответствии с нормами поведения г) относиться к другим людям так, как того требует буква закона д) относиться к другим людям так, как того требуют соответствующие обстоятельства	б)	Биоэтика
УК-1	8. К ВЕРНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЮ СПРАВЕДЛИВОСТИ ОТНОСИТСЯ а) справедливость - это правильное распределение материальных благ и денежных средств б) справедливость - это равенство в) справедливость - это принцип, регулирующий отношения между людьми г) справедливость - это воздаяние «лучшим за лучшее» д) справедливость - это ситуационная польза, действие, результат	в)	Биоэтика
УК-1	9. ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ» ОЗНАЧАЕТ а) уважение прав и достоинств человека б) завоевание социального доверия личности в) обязательства перед учителями, коллегами, учениками г) совокупность «должных» правил д) право человека на самоопределение	г)	Биоэтика
УК-1	10. К ОСНОВНЫМ МОРАЛЬНЫМ НОРМАМ БИОЭТИКИ ОТНОСИТСЯ а) уважение прав и достоинств человека б) соблюдение врачебной тайны в) решение проблем больного г) успешное излечение пациента	а)	Биоэтика

	д) всё выше перечисленное		
ОПК-1	11. ВНЕШНЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ а) внешнего вида больного и показателей, характеризующих нарушения функций б) переживаний больного в) общего самочувствия больного г) самоанализа больного д) самонаблюдения больного	а)	Биоэтика
ОПК-1	12. НОРМОНОЗОГНОЗИИ – ЭТО КОГДА БОЛЬНЫЕ а) правильно оценивают своё состояние, и их оценка совпадает с оценкой врача б) переоценивают значимость отдельных симптомов в) недооценивают тяжесть заболевания г) полностью отрицают болезнь как таковую; д) искажают восприятие и отрицают наличие болезни и её симптомов	а)	Биоэтика
ОПК-1	13. ГИПОНОЗОГНОЗИИ – ЭТО КОГДА БОЛЬНЫЕ а) правильно оценивают своё состояние, и их оценка совпадает с оценкой врача б) переоценивают значимость отдельных симптомов в) недооценивают тяжесть заболевания г) полностью отрицают болезнь как таковую д) искажают восприятие и отрицают наличие болезни и её симптомов	в)	Биоэтика
ОПК-1	14. ДИСНОЗОГНОЗИИ – ЭТО КОГДА БОЛЬНЫЕ а) правильно оценивают своё состояние, и их оценка совпадает с оценкой врача б) переоценивают значимость отдельных симптомов в) недооценивают тяжесть заболевания г) полностью отрицают болезнь как таковую д) искажают восприятие и отрицают наличие болезни и её симптомов	д)	Биоэтика
ОПК-1	15. АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ПОЛНОЙ ПРАВДИВОСТИ а) укрепляет доверие к лечащему врачу б) знание правды позволяет компетентному больному мобилизовать все силы на борьбу с заболеванием в) больной имеет полное право на информацию о своём здоровье г) всё выше перечисленное д) не сформулированы	г)	Биоэтика
ОПК-1	16. ВРАЧ МОЖЕТ НАРУШИТЬ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ С РАЗРЕШЕНИЯ		Биоэтика

	<p>КОМПЕТЕНТНОГО БОЛЬНОГО</p> <p>а) в интересах науки б) в интересах обследования и лечения в) в интересах учебного процесса г) в интересах семьи д) всё выше перечисленное</p>	б)	
ОПК-1	<p>17. БЕЗ СОГЛАСИЯ БОЛЬНОГО РАЗГЛАШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ДОПУСКАЕТСЯ</p> <p>а) если больной находится в состоянии комы б) если больной – ребёнок (до 15 лет) в) при угрозе распространения тяжёлых заболеваний г) по запросу судебных органов в связи с проведением расследования или судебного разбирательства д) всё выше перечисленное</p>	д)	Биоэтика
ОПК-1	<p>18. Конфиденциальность (врачебная тайна) - это</p> <p>а) неразглашение больным своего диагноза родственникам б) неразглашение врачом больному его диагноза в) неразглашение врачом диагноза больного третьим лицам; г) неразглашение родственниками больного диагноза третьим лицам; д) всё выше перечисленное</p>	в)	Биоэтика
ОПК-1	<p>19. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НЕОБХОДИМО ИНФОРМИРОВАТЬ БОЛЬНОГО</p> <p>а) о цели медицинского вмешательства б) о длительности медицинского вмешательства в) о действенности медицинского вмешательства г) о возможности неприятных ощущений д) все выше перечисленное</p>	д)	Биоэтика
ОПК-1	<p>20. ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СФЕРУ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ</p> <p>а) на основании свободного, осознанного и информированного согласия больного б) на основании медицинских показаний в) на основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности г) на основании требования родственников д) на основании извлечения финансовой выгоды</p>	а)	Биоэтика

УК-8	<p>ПУНКТЫ РАЗВЕРТЫВАЕМЫЕ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ПЕРИОД ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В БЕЗОПАСНЫЕ МЕСТА</p> <p>а) сортировочный пункт б) распределительный пункт на промежуточных станциях посадки и высадки в) распределительный пункт в очаге ЧС г) распределительный пункт в приемном отделении МО д) распределительный пункт в загородной зоне</p>	б)	Медицина катастроф
УК-8	<p>ПОСТРАДАВШИЙ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ССАДИНАМИ, УЩИБАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПО ВТОРОМУ СОРТИРОВОЧНОМУ ПРИЗНАКУ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ №</p> <p>а) 1 б) 5 в) 2 г) 4 д) 3</p>	2)	Медицина катастроф
УК-8	<p>СОСТАВ АИ -2</p> <p>а) промедол, вольтарен, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран б) промедол, тарен, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран в) омнопон, афин, сульфадиметоксин, цистамин, тетрациклин, хлорид калия, латран г) промедол, тарен, сульфацил, цистамин, тетрациклин, йодид калия, латран д) промедол, тарен, сульфадиметоксин, циклофосфан, тетрациклин, йодид калия, латран</p>	б)	Медицина катастроф
УК-8	<p>ПО ПРЕДНАЗНАЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЕ ИМУЩЕСТВО ИСПОЛЬЗУЕМОЕ СМК (МС ГО), ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ИМУЩЕСТВО:</p> <p>а) мирного и военного времени; б) текущего снабжения (обеспечения) и запасов; в) повседневного обеспечения и резервов; г) текущего обеспечения и для непредвиденных расходов</p>	б)	Медицина катастроф
УК-8	<p>РАЗНОСТОРОННИЙ ПРОЦЕСС ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ДЛЯ СВОЕГО СУЩЕСТВОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ</p>	б)	Медицина катастроф

	<p>а) жизнедеятельность б) деятельность в) безопасность г) опасность д) риск</p>		
УК-8	<p>СТОЙКИЙ ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИМИ ВЕЩЕСТВАМИ ВЫЗЫВАЮТ: а) фосген, метанол; б) азотная кислота и оксиды азота, металлы, диоксиды; в) серная кислота, спирт, бензин; г) уксусная, муравьиная кислоты; д) хлор, аммиак, бензол</p>	г)	Медицина катастроф
УК-8	<p>СРЕДСТВАМИ СМК ЯВЛЯЮТСЯ: а) медицинское, санитарно-хозяйственное и специальное имущество и техника; б) табельные средства индивидуальной медицинской защиты; в) средства защиты органов дыхания и кожи; г) медикаменты, приборы, аппараты и оборудования; д) имущества текущего и длительного хранения.</p>	а)	Медицина катастроф
УК-8	<p>ПОЛЕВОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ ПРЕДНАЗНАЧЕН: а) для оказания доврачебной и первой врачебной помощи; б) для оказания первой врачебной с элементами квалифицированной медицинской помощи; в) для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи; г) для проведения мед. сортировки, оказания соответствующего вида мед. помощи и подготовки к эвакуации пораженных; д) для изоляции и лечения инфекционных больных.</p>	в)	Медицина катастроф
УК-8	<p>СРЕДНЕГОДОВАЯ ДОЗА ОБЛУЧЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ЗА СЧЕТ ТЕХНОГЕННОГО ФОНА СОСТАВЛЯЕТ ПРИМЕРНО: а) 1-2 бэр в год; б) 3-5 бэр в год; в) 7-10 бэр в год; г) 0,3-0,4 бэр в год; д) 5,3-5,4 бэр в год.</p>	г)	Медицина катастроф
УК-8	<p>К ПРОСТЕЙШИМ УКРЫТИЯМ ОТНОСИТСЯ: а) противорадиационное укрытие; б) шалаш; в) перекрытая щель;</p>	в)	Медицина катастроф

	г) убежище; д) метро.		
УК-8	К ВНУТРЕННИМ АНАЛИЗАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ а) специальные б) обонятельные в) болевой г) зрение д) слух	а)	Медицина катастроф
ОПК-1	ДОКУМЕНТ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ПОРЯДОК ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ СПАСАТЕЛЕЙ а) Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. №68-ФЗ б) Постановление правительства РФ от 3 мая 1994 г. №420 в) Постановление правительства РФ от 28 февраля 1996 г. №195 г) Приказ МЗ РФ от 27 октября 2000 г. №380 д) Приказ МЗ РФ, МЧС РФ от 16.09.98г. №273/557	д)	Медицина катастроф
ОПК-7	ПАРЫ ХЛОРА ВЫЗЫВАЮТ а) возбуждение и эйфорию б) депрессию в) раздражение верхних дыхательных путей г) нарушение функции почек д) амнезию	в)	Медицина катастроф
ОПК-7	ПОСЛЕДСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ а) астенический синдром, лихорадка б) лучевая болезнь, местные лучевые поражения в) силикоз г) хронические бронхиты д) бронхиальная астма	б)	Медицина катастроф
ОПК-7	МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ СОСТАВЛЯЕТ а) 30-40 мин б) 5-6 мин в) 2-3 мин г) 1-2 мин д) 55-60 мин	б)	Медицина катастроф
ОПК-7	ПОСТРАДАВШИЙ С ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ НАРУЖНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ОБЪЕКТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПО ВТОРОМУ СОРТИРОВОЧНОМУ ПРИЗНАКУ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ № а) 1	д)	Медицина катастроф

	б) 5 в) 3 г) 4 д) 2		
ОПК-7	В СЛУЧАЕ УГРОЗЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ ПРОВОДИТСЯ: а) упреждающая эвакуация; б) экстренная эвакуация; в) местная эвакуация; г) региональная эвакуация д) вынужденная эвакуация	а)	Медицина катастроф
ПК-7	ОБСЕРВАЦИЯ И КАРАНТИН ОТМЕНЯЮТСЯ а) после проведения заключительной дезинфекции в очаге инфекции б) после проведения санитарной обработки обслуживающего персонала и населения в очаге инфекции в) при отсутствии возникновения единичных заболеваний особо опасными инфекциями г) при эффективной организации санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения д) по истечении срока максимального инкубационного периода данного инфекционного заболевания с момента изоляции последнего больного, проведения заключительной дезинфекции и санитарной обработки обслуживающего персонала и населения	д)	Медицина катастроф
ПК-7	ДЕЗИНСЕКЦИЯ ЭТО а) уничтожение насекомых (переносчиков инфекционных болезней) б) уничтожение грызунов (источников возбудителей инфекционных болезней) в) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней г) обеззараживание загрязненных объектов путем разрушения (нейтрализации) или удаления отравляющих веществ д) удаление радиоактивных веществ с загрязненных объектов до допустимых норм безопасных для человека	а)	Медицина катастроф
ПК-7	ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ а) всеобъемлющей б) карантинной в) специальной г) наблюдательной д) изоляционной	в)	Медицина катастроф

ОПК-8	1. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ПОЛОСТИ РТА КАНДИДОЗА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ а) антибиотик б) НПВС в) антигистаминный препарат г) антимикотик д) антисептик	г)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ОПК-8	2. ПРИ НАЛИЧИИ В ПОЛОСТИ РТА ЭРОЗИЙ И ЯЗВ С ПРИЗНАКАМИ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ а) об активности процесса б) о ПКН в) и цитолизе г) о мезенхимальном воспалении д) о холестазае	б)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ОПК-8	3. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БА ЯВЛЯЕТСЯ а) приступ экспираторного удушья б) удушье инспираторного характера в) постоянный продуктивный кашель г) сухой кашель в утренние часы д) одышка при физической нагрузке	а)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ОПК-8	4. К ДИФFUЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ а) Фиброзирующий альвеолит б) Бронхиальная астма в) ХОБЛ г) Трахеобронхиальная дискинезия д) Обструктивный бронхит	а)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ОПК-8	5. ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) Приступ экспираторного удушья б) Удушье инспираторного характера в) Постоянный продуктивный кашель г) Сухой кашель в утренние часы д) Одышка при физической нагрузке	а)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ОПК-8	6. РЕШАЮЩИМ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА И ГИПОПАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ а) прогрессирование процесса, которое выражено при кариесе и его нет при гиперплазии процесса б) локализация процесса в) консистенция поверхности пятна г) симметричность поражения д) системность поражения	а)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ОПК-8	7. ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРООКСИ КАЛЬЦИЯ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ОСНОВАНО а) на антибактериальном эффекте б) на противовоспалительном и	б)	Внутренние болезни, клиническая фармакология

	одонтотропном действии в) на способности угнетать действие бактериальных энзимов г) на десенсибилизирующем эффекте д) на изменении реакции в сторону закисления среды		
ПК-5	8. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ПЕРВУЮОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ а) адреналин б) хлористый кальций в) антибиотик г) полиглюкин д) нитроглицерин	а)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-5	9. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛ Я ПРЕМЕДИКАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ а) ненаркотические анальгетики б) наркотические анальгетики в) препараты бензодиазепинового ряда г) антибиотики д) аналептики	в)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-5	10. ОПТИМАЛЬНАЯ КОН ЦЕНТРАЦИЯ АДРЕНАЛИНА В РАСТВОРЕ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА а) 1:25000 б) 1:250000 в) 1:50000 г) 1:500000 д) 1:750000	б)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-5	11. ГЕПАРИН ОТНОСИТСЯ Ка) антиагрегантам б) антикоагулянтам прямого действия в) антикоагулянтам непрямого действия г) фибринолитикам д) кровоостанавливающим	б)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-5	12. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ а) протамин сульфат б) витамин К в) аскорбиновую кислоту г) аминокaproновую кислоту д) витамин В12	б)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-5	13. ДЛ Я ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОКАЗАН а) атропин б) сальбутамол в) тавегил г) интал д) преднизолон	д)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-5	14. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ а) Введение больших доз преднизолона б) Аминазин подкожно в) Кофеин бензонат натрия и кордиамин внутримышечно	а)	Внутренние болезни, клиническая фармакология

	г) Раствор адреналина внутривенно (внутримышечно) д) Интубация трахеи для снятия бронхоспазма		
ПК-8	15. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ИСПОЛЬЗУЮТ а) Эуфиллин б) Дигоксин в) Дофамин г) Глюкозу д) Фуросемид	в)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-8	16. К АНТАГОНИСТАМ РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II ОТНОСИТСЯ а) Атенолол б) Молсидомин в) Индапамид г) Лозартан д) Каптоприл	г)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-8	17. АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТОМ, ИМЕЮЩИМ ПАРЕНТЕРАЛЬНУЮ ФОРМУ ЯВЛЯЕТСЯ а) тавегил б) телфаст в) ксизал г) зиртек д) кларитин	а)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-8	18. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ а) 2 часа б) 6 часов в) 12 часов г) 24 часа д) 48 часов	г)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-8	19. H1 – БЛОКАТОРЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ а) профилактике неаллергического воспаления б) лечении аллергической реакции в) профилактике аллергических реакций г) лечении неаллергического воспаления д) обострении язвенной болезни	в)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
ПК-8	20. ПОВЫШАЕТ РИСК а) сопутствующее назначение антацидов б) лечение высокими дозами НПВП в) прием омепразола г) прием гипотензивных средств д) ОРВИ	б)	Внутренние болезни, клиническая фармакология
УК-1	1. ОСТРАЯ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ НА ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА НАЗЫВАЕТСЯ: а) Контактный дерматит;	б)	Фармакология

	<p>б) Анафилактический шок; в) Ревматоидный артрит; г) Тромбоцитопеническая пурпура; д) Язвенная болезнь желудка.</p>		
УК-1	<p>2. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ЭТО: а) неспособность обеспечивать адекватное кровоснабжение органов и тканей; б) состояние, характеризующееся стойким повышением артериального давления; в) состояние, характеризующееся нарушением сердечного ритма; г) состояние, характеризующееся понижением сосудистого сопротивления; д) состояние, характеризующееся снижением симпатической иннервации сердца и уменьшением образования катехоламинов.</p>	а)	Фармакология
ОПК-6	<p>3. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ: а) блокируют проведение боли в ЦНС; б) активируют противоболевую систему; в) тормозят выделение медиаторов боли; г) блокируют проведение боли по чувствительным нервам; д) блокируют проведение боли в мышцах.</p>	Г)	Фармакология
ОПК-6	<p>4.ВИД ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ПОДАВЛЯЕМЫЙ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ: а) температурная чувствительность; б) тактильная чувствительность; в) болевая чувствительность; г) холодовая чувствительность; д) вибрационная чувствительность.</p>	в)	Фармакология
ОПК-6	<p>5. МЕХАНИЗМ УМЕНЬШЕНИЯ ТОКСИЧНОСТИ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ: а) усиление всасывания с места введения; б) ускорение метаболизма; в) увеличение экскреции; г) уменьшение всасывания с места введения; д) увеличение дозы.</p>	г)	Фармакология
ОПК-6	<p>6. ВЛИЯНИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НА ИОННЫЕ КАНАЛЫ: а) блокируют калиевые каналы; б) блокируют кальциевые каналы; в) активируют калиевые каналы; г) блокируют натриевые каналы; д) активируют натриевые каналы.</p>	г)	Фармакология
ОПК-6	<p>7. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ: а) изосорбида мононитрат внутрь;</p>		Фармакология

	б) нитроглицерин в таблетках под язык; в) пластырь с нитроглицерином; г) β -адреноблокаторы; д) блокаторы кальциевых каналов.	б)	
ОПК-6	8. К М-ХОЛИНОМИМЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ: а) скополамин; б) пилокарпин; в) неостигмин; г) тропикамид; д) пирензепин.	б)	Фармакология
ОПК-6	9. БРОНХОСЕЛЕКТИВНЫМ М-ХОЛИНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ: а) ипратропия бромид; б) атропина сульфат; в) пилокарпина гидрохлорид; г) пирензепин; д) гастрозепин.	а)	Фармакология
ОПК-6	10. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫХ СРЕДСТВ: а) усиливают высвобождение ацетилхолина в синаптическую щель; б) тормозят обратный нейрональный захват ацетилхолина; в) увеличивают синтез ацетилхолина; г) препятствуют инактивации ацетилхолина в синаптической щели; д) ингибирование моноаминооксидазы.	г)	Фармакология
ОПК-6	11. КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫЙ β -1 АДРЕНОМИМЕТИК: а) изопреналин; б) норэпинефрин; в) добутамин; г) клонидин; д) тропикамид.	в)	Фармакология
ОПК-6	12. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ МЕСТНО МОЖНО ПРИМЕНИТЬ: а) добутамин; б) эфедрин; в) клонидин; г) фенилэфрин; д) гепарин.	г)	Фармакология
ОПК-6	13. В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТА ПРИМЕНЯЕТСЯ: а) парацетамол; б) ацетилсалициловая кислота; в) кеторолак; г) ибупрофен; д) клиндамицин.	б)	Фармакология
ОПК-6	14. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПАРАЦЕТАМОЛА МОЖЕТ БЫТЬ: а) агранулоцитоз; б) синдром Рейе;	г)	Фармакология

	<p>в) кровоточивость; г) повреждение гепатоцитов; д) угнетение дыхания.</p>		
ОПК-6	<p>15. АНТАГОНИСТ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ: а) флумазенил; б) цититон; в) клонидин; г) налоксон; д) диазепам.</p>	г)	Фармакология
ОПК-6	<p>16. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ: а) ингибируют ЦОГ; б) активируют фосфолипазу; в) активируют опиоидные рецепторы; г) уменьшают синтез медиаторов боли; д) блокируют опиоидные рецепторы.</p>	в)	Фармакология
ОПК-6	<p>17. В ОСНОВЕ ПРИВЫКАНИЯ К НАРКОТИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИКАМ ЛЕЖИТ: а) эйфория; б) уменьшение синтеза эндогенных опиоидных пептидов; в) кумуляция; г) ускорение метаболизма препаратов в печени; д) угнетение дыхания.</p>	б)	Фармакология
ОПК-6	<p>18. СПЕКТР ДЕЙСТВИЯ НИТРОМИДАЗОЛОВ: а) анаэробные кокки; б) пневмококки; в) стафилококки; г) сальмонеллы; д) возбудитель чумы.</p>	а)	Фармакология
ОПК-6	<p>19. К β-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ: а) макролиды; б) гликопептиды; в) полимиксины; г) цефалоспорины; д) фторхинолоны</p>	г)	Фармакология
ОПК-6	<p>20. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ГЕНТАМИЦИНА: а) нефротоксическое действие; б) бессонница, тремор; в) сонливость, заторможенность; г) нарушение формирования костей; д) «серый» синдром новорожденных.</p>	а)	Фармакология
ПК-9	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МТА ЯВЛЯЕТСЯ а) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы б) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы</p>	а)	Современные технологии в эндодонтии

	<p>в) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе</p> <p>г) любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями</p> <p>д) хронический фиброзный пульпит</p>		
ПК-9	<p>ПРИ АПИКОЭКТОМИИ С РЕТРОГРАДНЫМ ПЛОМБИРОВАНИЕМ КОРНЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>а) машинных Ni-Ti файлов</p> <p>б) ультразвуковых насадок</p> <p>в) 5% р-ра гипохлорита натрия</p> <p>г) системы Термафил</p> <p>д) фосфат-цемента</p>	б)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ</p> <p>а) удалить коронковую и корневую пульпу, провести хемо-механическую обработку канала, запломбировать канал пастой с глюкокортикоидами и антибиотиками под временную пломбу</p> <p>б) удалить коронковую и корневую пульпу, провести хемо-механическую обработку канала, запломбировать канал пастой с глюкокортикоидами и антибиотиками под постоянную пломбу</p> <p>в) удалить коронковую и корневую пульпу, провести хемо-механическую обработку канала, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания</p> <p>г) раскрыть полость зуба, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания</p> <p>д) удалить коронковую и корневую пульпу, провести хемо-механическую обработку канала, запломбировать канал цинк-оксид эвгеноловой пастой под временную пломбу</p>	а)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) оставление зуба открытым в первое посещение</p> <p>б) механическая и медикаментозная обработка канала с последующим пломбированием</p> <p>в) выведение зуба из окклюзии</p> <p>г) применение одного из импрегнационных методов</p> <p>д) проведение апикоектомии</p>	б)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ДЛЯ АПЕКСИФИКАЦИИ И АПЕКСОГЕНЕЗА В КАЧЕСТВЕ КОРНЕВОЙ ПЛОМБЫ В АПИКАЛЬНЫХ 3-4 ММ КОРНЕВОГО КАНАЛА</p>	д)	Современные технологии в эндодонтии

	<p>НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ</p> <p>а) разогретую гуттаперчу б) йодоформную пасту в) цинк-эвгеноловую пасту г) резорцин-формалиновую пасту д) МТА</p>		
ПК-9	<p>ЧТОБЫ СНИЗИТЬ РИСК ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРФОРАЦИИ ИСКРИВЛЕННОГО КАНАЛА НЕОБХОДИМО</p> <p>а) заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал б) выбрать инструмент соответственно толщине канала в) отказаться от расширения канала г) воспользоваться только химическими средствами расширения канала д) воспользоваться ультразвуковой насадкой</p>	а)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ИРРИГАЦИИ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ</p> <p>а) К-файлы большого размера б) К-файлы небольшого размера в) Н-файлы небольшого размера г) гладкие файлы ESI (EMS), IRRIS (VDW) д) ультразвуковые насадки с алмазным покрытием</p>	г)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ ТЕРМАФИЛ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ</p> <p>а) разогретой гуттаперчи на полимерной основе б) одного центрального штифта в) нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением г) пломбировочного материала пастообразной консистенции д) разогретой гуттаперчи на каналонаполнителе</p>	а)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) шаровидный бор б) фиссурный бор в) пиковидный бор г) H-file д) Gates-glidden</p>	д)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБА 26 НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ</p> <p>а) дистальный щечный б) дистальный небный в) мезиальный щечный г) мезиальный небный д) язычный</p>	в)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ХОЛОДНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ</p>	а)	Современные технологии в эндодонтии

	<p>КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ</p> <p>а) нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением б) разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе в) одного центрального штифта г) пломбировочного материала пастообразной консистенции д) разогретой гуттаперчи на каналонаполнителе</p>		
ПК-9	<p>НАИБОЛЬШЕЙ КОНУСНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ:</p> <p>а) K-rimer б) K-file в) H-file г) ProFile д) K-flexofile</p>	г)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ИЗ НИКЕЛЬ-ТИТАНОВОГО СПЛАВА ИЗГОТАВЛИВАЮТ</p> <p>а) K-rimer б) K-file в) H-file г) Gates-glidden д) Pro-Taper</p>	д)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ВЕРТИКАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) спредеры б) Н-файлы в) пульпоэкстракторы г) плагеры д) корневые иглы</p>	г)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>НАИМЕНЬШИЙ КОЭФФИЦИЕНТ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО РАССАСЫВАНИЯ ДАЕТ МЕТОД ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ</p> <p>а) гидроокиси кальция б) центрального штифта в) пасты г) серебряных штифтов д) системы «Термафил»</p>	д)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	<p>ПРИ ИРРИГАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ ВОЗНИКАЕТ ЯВЛЕНИЕ</p> <p>а) аспирации б) трансформации в) сенсбилизации г) микростриминга д) микробрашинга</p>	г)	Современные технологии в эндодонтии

ПК-9	ЭФФЕКТ КАВИТАЦИИ ПРИ ИРРИГАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА БОЛЬШЕ ПРИ КОНУСНОСТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА а) 1% б) 2% в) 3% г) 4% д) 6%	д)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	ПРИ ИРРИГАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА ВЕРОЯТНОСТЬ ПОЛОМКИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАСАДКИ БОЛЬШЕ ПРИ КОНУСНОСТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА а) 2% б) 3% в) 4% г) 6% д) 8%	а)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	ФАЙЛЫ Mtwo И ПРОТЕЙПЕР РАБОТАЮТ В НАКОНЕЧНИКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕМ а) возвратно-поступательные движения б) возвратно-вращательные движения в секторе 90 градусов в) полное вращение с понижающей скоростью г) реципрочное движение д) ключющие движения	в)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	ПРИ УДАЛЕНИИ ОТЛОМКА ИНСТРУМЕНТА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДВИГАТЬСЯ НАСАДКОЙ а) по часовой стрелке б) против часовой стрелки в) не касаясь инструмента г) упираясь в инструмент д) возвратно-поступающими движениями	б)	Современные технологии в эндодонтии
ПК-9	МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРОВ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ а) 2% б) 0,2% в) 0,02% г) 0,002% д) 1%	в)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ а) цинк б) натрий, магний в) йод, бром г) железо, стронций д) кальций, фтор	д)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии

ПК-9	ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ ДЛЯ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОНЦЕНТРАЦИИ а) 2,5-3% б) 0,5-1% в) 10-15% г) 20 % д) 2%	а)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО («ОФИСНОГО») ОТБЕЛИВАНИЯ а) 30-35 % б) 5-7 % в) 10-12 % г) 35-40 % д) 20 %	а)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ а) антисептиков б) противовирусных препаратов в) протеолитических ферментов г) обезболивающих средств д) антибиотиков	б)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ а) эфир б) раствор Шиллера-Писарева в) физиологический раствор г) хлоргексидин д) гепарин	г)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА АЦИКЛОВИРА а) 500 мг 1 раз в день б) 200 мг 5 раз в день в) 250 мг 2 раза в день г) 100 мг 3 раза в день д) 50 мг 2 раза в день	б)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТ а) содержащие гидроокись кальция б) сульфаниламидные в) кортикостероидные г) протеолитические ферменты д) анаболики	а)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии

ПК-9	<p>К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ (НПВП), ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИНГИБИРУЮЩИМ ЦОГ-2, ОТНОСЯТ</p> <p>а) Напроксен б) Кетонал в) Ибупрофен г) Мовалис д) Индометацин</p>	г)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	<p>ПРИ ПОДСЧЕТЕ ИНДЕКСА РМА ДЕСНУ ОКРАШИВАЮТ</p> <p>а) раствором Шиллера-Писарева б) метиленовым синим в) бриллиантовым зеленым г) эритрозином д) фуксином</p>	а)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	<p>ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА НИСТАТИН НАЗНАЧАЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ</p> <p>а) анальгетиками б) противовирусными в) антигистаминными г) антибиотиками д) НПВС</p>	г)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ АПИКАЛЬНЫХ 3 ММ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) паста с содержанием метронидазола б) иодоформная паста в) МТА г) резорцин-формалиновая паста д) гормональная пасты</p>	в)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	<p>МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЗЕМАТОЗНОГО ХЕЙЛИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ</p> <p>а) гигиенической губной помады б) мази «Оксикорт» в) мази «Клотримазол» г) мази «Ацикловир» д) мази/геля «Солкосерил»</p>	б)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	<p>ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА</p> <p>а) Нимесулид б) Клотримазол в) Валцикловир г) Индометацин д) Оксолин</p>	б)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	<p>ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ПРИ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР</p> <p>а) 40% формалина</p>	в)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии

	б) 1 % р-р йода в) 0,2 % хлоргексидина г) 2% р-р метиленового синего д) 1: 5000 фурацилина		
ПК-9	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПОВЯЗОК ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ а) 5 % синтомициновую б) 0,25 % оксолиновую в) 2 % неомициновую г) 5 % бутадионовую д) 1% ланолиновую	г)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	СПОСОБСТВУЕТ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И БЫСТРО УЛУЧШАЕТ САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ а) внутривенное введение тиосульфата натрия б) курс антибиотиков широкого спектра действия в) противовирусные препараты внутрь и местно г) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке д) аскорбиновая кислота в таблетках	а)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	К РЕМИССИИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРИВОДИТ ЛЕЧЕНИЕ а) транквилизаторами б) антибиотиками в) кортикостероидами г) противогрибковыми д) кератопластическими средствами	в)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МЫШЦЬЯКОВИСТОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМЫ а) антитоты б) ферменты в) антибиотики г) хлорсодержащие препараты д) антисептики	а)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-9	АНТИСЕПТИКОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ а) раствор хлоргексидина 0,2% б) раствор хлорамина 1% в) раствор перекиси водорода 6% г) раствор йодида калия 3% д) 1:5000 фурацилин	а)	Фармакотерапия в терапевтической стоматологии
ПК-19	ДЕОНТОЛОГИЯ В СТОМАТОЛОГИИ РАССМАТРИВАЕТ ПРОБЛЕМЫ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ а) врача и пациента б) врача и врача в) врача и среднего медперсонала	д)	Введение в специальность

	г) среднего и младшего медперсонала д) всех вышеперечисленных лиц		
ПК-19	СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ а) защиты внутреннего мира человека, его автономии б) защиты социальных и экономических интересов личности в) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент» г) поддержания престижа медицинской профессии д) всего перечисленного	д)	Введение в специальность
ПК-19	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ У ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПОРИЦАЕТСЯ а) поставить в известность пациента о случившемся б) приступить к устранению ошибки или осложнения в) провести необходимое сопутствующее лечение г) отметить факт случившегося в истории болезни д) скрыть от пациента случившийся факт	д)	Введение в специальность
ПК-19	ПАКЕТЫ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА Б ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ МАРКИРОВКУ а) желтого цвета б) белого цвета в) чёрного цвета г) красного цвета д) синего цвета	а)	Введение в специальность
ПК-19	МИНИМАЛЬНЫЙ РАДИУС ЗАГРЯЗНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ОТ МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ а) 0,5 м б) 1 м в) 1,5 м г) 2,0 м д) 3,0 м	д)	Введение в специальность
ПК-19	ОБЛАДАЮТ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ВИРКОНУ а) кокки б) вирусы гепатита в) ВИЧ г) грибы рода Candida д) туберкулёзные палочки	д)	Введение в специальность
ПК-19	НАБЛЮДАЕТСЯ УСТОЙЧИВОСТЬ К ВИРКОНУ а) ВИЧ б) спор в) кокков	б)	Введение в специальность

	г) вирусов гепатита д) грибов рода Candida		
ПК-19	К ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТУ МЕНЕЕ ВСЕГО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ а) кокки б) вирусы гепатита в) ВИЧ г) грибы рода Candida д) споры	д)	Введение в специальность
ПК-19	ОБЛАДАЮТ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ХЛОРГЕКСИДИНУ а) кокки б) грибы рода Candida в) туберкулёзные палочки г) ВИЧ д) вирусы гепатита	в)	Введение в специальность
ПК-19	ХИМИЧЕСКИЙ СПОСОБ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ а) зеркал б) зондов в) ватных валиков г) боров д) пинцетов	а)	Введение в специальность
ПК-19	ЗАПРЕЩАЕТСЯ ДЕЗИНФИЦИРОВАТЬ НАКОНЕЧНИК а) двукратным протиранием 3 % раствором хлорамина б) помещением в тоннель терминатора в) двукратным протиранием 2 % раствором виркона г) погружением в тройной раствор на 45 минут д) двукратным протиранием 70 % этиловым спиртом	г)	Введение в специальность
ПК-19	СТЕРИЛИЗАЦИЮ ГУТТАПЕРЧЕВЫХ ШТИФТОВ В КАБИНЕТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ а) 96% спиртом б) 3% перекисью водорода в) 3% гипохлоритом натрия г) 0,05% хлоргексидином д) 1% хлорамином	в)	Введение в специальность
ПК-19	ОТСУТСТВУЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ В УСТАНОВКЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ БАКТЕРИЦИДНЫХ ИЗЛУЧАТЕЛЕЙ а) в хирургическом кабинете б) в терапевтическом кабинете в) стерилизационной г) рентген-кабинете д) слизисто-пародонтологическом кабинете	г)	Введение в специальность
ПК-19	НАИБОЛЕЕ НАДЁЖНЫЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ а) гласперленовый стерилизатор б) автоклав	б)	Введение в специальность

	<p>в) сухожаровой шкаф г) растворы химических веществ д) кипячение</p>		
ПК-19	<p>В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ МОЖНО СТЕРИЛИЗОВАТЬ</p> <p>а) ватные валики б) цельнометаллические стоматологические инструменты в) скальпели г) боры и эндодонтические инструменты д) наконечники для слюноотсосов</p>	г)	Введение в специальность
ПК-19	<p>ПРИ ДЕЗИНФЕКЦИИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ В 2% РАСТВОРЕ ВИРКОНА ЭКСПОЗИЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 5 минут б) 10 минут в) 15 минут г) 20 минут д) 30 минут</p>	б)	Введение в специальность
ПК-19	<p>ПАКЕТЫ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА А ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ МАРКИРОВКУ</p> <p>а) желтого цвета б) белого цвета в) чёрного цвета г) красного цвета д) зелёного цвета</p>	б)	Введение в специальность
ПК-19	<p>КВАРЦЕВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ</p> <p>а) 1 раз в день б) 2 раз в день в) 3 раза в день г) 4 раз в день д) 5 раз в день</p>	в)	Введение в специальность
ПК-19	<p>В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) один раз в неделю б) один раз в месяц в) один раз в квартал г) два раза в месяц д) один раз в полгода</p>	б)	Введение в специальность
ПК-19	<p>ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ НАКОНЕЧНИКОВ ДВУКРАТНЫМ ПРОТИРАНИЕМ ЗАПРЕЩЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) спирт этиловый 70% б) спирт этиловый 96% в) хлорамин 3% г) спиртовой раствор хлоргексидина 0,5% д) тройной раствор</p>	б)	Введение в специальность
ПК-1	<p>ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ</p> <p>а) пузырь</p>	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта

	б) папула в) эрозия г) пузырёк д) волдырь		
ПК-1	ПРИЧИНА ЛЕЙКОПЛАКИИ ТАППЕЙНЕРА а) хронический герпес б) лекарственная аллергия в) курение г) гальваноз д) гипосаливация	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-1	ПАПУЛА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО С а) пузырьком б) узлом в) волдырём г) бугорком д) пустулой	г)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-1	ТИПИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ ВЕРРУКОЗНОЙ ФОРМЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ а) узел б) бугорок в) бляшка г) волдырь д) пузырёк	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-1	БОЛЬ В ЯЗЫКЕ, ПРОХОДЯЩАЯ ВО ВРЕМЯ ЕДЫ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а) невралгии тройничного нерва б) глоссалгии в) десквамативного глоссита г) ромбовидного глоссита д) неврита язычного нерва	б)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-1	БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА а) спинке языка б) переходной складке в) красной кайме нижней губы г) твердом нёбе д) десне	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-5	САМАЯ ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ОРАЛЬНОГО КАНДИДОЗА а) молочница б) острый атрофический кандидозный стоматит в) хронический атрофический кандидозный глоссит г) заеды д) хронический гиперпластический кандидозный стоматит	д)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-5	ТИПИЧНУЮ ФОРМУ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С а) пузырчаткой б) хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта

	<p>в) медикаментозным стоматитом г) острой механической травмой д) плоской лейкоплакией</p>		
ПК-1	<p>ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕ ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) бактериоскопическое исследование б) биохимическое исследование крови в) общий клинический анализ крови г) биопсию с гистологическим исследованием д) полное иссечение с гистологическим исследованием</p>	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-1	<p>ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА ЧАЩЕ ВСЕГО НАЧИНАЕТСЯ С ВЫСЫПАНИЙ</p> <p>а) на коже б) на СОПР в) на конъюнктиве г) на слизистой оболочке половых органов д) на всех покровных тканях одновременно</p>	б)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-1	<p>ВЫРАЖЕННАЯ ЛИХЕНИЗАЦИЯ УГЛОВ РТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ХЕЙЛИТА</p> <p>а) актинического б) метеорологического в) атопического г) контактного аллергического д) эксфолиативного</p>	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-5	<p>МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА ПЕРЕД ОБЛУЧЕНИЕМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) снять б) заменить на керамические в) заменить на пластмассовые г) покрыть пластмассовыми каппами д) оставить без изменения</p>	г)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-5	<p>В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ, НАЗНАЧАЕМОГО БОЛЬНОМУ С ОРАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ, ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) общеукрепляющая терапия в) лечение соматических заболеваний г) эрадикация возбудителя в полости рта д) местная иммуностимулирующая терапия</p>	г)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ТРУДНО ПОДДАЮЩАЯСЯ ЛЕЧЕНИЮ ФОРМА КПЛ</p> <p>а) атипичная б) экссудативно-гиперемическая в) эрозивно-язвенная г) буллёзная д) типичная</p>	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-9	<p>ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ ПРИ ХЕЙЛИТЕ</p> <p>а) метеорологическом б) эксфолиативном</p>	б)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта

	в) glandулярном г) контактном аллергическом д) актиническом		
ПК-5	НАИБОЛЬШЕЙ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ а) болезнь Боуэна б) ограниченный предраковый гиперкератоз в) бородавчатый предрак г) кератоакантома д) кожный рог	а)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-9	ПОСЛЕДНЕЕ ПО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ У БОЛЬНОГО С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОПР а) обезболивание б) антисептическая обработка полости рта в) аппликация раствора протеолитического фермента на очаг поражения г) аппликация кератопластического средства на очаг поражения д) удаление налёта с очага поражения	г)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-9	ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЭРОЗИРОВАННОЙ СОПР МЕНЕЕ ВСЕГО ПОДХОДИТ а) раствор лидокаина б) раствор тримекаина в) раствор пиромекаина г) мазь пиромекаина д) анестезиновая эмульсия	д)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-9	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ ВИТАМИН а) Р б) А в) Е г) РР д) С	в)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-9	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОБОЧНОЕ ЯВЛЕНИЕ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ «КОРСОДИЛА» а) десквамация эпителия СОПР б) воспаление околоушных слюнных желез в) аллергическая реакция г) коричневая пятнистость зубов д) расстройство вкуса	г)	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
ПК-1	МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА а) стабильности эмали б) уменьшении проницаемости эмали в) увеличении проницаемости эмали г) изменении свойств органической составляющей эмали д) изменении свойств неорганической составляющей эмали	в)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА	г)	Кариесология и заболевания

	<p>ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <p>а) электропроводность твердых тканей зуба</p> <p>б) количество заместительного дентина в полости зуба</p> <p>в) состояние тканей, окружающих зуб</p> <p>г) электровозбудимость пульпы</p> <p>д) скорость реминерализации</p>		твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>ЭЛЕКТРОМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <p>а) электропроводность твердых тканей зуба</p> <p>б) электровозбудимость пульпы</p> <p>в) состояние окружающих зуб тканей</p> <p>г) количество заместительного дентина</p> <p>д) наличие слоя интактного дентина</p>	а)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>ОТСУТСТВИЕ БОЛЕВОГО СИМПТОМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <p>а) повышенного стирания при прямом прикусе</p> <p>б) клиновидных дефектов</p> <p>в) эрозий твёрдых тканей</p> <p>г) кислотного некроза</p> <p>д) радиационного некроза</p>	д)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>СРЕДНИЙ КАРИЕС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ</p> <p>а) пигментированного пятна</p> <p>б) кариозной полости в пределах эмали</p> <p>в) кариозной полости средней глубины в эмали и дентине</p> <p>г) глубокой кариозной полости</p> <p>д) белого пятна</p>	в)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>ДЕФЕКТ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА, ОБРАЗОВАННЫЙ ДВУМЯ СХОДЯЩИМИСЯ ПОД УГЛОМ ГЛАДКИМИ, ПЛОТНЫМИ СТЕНКАМИ – ЭТО</p> <p>а) гипоплазия</p> <p>б) флюороз</p> <p>в) эрозия твердых тканей</p> <p>г) некроз твердых тканей</p> <p>д) клиновидный дефект</p>	д)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>ДИАГНОЗ СРЕДНИЙ КАРИЕС СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ПО МКБ-10</p> <p>а) кариес эмали</p> <p>б) кариес дентина</p> <p>в) кариес цемента</p> <p>г) гиперемия пульпы</p> <p>д) другой уточненный кариес</p>	б)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>ДИАГНОЗ ГЛУБОКИЙ КАРИЕС (ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ) СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ПО МКБ-10:</p> <p>а) кариес эмали</p> <p>б) кариес дентина</p> <p>в) кариес цемента</p> <p>г) гиперемия пульпы</p>	б)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов

	д) рецидивирующий кариес		
ПК-1	<p>ДИАГНОЗ ГЛУБОКИЙ КАРИЕС (ОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ) СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ПО МКБ-10:</p> <p>а) кариес эмали б) кариес дентина в) кариес цемента г) гиперемия пульпы д) рецидивирующий кариес</p>	г)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) «тетрациклиновые зубы» б) несовершенный амелогенез в) несовершенный дентиногенез г) синдром Стентона-Капдепона д) клиновидный дефект</p>	д)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>КЛАССИФИКАЦИЯ ФЛЮОРОЗА ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕДЛОЖЕНА</p> <p>а) М.И. Грошиковым б) В.К. Патрикеевым в) И.Г. Лукомским г) Е.В. Боровским д) А.И. Рыбаковым</p>	б)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) некрозом эмали б) нарушением формирования эмали в) поверхностной деминерализацией г) подповерхностной деминерализацией д) гиперминерализацией</p>	г)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>ЧУВСТВО «ПРИЛИПАНИЯ» ЗУБОВ ПРИ ИХ СМЫКАНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <p>а) деструктивной формы флюороза б) системной гипоплазии в) кислотного некроза г) несовершенного амелогенеза д) несовершенного дентиногенеза</p>	в)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-5	<p>ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) регуляция слюноотделения б) ограничение употребления углеводов в) борьба с микроорганизмами зубного налета г) реминерализующая терапия д) назначение кальция и фосфор содержащих зубных паст</p>	в)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-5	<p>ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА, В ОТЛИЧИЕ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО, ВКЛЮЧАЕТ ЭТАП</p> <p>а) препарирования кариозной полости б) медикаментозной обработки в) наложения лечебной прокладки г) наложения постоянной пломбы д) кондиционирования дентина</p>	в)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов

ПК-5	<p>ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) отбелить пятно и сделать аппликацию 10% раствором глюконата кальция</p> <p>б) покрыть зуб коронкой</p> <p>в) обработать зуб фторлаком</p> <p>г) удалить зуб</p> <p>д) провести серебрение</p>	б)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-9	<p>НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ИОНОВ ФТОРА ВЫДЕЛЯЕТ</p> <p>а) классический СИЦ</p> <p>б) гибридный СИЦ</p> <p>в) силикофосфатный цемент</p> <p>г) компомер</p> <p>д) поликарбоксилатный цемент</p>	а)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-5	<p>ОТДЕЛКУ ПЛОМБЫ ИЗ ТРАДИЦИОННОГО СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ</p> <p>а) 6 часов</p> <p>б) 12 часов</p> <p>в) 18 часов</p> <p>г) 24 часа</p> <p>д) 48 часов</p>	г)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-5	<p>ЛЕЧЕБНАЯ ПРОКЛАДКА ПРИ КАРИЕСЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ</p> <p>а) всегда при глубоком кариесе</p> <p>б) всегда, если дно кариозной полости находится ниже эмалево-дентинной границы</p> <p>в) при остром течении глубокого кариеса</p> <p>г) при хроническом течении глубокого кариеса</p>	в)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-9	<p>ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ</p> <p>а) максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина</p> <p>б) частичное раскрытие фиссуры</p> <p>в) полное раскрытие фиссуры</p> <p>г) максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)</p> <p>д) иссечение бугров</p>	в)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-9	<p>НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТенок КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВЕДЕТ К</p> <p>а) случайному вскрытию полости зуба</p> <p>б) облому стенки кариозной полости</p> <p>в) рецидиву кариеса</p> <p>г) некрозу пульпы</p> <p>д) воспалению периодонта</p>	в)	Кариесология и заболевания твёрдых тканей зубов
ПК-1	<p>ЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ ЗУБО-ДЕСНЕВОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ В НОРМЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>а) стабильно на эмали</p>	г)	Пародонтология

	<p>б) стабильно на эмалево-цементной границе в) стабильно на цементе г) динамично, зависит от возраста д) стабильно на уровне анатомической шейки зуба</p>		
ПК-1	<p>ПО РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ВСЕГДА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) гингивит катаральный б) гингивит язвенный в) пародонтит г) пародонтоз д) гингивит гипертрофический</p>	г)	Пародонтология
ПК-1	<p>ГЛАВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) биоплёнка б) зубной камень в) травматическая окклюзия г) гипосаливация д) соматическая патология</p>	а)	Пародонтология
ПК-1	<p>ПРОБА ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <p>а) гидрофильность десны б) интенсивность воспаления десны в) стойкость капилляров десны г) степень кровоточивости д) деструкцию костной ткани</p>	б)	Пародонтология
ПК-1	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) цитоморфометрический б) рентгенологический в) реопародонтографический г) микробиологический д) биохимический анализ крови</p>	б)	Пародонтология
ПК-1	<p>ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПАРОДОНТОЛОГИИ ГЛАВЕНСТВУЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ</p> <p>а) рентгенография б) реопародонтография в) биомикроскопия г) полярография д) биомикроскопия</p>	а)	Пародонтология
ПК-3	<p>НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) профессиональная гигиена б) санация полости рта в) устранение зубочелюстных аномалий г) местная противовоспалительная терапия д) системная антибиотикотерапия</p>	а)	Пародонтология
ПК-1	<p>УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА</p>	в)	Пародонтология

	<ul style="list-style-type: none"> а) отёк б) гиперемия в) кровоточивость г) нарушение рельефа десны д) ишемия 		
ПК-1	<p>ПАРОДОНТИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГИНГИВИТА НАЛИЧИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) гиперемии десневого края б) гиперемии прикрепленной десны в) плохого уровня гигиены полости рта г) кровоточивости десны д) отека десневого края 	б)	Пародонтология
ПК-1	<p>ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дошкольном б) младшем школьном в) юношеском г) зрелом д) преклонном 	в)	Пародонтология
ПК-5	<p>ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) индекса РМА б) индекса OHIS в) пробы Шиллера-Писарева г) индекса КПУ д) индекса Фукса 	б)	Пародонтология
ПК-9	<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОЙ ГИНГИВИТЕ НАИМЕНЕЕ ПОКАЗАН СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ВИДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ванночек б) гелевых аппликаций в) аппликаций в десневую борозду г) per os д) пленочных аппликаций 	г)	Пародонтология
ПК-5	<p>ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) местное применение противовоспалительных средств б) склерозирующая терапия в) удаление назубных отложений г) обучение личной гигиене и контроль д) местное применение антисептических средств 	б)	Пародонтология
ПК-5	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У БЕРЕМЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА</p> <ul style="list-style-type: none"> а) склерозирующая терапия десневых сосочков б) местная физиотерапия в) гингивэктомия г) местная противовоспалительная терапия 	г)	Пародонтология

	д) гингивитомия		
ПК-1	<p>В МАЗКЕ С ДЕСНЫ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ ГИНГИВИТОМ ПРЕОБЛАДАЮТ</p> <p>а) гр + кокки и палочки б) лактобактерии в) дрожжеподобные грибы г) фузобактерии и спирохеты д) гр - кокки и палочки</p>	г)	Пародонтология
ПК-5	<p>ЗАКРЫТЫЙ КЮРЕТАЖ ПОКАЗАН ПРИ</p> <p>а) хроническом пародонтите легкой степени б) хроническом пародонтите средней степени в) хроническом катаральном гингивите г) хроническом пародонтите тяжелой степени д) обострении хронического пародонтита</p>	а)	Пародонтология
ПК-5	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОТКРЫТОГО КЮРЕТАЖА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) хронический пародонтит легкой степени б) хронический пародонтит средней степени в) хронический катаральный гингивит г) хронический пародонтит тяжелой степени д) обострение хронического пародонтита</p>	б)	Пародонтология
ПК-5	<p>НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ПРИХОДИТСЯ НА</p> <p>а) начальный этап лечения б) хирургический этап в) ортопедический этап г) этап поддерживающей терапии д) этап восстановительного лечения</p>	а)	Пародонтология
ПК-9	<p>ГЛАВНОЕ ТРЕБОВАНИЕ К ПОСТОЯННОЙ ШИНИРУЮЩЕЙ КОНСТРУКЦИИ</p> <p>а) комфортность для пациента б) эстетичность в) доступность г) надежная стабилизация зубов д) востребованность</p>	г)	Пародонтология
ПК-13	<p>ГАЛЬВАНИЗАЦИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ</p> <p>а) непрерывного постоянного тока до 50 мА и напряжения 30-80 В б) переменного синусоидального тока с несущей частотой 5 Гц в) высокочастотного импульсного тока высокого напряжения (20 кВ) и малой силы (0,02 мА) г) электрического тока высокой частоты небольшого напряжения (150-200 В) и большой силы (2 А) д) переменного импульсного тока частотой 100 кГц</p>	а)	Физиотерапия стоматологических заболеваний

ПК-13	<p>ПРИ ТРАВМЕ ЗУБА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ</p> <p>а) электрообезболивание б) электростимуляцию в) электроодонтодиагностику г) анодгальванизацию д) флюктуоризацию</p>	в)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) трансиллюминацию б) апекслокацию в) диатермокоагуляцию г) электроодонтодиагностику д) периотест</p>	б)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>ПРИ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ШЕЕК ЗУБОВ НАЗНАЧАЮТ</p> <p>а) аэрозольтерапию б) электрофорез препаратов кальция в) магнитотерапию г) флюктуоризацию д) диадинамотерапию</p>	б)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА ПРИВОДИТ</p> <p>а) к уменьшению глубины пародонтального кармана б) прекращению роста грануляционной ткани в) активизации репарации костной ткани г) новообразованию коллагеновых волокон д) гибели микрофлоры в пародонтальном кармане</p>	д)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ</p> <p>а) дарсонвализации б) анодгальванизации в) диадинамотерапии г) магнитолазера д) вакуум массажа</p>	г)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>НАИБОЛЬШЕЙ ЭЛЕКТРОПРОВОДНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) ороговевший слой эпидермиса б) костная ткань в) сухожилие г) слизистая оболочка рта д) твердые ткани зуба</p>	г)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЕМ ФЛЮКТУОРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) невралгия тройничного нерва б) обострение хронического периодонтита в) заболевание слюнных желез</p>	д)	Физиотерапия стоматологических заболеваний

	г) обострение катарального гингивита д) злокачественные новообразования		
ПК-13	ИНФРАКРАСНЫЕ ЛУЧИ ПРОНИКАЮТ В ТКАНИ НА ГЛУБИНУ а) 1-го см б) 2-3 см в) 0,5 см г) 1 мм д) менее 1 мм	б)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	ТОКИ ДАРСОНВАЛЯ БЫЛИ ОТКРЫТЫ В а) 1990 г. б) 1900 г. в) 1892 г. г) 1905 г. д) 1950 г.	в)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	ПРИ ОБЛУЧЕНИИ КОЖИ УФО ИЗЛУЧЕНИЕМ ВОЗНИКАЕТ а) гиперемия с постепенным исчезновением б) зуд, отек в) гиперемия, эрозии г) гиперемия, эритема, шелушение, пигментация д) десквамация эпителия	г)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ПРИМЕНЯЮТ а) флюктуоризацию б) дарсонвализацию в) дарсонвализацию г) электрофорез микроэлементов д) анодгальванизацию	г)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) гидромассаж б) криодеструкция в) дидинамотерапия г) дарсонвализация д) лазеротерапия	а)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАЗНАЧАЮТ а) низкоинтенсивный лазер б) дарсонвализацию в) электрофорез с ферментами г) дидинамотерапию д) коротковолновое УФО	а)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО У а) импульсного тока б) постоянного тока в) переменного тока г) инфракрасного излучения д) аэроионотерапии	а)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ КОРОТКОФОКУСНОЕ УФ СОЧЕТАЮТ С	б)	Физиотерапия стоматологических заболеваний

	<p>а) лазеротерапией б) гидротерапией в) фотодинамической терапией г) ультразвуком д) магнитотерапией</p>		
ПК-13	<p>ПРИ ДЕКУБИТАЛЬНОЙ ЯЗВЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПОКАЗАНА</p> <p>а) диатермокоагуляция б) короткофокусное УФО в) анодгальванизация г) магнитотерапия д) флюктуоризация</p>	б)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>ПРИ ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НАЗНАЧАЮТ</p> <p>а) ультразвук б) УВЧ-терапию в) пальцевой массаж г) лазерную абляцию д) магнитолазеротерапию</p>	г)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ГИДРОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) воспалительные заболевания пародонта б) гнойный воспалительный процесс в) красный плоский лишай г) невралгия тройничного нерва д) плоская лейкоплакия</p>	а)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-13	<p>ПРИ МАКРОХЕЙЛИТЕ НАЗНАЧАЮТ</p> <p>а) дидинамотерапию б) ультрафонофорез кортикостероидных препаратов в) применение озокерита г) гальванический воротник по Щербаку д) флюктуоризацию</p>	в)	Физиотерапия стоматологических заболеваний
ПК-1	<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) 2-5 мкА б) 10-15 мкА в) 30-40 мкА г) 60-80 мкА д) 100 мкА и выше</p>	в)	Эндодонтия
ПК-1	<p>СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА В ПРОЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ</p> <p>а) всегда не изменена б) резко гиперемирована в) цианотична, нередко свищ г) имеется выбухание д) эрозирована, отечна</p>	в)	Эндодонтия
ПК-1	<p>НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) очаг деструкции костной ткани с четкими контурами</p>	б)	Эндодонтия

	б) отсутствие патологических изменений в) разрушение кортикальной пластинки альвеолы г) расширение периодонтальной щели д) очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами		
ПК-1	ЧАЩЕ ВСЕГО ДВА КОРНЕВЫХ КАНАЛА В ЗУБАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ а) у центральных резцов б) у боковых резцов в) у клыков г) у первых премоляров д) у вторых премоляров	г)	Эндодонтия
ПК-1	ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В ФАЗУ ЭКССУДАЦИИ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА а) кратковременные пульсирующие боли б) обычно жалоб не предъявляет в) ноющую боль, усиливающуюся при накусывании г) постоянную боль, усиливающуюся при накусывании, чувство «выросшего зуба» д) боли от горячего	г)	Эндодонтия
ПК-1	БОЛЬНОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ ЖАЛУЕТСЯ НА а) постоянные самопроизвольные боли б) боли от холодного в) самопроизвольные приступообразные боли с длительными безболевыми промежутками г) боли от горячего д) отсутствие болей	г)	Эндодонтия
ПК-1	ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОДНОЕ а) безболезненная б) возникает боль, проходящая после устранения раздражителя в) возникает длительный приступ боли г) от холодного боль проходит д) возникает длительная ноющая боль	в)	Эндодонтия
ПК-1	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПЕРКУССИЯ ЗУБА а) безболезненная б) болезненная горизонтальная перкуссия в) болезненная вертикальная перкуссия г) болезненная вертикальная и горизонтальная перкуссия д) не проводится	а)	Эндодонтия
ПК-1	УКАЖИТЕ РЕАКЦИЮ НА ХОЛОДНОЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ а) боль, исчезает сразу после устранения раздражителя б) длительный приступ острой боли в) острая боль, иррадиирующая в соседние зубы	г)	Эндодонтия

	г) реакция на холодное безболезненная д) длительная ноющая боль		
ПК-1	УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ В ТИПИЧНОМ СЛУЧАЕ а) полость зуба широко вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненно, зондирование корневой пульпы болезненно б) полость зуба не вскрыта в) дно размягчено, зондирование болезненно в одной точке г) дно размягчено, зондирование болезненно по всему дну д) полость зуба широко вскрыта, зондирование коронковой и корневой пульпы безболезненно	а)	Эндодонтия
ПК-5	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАНГРЕНОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ а) биологический б) витальной ампутации в) витальной экстирпации г) девитальной экстирпации д) девитальной ампутации	в)	Эндодонтия
ПК-5	БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ПОКАЗАН ПРИ а) гнойном пульпите б) начальном пульпите в) хроническом пульпите г) остром пульпите д) хроническом язвенном пульпите	б)	Эндодонтия
ПК-5	МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАН а) у молодых людей с хорошей реактивностью пульпы б) при острых формах пульпита у пожилых людей в) при непереносимости анестетиков г) при страхе перед вмешательством д) при всех хронических формах пульпита	в)	Эндодонтия
ПК-1	УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ ПРИ ПЕРИАПИКАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ БЕЗ СВИЦА а) окружающая слизистая оболочка без патологических изменений б) слизистая оболочка в области проекции верхушки корня цианотичная, определяется положительный симптом вазопареза в) маргинальная десна гиперемирована, отечна г) переходная складка гиперемирована, сглажена, пальпация болезненная д) на слизистой оболочке определяется	г)	Эндодонтия

	рубец		
ПК-5	МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА С СОХРАНЕНИЕМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЧАСТИ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) витальная ампутация б) витальная экстирпация в) комбинированный г) биологический д) девитальная ампутация	а)	Эндодонтия
ПК-5	НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОСЛОЖНЕНИЙ В ВИДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРОГНОЗИРУЕТСЯ ПОСЛЕ а) витальной экстирпации б) девитальной экстирпации в) девитальной ампутации г) биологического метода д) витальной ампутации	в)	Эндодонтия
ПК-5	ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ а) сахарном диабете б) остром инфаркте миокарда в) хроническом гепатите г) беременности д) синусите	б)	Эндодонтия
ПК-5	ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ, СОСТАВЛЯЕТ а) 3 месяца б) 6 месяцев в) 2 года г) 1 год д) 1,5 года	в)	Эндодонтия
ПК-9	БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ ЭТАП а) обезболивания б) вскрытия и раскрытия полости зуба в) медикаментозной обработки кариозной полости г) наложения лечебной прокладки д) наложения пломбы	б)	Эндодонтия
ПК-9	ДЛЯ МЕДЛЕННОЙ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАСТУ а) параформальдегидную б) резорцинформалиновую в) цинкоксидэвгеноловую г) мышьяковистую д) лизоцим-витаминную	а)	Эндодонтия
ПК-9	УСТЬЕВАЯ ЧАСТЬ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПЕРЕД ВНУТРЕННИМ ОТБЕЛИВАНИЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПЛОМБИРОВАНА а) гидроокисью кальция б) цинк-фосфатным цементом в) гуттаперчей г) цинк-сульфатным цементом	д)	Эстетическая реставрация зубов

	д) стеклоиономерным цементом		
ПК-9	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИЦ, УНИВЕРСАЛЬНОЙ АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ И КОМПОЗИТА – ЭТО а) адгезивная техника б) бондинг-техника в) сэндвич-техника г) техника слоеной реставрации д) упрощенная техника слоеной реставрации	в)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	СКОС ЭМАЛИ ПОД УГЛОМ 45° СОЗДАЕТСЯ ДЛЯ а) увеличения адгезии и создания линии маскировки б) обезболивания в) уменьшения токсичности материала г) устранения смазанного слоя д) увеличения гидрофобности эмали	а)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	ШЛИФОВАНИЕ И ПОЛИРОВАНИЕ РЕСТАВРАЦИИ ИЗ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА МОЖНО ПРОВОДИТЬ а) сразу после полимеризации б) через 1 час в) на следующее посещение г) через сутки д) через неделю	а)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА БОЛЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ НЕОБХОДИМО а) депульпировать зуб б) тщательно отполировать пломбу в) обработать реставрацию фторсодержащим препаратом г) назначить физиолечение д) перепломбировать полость, используя прокладку из СИЦ	д)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО ОТБЕЛИВАЮЩИХ СИСТЕМ а) гипохлорит натрия б) перекись водорода в) хлорамин г) серная кислота д) щавелевая кислота	б)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА ДЛЯ КАБИНЕТНОГО («ОФИСНОГО») ОТБЕЛИВАНИЯ а) 5-7% б) 10-12% в) 15-25% г) 30-35% д) 40-45%	г)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	ОТДЕЛКУ ПЛОМБЫ ИЗ ТРАДИЦИОННОГО СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ	г)	Эстетическая реставрация зубов

	<p>а) 6 часов б) 12 часов в) 18 часов г) 24 часа д) 48 часов</p>		
ПК-9	<p>НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТЕНОК КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВЕДЕТ К</p> <p>а) случайному вскрытию полости зуба б) облому стенки кариозной полости в) рецидиву кариеса г) некрозу пульпы д) воспалению периодонта</p>	в)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	<p>ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ</p> <p>а) максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина б) частичное раскрытие фиссуры в) полное раскрытие фиссуры г) максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали) д) иссечение бугров</p>	в)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	<p>КОМПОЗИТНАЯ ОБЛИЦОВКА (ВИНИР) В ПОЛОСТЯХ IV КЛАССА ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ПРИ РАЗРУШЕНИИ КОРОНКИ</p> <p>а) не более 1/2 объёма б) более 1/2 объёма в) менее 1/3 объёма г) при полном разрушении коронки д) разрушение не имеет значения</p>	а)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА (СРЕДНЕМ) НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА</p> <p>а) бондинг-техника б) адгезивная техника в) техника закрытого сэндвича г) техника слоеной реставрации д) техника открытого сэндвича</p>	б)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-9	<p>ДЕТЕКТОР КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ</p> <p>а) наружного слоя кариозного дентина б) вторичного дентина в) внутреннего слоя кариозного дентина г) третичного дентина. д) иррегулярного дентина</p>	в)	Эстетическая реставрация зубов
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ФИБРОЗНЫМ ПУЛЬПИТОМ</p> <p>а) на самопроизвольные приступообразные боли б) на постоянные ноющие боли в) на боль при накусывании г) на длительные боли от холодного</p>	г)	Клиническая практика по стоматологии общей практики

	д) на боли от горячего		
ПК-5	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД СОСТАВЛЯЮТ а) 2-5 мкА б) 10-15 мкА в) 20-40 мкА г) 60-80 мкА д) 100 мкА и выше	д)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В ФАЗУ ЭКССУДАЦИИ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА а) кратковременные пульсирующие боли б) обычно жалоб не предъявляет в) ноющую боль, усиливающуюся при накусывании г) постоянную боль, усиливающуюся при накусывании, чувство «выросшего зуба» д) боли от горячего	г)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ а) слизистая бледно-розового цвета б) слизистая цианотичная в) слизистая гиперемированная, отечная г) слизистая гиперемированная, отечная, выбухает в полость рта	г)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	ОККЛЮЗИОННАЯ ПЛОСКОСТЬ В НОРМЕ ПРИ СОМКНУТЫХ ГУБАХ РАСПОЛОЖЕНА: а) на 2-3 мм ниже уровня линии смыкания губ б) на 2-3 мм выше уровня линии смыкания губ в) на уровне линии смыкания губ г) на 5-7 мм выше уровня линии смыкания губ д) на 5-7 мм ниже уровня линии смыкания губ	в)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА а) стабильности эмали б) уменьшении проницаемости эмали в) увеличении проницаемости эмали г) изменении свойств органической составляющей эмали д) изменении свойств неорганической составляющей эмали	в)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ: а) острые боры б) прерывистый режим препарирования в) использование охлаждения г) отсутствие вибрации бора в наконечнике д) все условия одинаково важны	д)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-4	ТЕКУЧИЙ КОМПОЗИТ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН В СЛУЧАЕ	г)	Клиническая практика по стоматологии общей

	<p>а) обширной кариозной полости I класса б) кариозной полости IV класса в) кариозной полости II класса, отпрепарированной по принципам Блэка г) кариозной полости II класса после «туннельного» препарирования д) травматического откола края зуба</p>		практики
ПК-2	<p>СОГЛАСНО МКБ-10, СРЕДНИЙ КАРИЕС ЯВЛЯЕТСЯ КАРИЕСОМ</p> <p>а) эмали б) дентина в) приостановившимся г) неуточненным д) уточненным</p>	б)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-2	<p>ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА</p> <p>а) острого очагового б) острого диффузного в) хронического фиброзного г) хронического гангренозного д) хронического гипертрофического</p>	б)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-3	<p>НАИМЕНЕЕ ТОКСИЧЕН ДЛЯ ПУЛЬПЫ</p> <p>а) цинк-фосфатный цемент б) стеклоиономерный цемент в) силико-фосфатный цемент г) композит д) силикатный цемент</p>	б)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СНЯТИЯ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) инструментальный (ручной) б) химический в) звуковой г) ультразвуковой д) сочетание инструментального и ультразвукового</p>	д)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) регуляцию слюноотделения б) ограничение употребления углеводов в) борьбу с микроорганизмами зубного налета г) реминерализующую терапию д) назначение кальция и фосфора содержащих зубных паст</p>	в)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) отбелить пятно и сделать аппликацию 10% раствором глюконата кальция б) покрыть зуб коронкой в) обработать зуб фторлаком г) удалить зуб д) провести серебрение</p>	б)	Клиническая практика по стоматологии общей практики

ПК-5	<p>РАЗРУШЕНИЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА 2/3 И БОЛЕЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ</p> <p>а) обычной искусственной коронкой б) искусственной культевой коронкой в) частичным съемным протезом г) бюгельным протезом д) вкладкой</p>	б)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>В КАЧЕСТВЕ ИЗОЛИРУЮЩЕЙ ПРОКЛАДКИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ЦЕМЕНТЫ, КРОМЕ</p> <p>а) цинк-фосфатного б) силико-фосфатного в) поликарбоксилатного г) стеклоиономерного д) цинк-эвгенольного</p>	б)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>ДЛЯ ФИНИШНОЙ ОБРАБОТКИ ПЛОМБ ИСПОЛЬЗУЮТ БОР С МАРКИРОВКОЙ</p> <p>а) черное кольцо б) зеленое кольцо в) синее кольцо г) красное кольцо д) без кольца</p>	г)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>ЗАПРЕЩАЕТСЯ СОВЕРШАТЬ ВРАЩАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ</p> <p>а) патфайндером б) пульпэкстрактором в) К-файлом г) К-римером д) Н-файлом</p>	д)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>ПРИЧИНЫ ПРОТЕТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ИЛИ ПАРОДОНТИТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ</p> <p>а) короткая коронка б) широкий периметр коронки в области шейки зуба в) отсутствие контакта с антагонистами г) чрезмерно выраженный экватор коронки д) коронка изготовлена на уровне десны</p>	б)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>НЕОБХОДИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТРИЦЫ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ</p> <p>а) V класса б) IV класса в) III класса г) II класса д) I класса</p>	д)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-4	<p>НЕОБХОДИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТРАКЦИОННОЙ НИТИ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ</p> <p>а) I класса б) II класса</p>	а)	Клиническая практика по стоматологии общей практики

	<p>в) III класса г) IV класса д) IV класса</p>		
ПК-5	<p>ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>а) раствор перекиси водорода 3% б) раствор йодиола 1% в) раствор фурацилина 0,02% г) раствор хлоргексидина 0,2% д) раствор хлорамина 1%</p>	а)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ, НАЗНАЧАЕМОГО БОЛЬНОМУ С ОРАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ, ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) общеукрепляющая терапия в) лечение соматических заболеваний г) эрадикация возбудителя в полости рта д) местная иммуностимулирующая терапия</p>	г)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>АППЛИКАЦИИ 10% Р-РОМ ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ И 2% Р-РОМ ФТОРИДА НАТРИЯ – ЭТО МЕТОДИКА</p> <p>а) Боровского Е.В., Леуса П.А. б) Боровского Е.В., Волкова Е.А. в) Пахомова Г.Н. г) Леонтьева В.К., Сунцова В.Г., Дистеля В.А. д) Лукомского И.Г.</p>	а)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>СРЕДСТВА ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА В КАЧЕСТВЕ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА ЧАЩЕ ВСЕГО СОДЕРЖАТ</p> <p>а) протеолитические ферменты б) кислоты в) щелочи г) ЭДТА д) Ваготил</p>	г)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА МИКРОФЛОРУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОКАЗЫВАЕТ:</p> <p>а) перекись водорода 1% б) хлоргексидин 0,2 % в) фурациллин 0,02 г) мирамистин 0,01% д) диоксидин 1%</p>	б)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	<p>ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ</p> <p>а) медленное прогрессирование б) широкий вход в кариозную полость в) распространение кариозного процесса преимущественно по поверхности корня зуба</p>	д)	Клиническая практика по стоматологии общей практики

	г) кариозные полости длительное время не достигают большой глубины д) болезненная перкуссия		
ПК-5	СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) СОСТАВЛЯЕТСЯ а) самим врачом б) руководителем медицинской организации в) медицинским статистиком г) медсестрой кабинета д) юристом	в)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПАЦИЕНТА а) при первичном обращении один раз в год б) при каждом обращении в) один раз в пять лет г) два раза в год д) один раз	а)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) удельный вес санированных от первично обратившихся б) среднее количество посещений на одну пломбу в) количество посещений по поводу законченного лечения пульпита и периодонтита г) среднее число посещений на одного врача в смену д) удельный вес пульпитов, вылеченных под анестезией	г)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНКИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ а) снижение частоты рецидивов б) длительность ремиссий в) снижение частоты сроков временной нетрудоспособности г) удельный вес больных с клиническим благополучием д) удельный вес лиц, вновь взятых на учет	д)	Клиническая практика по стоматологии общей практики
ПК-5	ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЕГО ТЕЧЕНИЕ, ПРОВЕДЁННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИСТРИРУЮТ В ГРАФЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ а) развитие настоящего заболевания б) перенесенные и сопутствующие	а)	Клиническая практика по стоматологии общей практики

	заболевания в) жалобы больного г) данные объективного исследования д) онкосмотр		
ПК-17	НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ГРАЖДАНЕ РФ МОГУТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ СВОЕ ПРАВО НА ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО С ВОЗРАСТА а) 15 лет б) 16 лет в) 17 лет г) 18 лет д) 19 лет	а)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО а) по записям в ней осуществляют лечебные мероприятия б) является источником информации о причинах заболеваний в) характеризуют «лицо» учреждения, уровень лечебной работы г) может стать предметом судебного разбирательства д) значимость приобретают достоверность одонтограмм людей	б)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ КАРИОЗНЫЕ, ПЛОМБИРОВАННЫЕ ИЛИ УДАЛЕННЫЕ ЗУБЫ ИЗ ЧИСЛА ОБСЛЕДОВАННЫХ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТАКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, КАК а) интенсивность кариеса б) распространенность кариеса в) прирост интенсивности кариеса г) заболеваемость кариесом д) редукция кариеса	б)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ЗУБОВ, ПОРАЖЕННЫХ КАРИЕСОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ, ЗАПЛОМБИРОВАННЫХ И УДАЛЕННЫХ, НА ОДНОГО ОБСЛЕДОВАННОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТАКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, КАК а) интенсивность кариеса б) распространенность кариеса в) прирост интенсивности кариеса г) заболеваемость кариесом д) редукция кариеса	а)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ В РЕГИСТРАТУРЕ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ (ЛЕТ)	а)	Практика Научно-исследовательская работа

	<p>а) 5 б) 7 в) 10 г) 15 д) 25</p>		
ПК-17	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА (ЛЕТ)</p> <p>а) 12-14 б) 18-20 в) 25-35 г) 35-44 д) 45-54</p>	г)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	<p>ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПАРОДОНТОЛОГИИ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДИТ ИНДЕКС</p> <p>а) РМА б) СРITN в) PI г) SBI д) ОНI-S</p>	б)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	<p>ПРИРОСТ КАРИЕСА – ЭТО</p> <p>а) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями б) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы в) количество новых кариозных поражений за год г) наличие зубного налета на аппроксимальных поверхностях зубов д) среднее число запломбированных зубов</p>	в)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЫРАЖАЕТСЯ В</p> <p>а) абсолютных единицах б) процентах в) относительных единицах г) коэффициентах д) константах</p>	б)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	<p>ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ОЦЕНИВАЕТСЯ ИНДЕКСОМ</p> <p>а) СРITN б) РМА в) ИДЖ г) КПУ д) УИГР</p>	г)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	<p>ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) уровнем стоматологической помощи населению б) интенсивностью стоматологического заболевания в) стоматологической заболеваемостью населения</p>	г)	Практика Научно-исследовательская работа

	г) распространённостью стоматологического заболевания		
ПК-17	НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО: а) составить план и программу исследования б) собрать материал для исследования в) определить методы статистической обработки данных г) определить источник информации д) провести проверку учетных признаков	а)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ ПРИЗНАКОВ ОПИСЫВАЕТСЯ СРЕДНИМИ ВЕЛИЧИНАМИ а) мода, медиана, средняя геометрическая б) коэффициент корреляции в) коэффициент ассоциации г) критерий соответствия, критерий асимметрии д) критерий эксцесса	а)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	ПЛАН НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ а) перечень вопросов организационно-методического характера б) сетевой график проведения сбора и обработки информации в) разработку учетно-отчетных документов и их утверждение г) определение экономической эффективности работы д) внедрение результатов исследования в практику	а)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	В КАКИХ ПРЕДЕЛАХ МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ КОЭФФИЦИЕНТ КОРРЕЛЯЦИИ? а) от 1 до 5 б) от 1 до 10 в) от 0 до 0,5 г) от 0 до 10 д) от 0 до плюс-минус 1	д)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ а) оборота койки б) количества пролеченных пациентов в) среднегодовой занятости койки г) летальности д) среднемесячной занятости койки	г)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ УТВЕРЖДАЮТСЯ а) руководством медицинской организации б) Ассоциацией врачей в) Правительством РФ г) Министерством здравоохранения РФ д) Российской академией наук	г)	Практика Научно-исследовательская работа

ПК-17	<p>УЧЁТ ТРУДА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРОВОДИТСЯ ПО</p> <p>а) количеству вылеченных зубов б) условным единицам трудоёмкости в) числу принятых пациентов г) проведённым курсам профилактических мероприятий д) количеству отработанных дней</p>	б)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-17	<p>КАЧЕСТВЕННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ:</p> <p>а) удельный вес вновь взятых на учёт б) средняя кратность осмотров, приходящихся на одного больного в год в) частота рецидивов заболевания г) процент лиц, снятых с диспансерного учёта в течение года д) удельный вес больных, не явившихся для профилактического осмотра</p>	в)	Практика Научно-исследовательская работа
ПК-1	<p>МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА</p> <p>а) стабильности эмали б) уменьшении проницаемости эмали в) увеличении проницаемости эмали г) изменении свойств органической составляющей эмали д) изменении свойств неорганической составляющей эмали</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-1	<p>БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ СРЕДНЕМ КАРИЕСЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ</p> <p>а) некрозом пульпы б) отсутствием чувствительной инервации в дентине в) разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения) г) воспалением пульпы д) воспалением периодонта</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-1	<p>ОТСУТСТВИЕ БОЛЕВОГО СИМПТОМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <p>а) повышенного стирания при прямом прикусе б) клиновидных дефектов в) эрозий твёрдых тканей г) кислотного некроза д) радиационного некроза</p>	д)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-1	<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ФИБРОЗНЫМ ПУЛЬПИТОМ</p> <p>а) на самопроизвольные приступообразные боли б) на постоянные ноющие боли в) на боль при накусывании г) на длительные боли от холодного д) на боли от горячего</p>	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)

ПК-1	<p>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>а) 2-5 мкА б) 10-15 мкА в) 20-40 мкА г) 60-80 мкА д) 100 мкА и выше</p>	д)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-1	<p>СОГЛАСНО МКБ-10, СРЕДНИЙ КАРИЕС ЯВЛЯЕТСЯ КАРИЕСОМ</p> <p>а) эмали б) дентина в) приостановившимся г) неутонченным д) уточненным</p>	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-1	<p>ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА</p> <p>а) острого очагового б) острого диффузного в) хронического фиброзного г) хронического гангренозного д) хронического гипертрофического</p>	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-1	<p>К I КЛАССУ ПО БЛЕКУ ОТНОСИТСЯ ПОЛОСТЬ</p> <p>а) на медиальной поверхности зуба 1.1 б) на дистальной поверхности в пришеечной области зуба 3.5 в) на щечной поверхности в фиссуре зуба 4.6 г) на щечной поверхности в пришеечной области зуба 4.7 д) на жевательно-медиальной поверхности зуба 1.6</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-1	<p>ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В ФАЗУ ЭКССУДАЦИИ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА</p> <p>а) кратковременные пульсирующие боли б) обычно жалоб не предъявляет в) ноющую боль, усиливающуюся при накусывании г) постоянную боль, усиливающуюся при накусывании, чувство «выросшего зуба» д) боли от горячего</p>	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</p> <p>а) биологический б) витальная ампутация в) витальная экстирпация г) девитальная экстирпация д) девитальная ампутация</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СНЯТИЯ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) инструментальный (ручной) б) химический</p>	д)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)

	<p>в) звуковой</p> <p>г) ультразвуковой</p> <p>д) сочетание инструментального и ультразвукового</p>		
ПК-5	<p>ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) регуляция слюноотделения</p> <p>б) ограничение употребления углеводов</p> <p>в) борьба с микроорганизмами зубного налета</p> <p>г) реминерализующая терапия</p> <p>д) назначение кальция и фосфор содержащих зубных паст</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	<p>ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) отбелить пятно и сделать аппликацию 10% раствором глюконата кальция</p> <p>б) покрыть зуб коронкой</p> <p>в) обработать зуб фторлаком</p> <p>г) удалить зуб</p> <p>д) провести серебрение</p>	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</p> <p>а) биологический</p> <p>б) витальная ампутация</p> <p>в) витальная экстирпация</p> <p>г) девитальная экстирпация</p> <p>д) девитальная ампутация</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	<p>ДЛЯ ФИНИШНОЙ ОБРАБОТКИ ПЛОМБ ИСПОЛЬЗУЮТ БОР С МАРКИРОВКОЙ</p> <p>а) черное кольцо</p> <p>б) зеленое кольцо</p> <p>в) синее кольцо</p> <p>г) красное кольцо</p> <p>д) без кольца</p>	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	<p>ЗАПРЕЩАЕТСЯ СОВЕРШАТЬ ВРАЩАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ</p> <p>а) Патфайндером</p> <p>б) пульпэкстрактором</p> <p>в) К-файлом</p> <p>г) К-римером</p> <p>д) Н-файлом</p>	д)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	<p>НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОСЛОЖНЕНИЙ В ВИДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРОГНОЗИРУЕТСЯ ПОСЛЕ</p> <p>а) витальной экстирпации</p> <p>б) девитальной экстирпации</p> <p>в) девитальной ампутации</p> <p>г) биологического метода</p> <p>д) витальной ампутации</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)

ПК-5	ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ а) сахарном диабете б) остром инфаркте миокарда в) хроническом гепатите г) беременности д) синусите	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО СТАНДАРТУ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ а) 3 месяца б) 6 месяцев в) 2 года г) 1 год д) 1,5 года	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ЭКССУДАЦИИ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ а) герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки б) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами в) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами г) создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым д) проводят разрез по переходной складке	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ПЛОМБИРУЮТ а) до физиологической верхушки б) до анатомической верхушки в) не доходя 2 мм до апикального отверстия г) на 2/3 длины канала д) за анатомическую верхушку	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ а) раствор перекиси водорода 3% б) раствор йодиола 1% в) раствор фурацилина 0,02% г) раствор хлоргексидина 0,2% д) раствор хлорамина 1%	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-5	КОРОНОРАДИКУЛЯРНУЮ СЕПАРАЦИЮ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ а) непроходимых корневых каналов б) локализации патологического очага в области верхушки одного из корней первого верхнего премоляра или верхних моляров в) кариеса корня одного из корней многокорневых зубов г) наличии трещины или перелома одного из	д)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)

	корней многокорневых зубов д) локализации патологического очага в области бифуркации или трифуркации корней многокорневых зубов		
ПК-5	ПРИ ПОВТОРНОМ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО РЕКОМЕНДОВАНА ИРРИГАЦИЯ а) 2% раствором хлорамина б) 2% раствором хлоргексидина в) 3% раствором перекиси водорода г) раствором иодиола д) 0,2% раствором мирамистина	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-19	ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) СЛУЖИТ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ а) сводной ведомости учёта работы б) медицинской карты в) листка нетрудоспособности г) журнала учёта профилактических осмотров д) сигнального листка	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-19	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ВЕДЕНИЯ ЛИСТКА ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (ФОРМА №037/У-88) РУКОВОДИТЕЛЬ СОПОСТАВЛЯЕТ ЗАПИСИ С а) медицинской картой стоматологического больного б) клиническими рекомендациями в) профессиональным стандартом г) программой государственных гарантий на оказание медицинской помощи д) стандартами качества	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-19	КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) удельный вес санированных от первично обратившихся б) среднее количество посещений на одну пломбу в) количество посещений по поводу законченного лечения пульпита и периодонтита г) среднее число посещений на одного врача в смену д) удельный вес пульпитов, вылеченных под анестезией	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)
ПК-19	ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА	а)	Практика по получению

	<p>РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ</p> <p>а) учёта работы за один день б) планирования времени работы в) контроля качества г) отчета перед ФОМС д) отчета перед главным врачом</p>		<p>профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)</p>
ПК-19	<p>ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЮТСЯ</p> <p>а) лечащим врачом б) медсестрой в) регистратором г) заведующим отделением д) начмедом</p>	а)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)</p>
ПК-19	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА — ЭТО:</p> <p>а) специфическое проявление общей этики в деятельности врача б) наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников в) наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств г) верно все вышеперечисленное д) нет правильного варианта</p>	г)	<p>Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно- поликлинического стоматологического приёма</p>
ПК-19	<p>КАКАЯ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНА С ПОЗИЦИИ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТОВ?</p> <p>а) «инженерно-техническая модель» - врач как специалист б) «патерналистская модель» - врач как "духовный отец" в) «кооперативная модель» - сотрудничество врача и пациента г) «договорная модель» - врач как «поставщик», а пациент – «потребитель медицинских услуг»</p>	в)	<p>Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно- поликлинического стоматологического приёма</p>
ПК-19	<p>СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ:</p> <p>а) защиты внутреннего мира человека, его автономии б) защиты социальных и экономических интересов личности в) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач- пациент» г) поддержания престижа медицинской</p>	д)	<p>Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно- поликлинического стоматологического приёма</p>

	профессии д) все вышеперечисленное верно		
ПК-19	ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА? а) да б) нет в) не всегда г) только при бесплатном лечении д) только при оказании платных медуслуг	а)	Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно-поликлинического стоматологического приёма
ПК-19	КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ОПРЕДЕЛЕНИЙ БОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПОНЯТИЮ «БИОЭТИКА»? а) достижения в области биомедицинской технологии б) социальные, правовые и этические последствия использования достижения биомедицинской технологии в) правила поведения при оказании плановой медицинской помощи г) правила поведения при оказании экстренной медицинской помощи	б)	Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно-поликлинического стоматологического приёма
ПК-19	ПАКЕТЫ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА Б ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ МАРКИРОВКУ а) желтого цвета б) белого цвета в) чёрного цвета г) красного цвета д) синего цвета	а)	Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно-поликлинического стоматологического приёма
ПК-19	НАИБОЛЕЕ НАДЁЖНЫЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ а) глассперленовый стерилизатор б) автоклав в) сухожаровой шкаф г) растворы химических веществ д) кипячение	б)	Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно-поликлинического стоматологического приёма
ПК-19	В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПО РЕЖИМУ а) профилактики вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции, аденовирусных и ретровирусных инфекций б) профилактики гнойных заболеваний, кишечных и капельных инфекций бактериальной природы, ОРВИ (грипп, аденовирусные заболевания и др.) в) профилактики туберкулеза г) профилактики кандидоза д) профилактики дерматофитии	б)	Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно-поликлинического стоматологического приёма

ПК-19	<p>В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) один раз в неделю б) два раза в неделю в) один раз в месяц г) два раза в месяц д) один раз в квартал</p>	в)	<p>Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно-поликлинического стоматологического приёма</p>
ПК-19	<p>В ЛПУ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА И ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ ВОЗЛОЖЕНА НА</p> <p>а) на главного врача б) на региональный орган санитарно-эпидемиологического надзора в) на главную медицинскую сестру г) заместителя главного врача по хозяйственной работе д) заместителя главного врача по лечебной работе</p>	а)	<p>Учебная практика Ознакомительная практика по организации амбулаторно-поликлинического стоматологического приёма</p>
ПК-13	<p>МЕТОД СТАБИЛИЗАЦИИ (ЛЕЧЕНИЯ) ОЧАГОВОГО ПАРОДОНТИТА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ВСЮ ПЕРЕДНЮЮ ГРУППУ ЗУБОВ</p> <p>а) фронтальная стабилизация б) сагиттальная стабилизация в) парасагиттальная стабилизация г) фронтосагиттальная стабилизация д) по дуге</p>	а)	<p>«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»</p>
ПК-13	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО (ОЧАГОВОГО) ПАРОДОНТИТА НЕСЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ</p> <p>а) отсутствии атрофии б) атрофии $\frac{1}{4}$ в) атрофии $\frac{1}{2}$ г) атрофии $\frac{1}{3}$ д) атрофии $\frac{3}{4}$</p>	б)	<p>«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»</p>
ПК-3	<p>ХАРАКТЕР РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ</p> <p>а) равномерный б) равномерный и горизонтальный в) равномерный и вертикальный г) неравномерный д) неравномерный, горизонтальный и вертикальный</p>	д)	<p>«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»</p>
ПК-3	<p>НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ, ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ, РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК</p> <p>а) отсутствует б) на $\frac{1}{4}$</p>	б)	<p>«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»</p>

	в) на $\frac{1}{2}$ г) на $\frac{1}{3}$ д) на $\frac{3}{4}$		
ПК-3	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ, СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК а) отсутствует б) на $\frac{1}{4}$ в) на $\frac{1}{2}$ г) на $\frac{1}{3}$ д) на $\frac{3}{4}$	в)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-3	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ, ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК а) отсутствует б) на $\frac{1}{4}$ в) на $\frac{1}{2}$ г) на $\frac{1}{3}$ д) на $\frac{3}{4}$	д)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-3	ПАРОДОНТОГРАММУ В.Ю.КУРЛЯНДСКИЙ РАЗРАБОТАЛ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ а) рентгенограмм б) томограмм в) гнатодинамометрии г) реограмм д) ортопантограммы	в)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-3	ГЛУБИНУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММЫ ИЗМЕРЯЮТ а) щупом б) визуально в) зондом г) штангенциркулем д) циркулем золотого сечения	в)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-3	ДЛЯ ЗАПИСИ ДАННЫХ О ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ В.Ю.КУРЛЯНДСКИЙ ПРЕДЛОЖИЛ а) рентгенограмму б) реограмму в) одонтопародонтограмму г) ортопантограмму д) томограмму	в)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-7	МЕТОДИКА ИЗБИРАТЕЛЬНОГО СОШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ а) гингивите б) пародонтите в) пародонтозе г) кариесе д) пародонтопатиях	б)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»

ПК-7	ШИНИРОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ а) фронтальной б) сагиттальной в) фронтосагиттальной г) парасагиттальной д) по дуге	а)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-7	ШИНИРОВАНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ а) фронтальной б) сагиттальной в) фронтосагиттальной г) парасагиттальной д) по дуге	б)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-7	ШИНИРОВАНИЕ ДВУХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ а) фронтальной б) сагиттальной в) фронтосагиттальной г) парасагиттальной д) по дуге	г)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-7	ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПО ПЛОСКОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КЛАССИФИЦИРУЕТ а) Грозовский А.Л. б) Курляндский В.Ю. в) Гаврилов Е.И. г) Бушан М.Г. д) Миргазизов М.З.	а)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-7	ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПО ПРОТЯЖЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КЛАССИФИЦИРУЕТ а) Грозовский А.Л. б) Курляндский В.Ю. в) Бушан М.Г. г) Копейкин В.Н. д) Миргазизов М.З.	б)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-7	ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ГЕНЕРАЛИЗОВАННУЮ СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПО ФОРМЕ (КОМПЕНСИРОВАННАЯ, ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ) КЛАССИФИЦИРУЕТ а) Грозовский А.Л. б) Курляндский В.Ю. в) Гаврилов Е.И. г) Бушан М.Г. д) Миргазизов М.З.	в)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-13	ДЕФОРМАЦИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ — ЭТО а) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное	а)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»

	<p>патологическими процессами</p> <p>б) потеря зубов</p> <p>в) нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы</p> <p>г) открытый прикус</p> <p>д) глубокий прикус</p>		
ПК-13	<p>ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УДЛИНЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>а) на верхней челюсти</p> <p>б) на нижней челюсти</p> <p>в) на обеих челюстях одинаково</p> <p>г) преимущественно во фронтальной группе зубов</p> <p>д) преимущественно в жевательной группе зубов</p>	а)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-13	<p>ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЭКСТРА- И ИНТРААЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЯМИ ЗУБА ОСТАЕТСЯ НЕИЗМЕННЫМ (ПО ПОНАМОРЕВОЙ) ПРИ</p> <p>а) I форме</p> <p>б) II форме, 2-я группа</p> <p>в) II форме, 1-я группа</p> <p>г) III форме</p> <p>д) IV форме</p>	а)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-13	<p>ОБНАЖЕНИЕ ЦЕМЕНТА СМЕЩЕННЫХ ЗУБОВ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/2 КОРНЯ ОТНОСИТСЯ (ПО В.А.ПОНОМАРЕВОЙ)</p> <p>а) к I форме</p> <p>б) ко II форме, 2-я группа</p> <p>в) ко II форме, 1-я группа</p> <p>г) к III форме</p> <p>д) к IV форме</p>	в)	«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»
ПК-3	<p>СОГЛАСНО СТАТИСТИКЕ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 60 ЛЕТ В РОССИИ ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ В</p> <p>а) 15% случаев</p> <p>б) 60% случаев</p> <p>в) 50% случаев</p> <p>г) 40% случаев</p> <p>д) 25% случаев</p>	д)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	<p>НОСОГУБНЫЕ И ПОДБОРОДОЧНЫЕ СКЛАДКИ У БОЛЬНОГО С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ</p> <p>а) сглажены</p> <p>б) резко выражены</p> <p>в) асимметричны</p> <p>г) не изменены</p> <p>д) симметричны</p>	б)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	<p>ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА БОЛЬШЕ ВЫРАЖЕНА НА</p> <p>а) вестибулярной стороне</p> <p>б) небной стороне</p> <p>в) вершине</p>	а)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»

	г) язычной стороне д) на скате		
ПК-3	ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНА НА а) вестибулярной поверхности б) гребне альвеолярной части в) язычной поверхности альвеолярного отростка г) небной поверхности альвеолярной части д) на скате альвеолярного отростка	в)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ СУСТАВНЫЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩАЮТСЯ а) кзади б) вперед в) вниз г) кзади и вверх д) вверх	г)	«Протезирование при полном отсутствии зубов» «Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНАЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА а) плотная б) тонкая в) рыхлая г) податливая д) подвижная	а)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, АЛЬВЕОЛЯРНЫЕ БУГРЫ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫЕ, СРЕДНЯЯ ГЛУБИНА НЕБНОГО СВОДА И ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА СООТВЕТСТВУЕТ а) 2 типу по Шредеру б) 2 типу по Келлеру в) 3 типу по Оксману г) 3 типу по Дойникову д) 2 типу по Курляндскому	а)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ НА ТВЕРДОМ НЕБЕ ПО ЛЮНДУ ОБЛАДАЕТ а) жировая зона б) срединная фиброзная зона в) периферическая фиброзная зона г) фиброзная зона д) железистая зона	д)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	МИНИМАЛЬНОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ НА ТВЕРДОМ НЕБЕ ПО ЛЮНДУ ОБЛАДАЕТ а) жировая зона б) срединная фиброзная зона в) периферическая фиброзная зона г) фиброзная зона д) железистая зона	г)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	«БОЛТАЮЩИЙСЯ» МЯГКИЙ ГРЕБЕНЬ	г)	«Протезирование при

	<p>АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В КЛАССИФИКАЦИИ ТИПОВ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПО СУПЛИ ОТНОСИТСЯ К</p> <p>а) I тип б) II тип в) III тип г) IV тип д) V тип</p>		полном отсутствии зубов»
ПК-3	<p>РЫХЛУЮ СЛИЗИСТУЮ ПОДАТЛИВУЮ ОБОЛОЧКУ СУПЛЕ ОТНОСИТ К ТИПУ</p> <p>а) I тип б) II тип в) III тип г) IV тип д) V тип</p>	в)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	<p>В КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ПРЕДСТАВЛЕНЫ</p> <p>а) пять типов атрофии беззубой нижней челюсти б) три типа атрофии беззубой нижней челюсти в) три типа атрофии беззубой верхней челюсти г) четыре типа атрофии беззубой нижней челюсти д) четыре типа атрофии беззубой верхней</p>	в)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-7	<p>ДЕЙСТВИЕ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ТКАНИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА</p> <p>а) усиливает атрофию беззубых альвеолярных частей челюстей б) приостанавливает атрофию беззубых альвеолярных частей челюстей в) способствует гипертрофии костной основы г) останавливает гипертрофию костной основы д) не оказывает побочного действия</p>	а)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-7	<p>ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОТТИСКНЫЕ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ ИЗГОТАВЛИВАЮТ</p> <p>а) частичные б) полные в) жесткие, изготовленные по первому слою воска г) восковые д) жесткие, изготовленные по второму слою воска</p>	д)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-7	<p>ОПТИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА КРАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА БЕЗЗУБУЮ ЧЕЛЮСТЬ</p> <p>а) 0,5 мм б) 1мм в) 2мм г) 1,5мм д) 2,5мм</p>	г)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»

ПК-7	<p>К МЕХАНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) использование магнитов б) применение присасывающих камер в) применение пружин г) применение внутрикостных имплантатов д) утяжеление протезов</p>	в)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-7	<p>К БИОМЕХАНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) утяжеление протезов б) использование магнитов в) анатомическая ретенция; при помощи внутрикостных имплантатов г) присасывающие камеры д) применение внутрикостных имплантатов</p>	в)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-7	<p>ДИСТАЛЬНЫЙ КРАЙ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ СООТНОШЕНИИ ЧЕЛЮСТЕЙ ДОЛЖЕН</p> <p>а) проходить строго по границе твердого и мягкого неба б) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм в) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм г) не перекрывать границу твердого и мягкого неба д) не доходить до границы твердого и мягкого неба</p>	б)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-7	<p>ВЫСОТА ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ ПЛОСКОСТИ) ПО ОТНОШЕНИЮ К КРАЮ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В СРЕДНЕМ</p> <p>а) на 1 – 2мм выше б) на 1 – 2мм ниже в) на 3 – 4мм ниже г) на 3 – 4мм выше д) высота валика значения не имеет</p>	б)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-7	<p>НАИБОЛЕЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ КРИВОЙ</p> <p>а) по носоушной и зрачковой горизонтали б) по методу Паунда в) с помощью аппарата Ларина г) с помощью проб Гербста д) с помощью метода Эфрона-Гельфанда-Катца</p>	д)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-7	<p>ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ СЛУЖИТ РАСПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>а) крыльев носа б) углов рта</p>	г)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»

	<p>в) уздечки верхней губы г) центральной линии лица, линия улыбки д) фильтруема верхней губы</p>		
ПК-7	<p>СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОЙ КОРРЕКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>а) на следующий день после наложения протеза б) через два дня после наложения протеза в) через три дня после наложения протеза г) через неделю после наложения протеза д) при появлении боли под протезом</p>	а)	«Протезирование при полном отсутствии зубов»
ПК-3	<p>ОСНОВНЫМ ЭНДОГЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) генетическая обусловленность б) наличие вредных привычек в) травма зубов г) кариес зубов д) системная гипоплазия эмали</p>	а)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-3	<p>ЛЕЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ</p> <p>а) устранения вредных привычек б) нормализации положения зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения в) нормализации носового дыхания г) ретенции результатов ортодонтического лечения д) сохранения места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов</p>	б)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-3	<p>С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА ВОЗМОЖНО</p> <p>а) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов б) ретенция результатов после ортодонтического лечения в) устранение вредных привычек г) углубление преддверия полости рта д) нормализовать положение зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения</p>	в)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-3	<p>НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО МИОТРЕЙНЕРА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)</p> <p>а) 0-3 б) 10-14 в) 18-25 г) 5-7 д) 15-17</p>	г)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	<p>ПАНОРАМНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ В ОРТОДОНТИИ ДЛЯ</p> <p>а) измерения размеров зубов верхней челюсти б) измерения размеров зубов нижней челюсти в) измерения ширины зубного ряда</p>	д)	«Ортодонтия и детское протезирование»

	г) измерения длины зубного ряда д) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей		
ПК-7	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ а) клиническое обследование б) анализ моделей челюстей в) рентгенологический метод г) графический метод д) рентгенография кистей рук	а)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	АНОМАЛИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ а) томографии б) телерентгенографии (ТРГ) в боковой проекции в) телерентгенографии (ТРГ) в прямой проекции г) панорамной рентгенографии д) внутриротовой контактной рентгенограммы	б)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	«ВЫПУКЛЫЙ» ПРОФИЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О а) перекрёстном прикусе б) нормальном развитии в) ретроположении нижней челюсти г) формировании диастемы д) ретроположении верхней челюсти	в)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ НАЗЫВАЕТСЯ а) избыточный наклон группы зубов в вестибулярном направлении б) аномалия формы зубных рядов в) аномалия размера зубного ряда г) аномалия прикуса в трансверзальном направлении д) аномалия прикуса в сагиттальном направлении	г)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	ТОРТОАНОМАЛИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ а) аномалия прикуса в сагиттальном направлении б) затруднённое прорезывание в) аномалия положения отдельных зубов, при которой соседние зубы меняются местами г) аномалия положения отдельных зубов, при которой зуб имеет выраженное нёбное положение д) аномалия положения отдельных зубов, при которой зуб развёрнут вокруг своей оси	д)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ а) латерального положения центральных резцов (диастемы) б) ретенции центральных резцов верхней	а)	«Ортодонтия и детское протезирование»

	<p>челюсти</p> <p>в) транспозиции резцов</p> <p>г) дистальной окклюзии</p> <p>д) мезиальной окклюзии</p>		
ПК-7	<p>ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА В СЛЕДСТВИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНОГО ЗУБА ДОЛЖНО БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕНО</p> <p>а) не ранее 1 месяца после удаления</p> <p>б) не позднее 1 месяца после удаления</p> <p>в) не ранее, чем через 6 месяцев после удаления</p> <p>г) не позднее, чем через 6 месяцев после удаления</p> <p>д) незамедлительно</p>	б)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	<p>ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ</p> <p>а) удлинения зубного ряда</p> <p>б) коррекции положения первого постоянного моляра</p> <p>в) расширения зубного ряда</p> <p>г) сохранения места</p> <p>д) разворота зуба по оси</p>	в)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	<p>ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>а) квадхеликса</p> <p>б) капп</p> <p>в) нёбного бюгеля</p> <p>г) преортодонтического миотрейнера</p> <p>д) брекет-системы</p>	г)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	<p>ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЁБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЁМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ</p> <p>а) преортодонтический миотрейнер</p> <p>б) Дерихсвайлера</p> <p>в) микроимплант</p> <p>г) брекет-система</p> <p>д) Брюкля</p>	д)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	<p>РЕТЕНЦИОННЫЙ АППАРАТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ</p> <p>а) для стабилизации ортодонтического результата лечения</p> <p>б) для расширения верхней челюсти</p> <p>в) комбинированного типа действия</p> <p>г) для коррекции ретенции отдельных зубов</p> <p>д) для сохранения места</p>	а)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО</p> <p>а) шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели</p> <p>б) разобщение прикуса в переднем отделе с</p>	б)	«Ортодонтия и детское протезирование»

	<p>помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета</p> <p>в) удаление травмированного зуба</p> <p>г) ограничение жевательной нагрузки</p> <p>д) удаление травмированного зуба</p>		
ПК-7	<p>ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ РЕКОМЕНДУЮТ</p> <p>а) витальную ампутацию</p> <p>б) закрытие линии перелома фтор-цементом</p> <p>в) биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой</p> <p>г) высокоую ампутацию</p> <p>д) удаление травмированного зуба</p>	в)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	<p>КОМПАКТОСТЕОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ</p> <p>а) сохранения результатов ортодонтического лечения</p> <p>б) улучшения фиксации ортодонтического аппарата</p> <p>в) продолжения ортодонтического лечения</p> <p>г) ускорения ортодонтического лечения</p> <p>д) планирования ортодонтического лечения</p>	г)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-7	<p>ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ (WITTS > 11) У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) лечение с помощью активатора функции Френкеля 2 типа</p> <p>б) форсированное расширение верхней челюсти с помощью аппарата Дерихсвайлера</p> <p>в) форсированное расширение нижней челюсти в сочетании с лицевой маской</p> <p>г) лечение с помощью активатора функции Френкеля 3 типа</p> <p>д) ортодонтическое лечение в сочетании с ортогнатической хирургией</p>	д)	«Ортодонтия и детское протезирование»
ПК-3	<p>СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА ВНЧС ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <p>а) шаровидную</p> <p>б) эллипсовидную</p> <p>в) трапециевидную</p> <p>г) квадратную</p> <p>д) овальную</p>	б)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	<p>СУСТАВНОЙ ДИСК ВНЧС ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <p>а) двояковыпуклой линзы</p> <p>б) двояковогнутой линзы</p> <p>в) плоского диска</p> <p>г) выпуклого диска</p> <p>д) сферического диска</p>	б)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ АРТРОЗАХ ВИСОЧНО-</p>	г)	«Гнатология и функциональная

	НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА а) сужение суставной щели б) отсутствие суставной щели в) расширение суставной щели г) изменение формы костных элементов сустава д) контуры суставной головки нечеткие		диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУПЕРКОНТАКТОВ В ЗАДНЕМ КОНТАКТНОМ ПОЛОЖЕНИИ, НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ а) дистально б) в правую боковую окклюзию в) в левую боковую окклюзию г) в переднюю окклюзию д) в заднюю окклюзию	а)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ а) 0,5-1 мм. б) 2-4 мм. в) 5-6 мм. г) 6-8 мм. д) 8-12 мм.	б)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава» «Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	УГОЛ САГИТТАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ РАВЕН а) 20 градусов б) 33 градуса в) 75 градусов г) 110 градуса д) 180 градусов	б)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	УГОЛ ГИЗИ (ГОТИЧЕСКИЙ УГОЛ) РАВЕН а) 75 градусов б) 110 градуса в) 60-65 градусов г) 33 градуса д) 20 градусов	б)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ РАВЕН а) 15-17 градусов б) 30-33 градуса в) 60-65 градусов г) 75 градусов д) 110 градусов	а)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-7	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ а) измерение высоты нижнего отдела лица б) измерение высоты среднего отдела лица в) анализ функциональной окклюзии	г)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»

	г) рентгенологическое исследование д) электромиографическое исследование		
ПК-7	СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА а) 1 нед. б) 2 нед. в) 1 мес. г) 2 мес. д) 3-6 мес.	д)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава» «Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-7	ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ КАППОВОЙ ШИНЫ, ПРИМЕНЯЮЩЕЙСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГЛУБОКОГО ПРИКУСА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ а) нормализация положения нижней челюсти б) увеличение межальвеолярной высоты в) устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава г) устранение патологического прикуса д) уменьшение межальвеолярной высоты	а)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-7	ОСНОВНОЙ ОШИБКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ С ГЛУБОКИМ (ВТОРИЧНЫМ) ПРИКУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) протезирование без предварительного устранения глубокого травмирующего прикуса б) расширение показаний к изготовлению мостовидных протезов в) расширение показаний к имплантации г) необоснованное мезиальное смещение нижней челюсти д) повышение прикуса на мостовидных протезах без предварительной подготовки	а)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-7	ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ а) лицевыми, глотательными, зубными б) зубными, суставными, мышечными в) язычным, мышечным, суставным г) зубным, глотательным, лицевым д) зубными, язычными, глотательными	б)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	"АНОМАЛИЯ" ПРИКУСА – ЭТО а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы б) частичная потеря зубов в) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами г) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов	а)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»

	д) зубоальвеолярное удлинение, связанное с заболеваниями пародонта		
ПК-3	МАКРОДЕНТИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ а) размеров зубов б) количества зубов в) задержки прорезывания зубов г) преждевременного прорезывания зубов д) структуры твердых тканей зубов	а)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	ГИПЕРОДЕНТИЯ – ЭТО а) увеличение размеров зубов б) наличие сверхкомплектных зубов в) отсутствие комплектных зубов г) преждевременное прорезывание зубов д) гиперплазия (эмалевые капли)	б)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	ГИПОДЕНТИЯ – ЭТО а) вторичная адентия б) отсутствие сверхкомплектных зубов в) запоздалое прорезывание зубов г) увеличение размеров зубов д) отсутствие зачатков зубов	д)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	ТОРТОАНОМАЛИЯ – ЭТО а) смещение зуба вестибулярно б) смещение зуба орально в) смещение зуба выше окклюзионной плоскости г) взаимное изменение местоположения зубов в зубном ряду д) поворот зуба вокруг своей оси	д)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	ЭНГЛЬ В СВОЕЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЗА ОСНОВУ ВЗЯЛ а) взаимоотношение зубов во фронтальном отделе б) нарушение формы зубных рядов в) нарушение прикуса г) взаимоотношение первых постоянных моляров д) функциональные нарушения	г)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ПК-3	ПЕРВЫЙ И ВТОРОЙ ПОДКЛАССЫ II КЛАССА КЛАССИФИКАЦИИ ЭНГЛЯ РАЗЛИЧАЮТСЯ ПОЛОЖЕНИЕМ а) резцов б) клыков в) премоляров г) моляров д) моляров и премоляров	а)	«Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава»
ОПК-8	ИЗБЫТОК МОНОМЕРА ВЛИЯЕТ НА РЕЗУЛЬТАТ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ ПЛАСТМАССЫ а) увеличивает усадку б) снижает усадку в) не влияет г) увеличивает плотность	а)	«Материаловедение»

	д) снижает плотность		
ОПК-8	<p>К ПЛАСТМАССАМ ДЛЯ НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) Синма-74, Синма-М б) редонт в) протакрил г) акрил, бакрил д) фторакс</p>	а)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>БАЗИСНЫЕ ПЛАСТМАССЫ ЭТО</p> <p>а) этакрил, акрил, бакрил, фторакс б) стадонт, акрилоксид, норакрил в) ортопласт, эластопласт, ортосил-М г) протемп, синма-М д) этакрил, ортосил-М, синма-М</p>	а)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ПРИ УСКОРЕНИИ РЕЖИМА ПОЛИМЕРИЗАЦИИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	а)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ПРИ ЗАТЯГИВАНИИ ПРОЦЕССА ФОРМОВКИ ПЛАСТМАССОВОГО ТЕСТА В КЮВЕТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	в)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ПРИ ЗАКЛАДЫВАНИИ В КЮВЕТУ НЕДОЗРЕВШЕЙ ПЛАСТМАССЫ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	б)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ЕСЛИ ДАВЛЕНИЕ НА ПЛАСТМАССУ ПОД ПРЕССОМ БОЛЬШЕ ДАВЛЕНИЯ В СТРУБЦИНЕ, МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>	в)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ПРИ ФОРМОВКИ ПЛАСТМАССОВОГО</p>	а)	«Материаловедение»

	<p>ТЕСТА В НЕОСТЫВШУЮ КЮВЕТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОРИСТОСТЬ</p> <p>а) газовая б) гранулярная в) сжатия г) ослабления д) напряжения</p>		
ОПК-8	<p>К БЫСТРОТВЕРДЕЮЩЕЙ (САМОТВЕРДЕЮЩЕЙ) ПЛАСТМАССЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) акронил б) редонт в) фторакс г) эладент д) Синма-М</p>	б)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ЕСЛИ СРОК ПОЛИМЕРИЗАЦИИ БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ УДЛИНИЛСЯ ВТРОЕ, ТО ОНА</p> <p>а) станет хрупкой б) станет вязкой в) побледнеет или обесцветится г) сохранит все свойства д) станет прочнее</p>	а)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>КОБАЛЬТОХРОМОВЫЕ СПЛАВЫ ОБЛАДАЮТ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ</p> <p>а) пластичностью б) ковкостью в) упругостью г) высокой теплопроводностью д) низкой теплопроводностью</p>	в)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ПРОЧНОСТЬ ЗАТВЕРДЕВАЮЩЕГО ГИПСА МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО НА</p> <p>а) горячей воде б) холодной воде в) 3% растворе буры г) 3% растворе поваренной соли д) растворе соды</p>	в)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ПРОЧНОСТЬ ЗАТВЕРДЕВАЮЩЕГО ГИПСА МОЖНО УМЕНЬШИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО</p> <p>а) на 3% растворе поваренной соли б) с меньшим количеством воды в) на 3% растворе буры г) растворе соды д) на горячей воде</p>	а)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ЗАТВЕРЖДЕНИЕ ГИПСА МОЖНО УСКОРИТЬ, ЗАМЕШАВ ЕГО НА</p>	в)	«Материаловедение»

	<p>а) горячей воде б) 5% растворе сахара в) 3% растворе селитры г) 5% растворе спирта д) 3% растворе буры</p>		
ОПК-8	<p>ЯВЛЕНИЕ КОГЕЗИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕМЕНТОВ — ЭТО</p> <p>а) низкая растворимость б) нейтральная реакция ПН в) механическое соединение с поверхностями г) высокая степень упругости д) низкая степень упругости</p>	в)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ДЛЯ КИСЛОТНОГО ПРОТРАВЛИВАНИЯ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 30 – 40% КИСЛОТА</p> <p>а) саляная б) ортофосфорная в) фтористоводородная г) уксусная д) азотная</p>	б)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ГИПСОВЫЕ ФОРМОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ОТЛИВКИ ЭЛЕМЕНТОВ КОНСТРУКЦИИ ИЗ</p> <p>а) золотых сплавов б) серебряных сплавов в) хромоникелевых сплавов г) хромокобальтовых сплавов д) никелид титановых сплавов</p>	а)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРОТЕЗАХ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>а) пластмассовыми б) фарфоровыми в) пластмассовыми и фарфоровыми г) пластмассовыми, фарфоровыми, металлическими д) фарфоровыми и металлическими</p>	г)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮ ОБЛАДАЮТ СПЛАВЫ НА ОСНОВЕ</p> <p>а) никеля и хрома б) кобальта и хрома в) кобальта г) никеля хрома и молибдена д) никелида титана</p>	д)	«Материаловедение»
ОПК-8	<p>МАТЕРИАЛЫ, ИЗУЧАЕМЫЕ В РАЗДЕЛАХ МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЯ</p>	в)	«Материаловедение»

	ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА а) основные и вспомогательные б) основные и клинические в) основные, вспомогательные и клинические г) основные и вспомогательные д) вспомогательные и клинические		
ПК-3	В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ а) протетические б) функциональные, протетические в) аппаратурные, аппаратурно-хирургические, протетические, функциональные г) протетические, аппаратурные д) аппаратурные, протетические	в)	«Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-3	НАЗВАНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ, ОТРАЖАЮЩЕГО ВРЕМЯ, ПРОШЕДШЕЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ а) непосредственное, ближайшее и повторное б) ближайшее, отдаленное и повторное в) непосредственное, ближайшее и отдаленное г) непосредственное, отдаленное и повторное д) ближайшее, отдаленное	в)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-3	ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ДВУСТОРОННИЙ КОНЦЕВОЙ ДЕФЕКТ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ а) I б) II в) III г) IV д) V	а)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-3	ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОДНОСТОРОННИЙ КОНЦЕВОЙ ДЕФЕКТ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ а) I б) II в) III г) IV д) V	б)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-3	ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ВКЛЮЧЕННЫЙ ДЕФЕКТ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ а) I б) II в) III г) IV д) V	в)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-3	ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ВКЛЮЧЕННЫЙ ДЕФЕКТ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ а) I б) II в) III	г)	Зубопротезирование (простое протезирование)»

	г) IV д) V		
ПК-7	КОЛИЧЕСТВО СПОСОБОВ ЗАГИПСОВКИ ВОСКОВОЙ МОДЕЛИ В КЮВЕТУ а) один б) два в) три г) четыре д) пять	в)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	СПОСОБЫ ЗАГИПСОВКИ ВОСКОВОЙ МОДЕЛИ ПРОТЕЗА В КЮВЕТУ а) прямой, обратный, комбинированный б) внутренний, наружный, комбинированный в) прямой, косвенный г) прямой, косвенный, комбинированный, д) прямой, внутренний, наружный	а)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	СРОК ПОЛЬЗОВАНИЯ ЧАСТИЧНЫМ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ а) 1 год б) 2–3 года в) 3–4 года г) 5–6 лет д) 6–8 лет	в)	«Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	ВТОРОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ а) обследование больного, получение оттисков б) изготовление моделей и шаблонов с прикусными валиками в) проверка конструкции протеза г) определение центральной окклюзии д) постановка искусственных зубов	г)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	ДЛЯ ПОЧИНОК БАЗИСА СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ а) ортопласт, акрил б) фторакс, бакрил в) протакрил, редонт г) этакрил, стадонт д) ортопласт, этакрил	в)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНОК И МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ЗУБЫ С РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ а) особенности отсутствуют б) зубы подлежат удалению в) разрушенные зубы нужно предварительно восстановить культевыми вкладками или анкерными штифтами г) разрушенные зубы нужно предварительно восстановить композиционными материалами д) разрушенные зубы остаются внутри протеза	в)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ а) дуги и искусственных зубов	в)	«Зубопротезирование (простое протезирование)»

	б) дуги, искусственных зубов и кламмеров в) дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидных частей г) искусственных зубов, кламмеров и седловидных частей д) дуги, кламмеров и седловидных частей		протезирование)»
ПК-7	НЕСЪЕМНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К а) физиологическим б) полуфизиологическим в) нефизиологическим г) неблагоприятным д) патологическим	а)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	НА ЦОКОЛЬ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ НАНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛИНИИ а) обзора б) экватора зуба в) продольной оси зуба г) десневого края д) межевую линию	в)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	ОТЛИВКА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОИЗВОДИТСЯ НА МОДЕЛИ а) рабочей б) дублированной в) огнеупорной г) супергипсовой д) обычной гипсовой	в)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ а) параллелометрию рабочей модели б) параллелографию рабочей модели в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели г) изолировать зоны поднутрения рабочей и вспомогательной модели д) дублировать рабочую модель	д)	«Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	ПЛЕЧО КЛАММЕРА ПРИЛЕЖИТ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА а) не прилегает к поверхности зуба б) в одной точке в) в двух точках г) в трех точках д) по всей своей длине	д)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИМЕНЯЮТСЯ КЛАММЕРА, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ МЕТОДОМ а) литья б) штамповки в)ковки г) изгибания д) пайки	а)	Зубопротезирование (простое протезирование)»
ПК-7	ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО	в)	Зубопротезирование

	<p>ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП</p> <p>а) проверка конструкции бюгельного протеза с искусственными зубами</p> <p>б) припасовка и наложение готового бюгельного протеза</p> <p>в) припасовка каркаса бюгельного протеза</p> <p>г) сдача протеза</p> <p>д) коррекция бюгельного протеза</p>		(простое протезирование)»
ПК-3	<p>УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ РЕПОНИРУЮЩЕГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ</p> <p>а) шина Ванкевича</p> <p>б) шина Порта</p> <p>в) проволочная шина-скоба</p> <p>г) шина лемберга</p> <p>д) проволочные шины по Тигерштедту</p>	а)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-3	<p>УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ВНУТРИРОТОВЫХ НАЗУБНЫХ ФИКСИРУЮЩИХ</p> <p>а) проволочные шины по Тигерштедту</p> <p>б) шина Вебера</p> <p>в) шина Порта</p> <p>г) шина Ванкевича</p> <p>д) проволочная шина-скоба</p>	а)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-3	<p>УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ВНУТРИРОТОВЫХ НАДЕСНЕВЫХ ФИКСИРУЮЩИХ</p> <p>а) шина Порта</p> <p>б) шина Вебера</p> <p>в) шина Тигерштедта</p> <p>г) шина Лимберга</p> <p>д) проволочная шина-скоба</p>	а)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-3	<p>УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ВНУТРИРОТОВЫХ ЗУБОНАДЕСНЕВЫХ ФИКСИРУЮЩИХ</p> <p>а) шина Порта</p> <p>б) шина Вебера</p> <p>в) шина Тигерштедта</p> <p>г) шина Лимберга</p> <p>д) проволочная шина-скоба</p>	б)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-3	<p>УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМСЯ ПЕРЕЛОМАМ</p> <p>а) неправильное сопоставление отломков</p> <p>б) недостаточная фиксация отломков</p> <p>в) нарушение времени фиксации отломков</p> <p>г) нарушение гигиены полости рта</p> <p>д) применение лечебной гимнастики</p>	а)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-3	<p>ПРИ ЛОЖНОМ СУСТАВЕ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ</p> <p>а) с одним базисом</p> <p>б) с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними</p>	б)	«Челюстно-лицевое протезирование»

	<p>в) с металлическим базисом</p> <p>г) мягкой подкладкой</p> <p>д) с мягким базисом</p>		
ПК-11	<p>ОСОБЕННОСТИ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ ПРИ СТОМОАЗАЛЬНЫХ ДЕФЕКТАХ (ПРИБРЕТЕННЫХ)</p> <p>а) необходимость тампонирования дефекта</p> <p>б) сегментарное снятие оттиска</p> <p>в) снятие оттиска разборной ложкой</p> <p>г) снятие оттиска без тампонады дефекта</p> <p>д) снятие оттиска индивидуальной ложкой</p>	а)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-3	<p>ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ЧЕЛЮСТЕЙ И ОДИНОЧНОМ ЗУБЕ НА СОХРАНИВШЕМСЯ УЧАСТКЕ ЧЕЛЮСТИ, НАИБОЛЕЕ ПРИМЕНИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИКСИРУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ</p> <p>а) фиксирующие кламмеры</p> <p>б) магнитные элементы</p> <p>в) телескопические коронки</p> <p>г) использование эластичной массы</p> <p>д) использование термопластической массы</p>	в)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>КОНСТРУКЦИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРОТЕЗА ПРИ СРЕДИННОМ ДЕФЕКТЕ КОСТНОГО НЕБА СЛЕДУЮЩАЯ</p> <p>а) на базисе нет обтурирующей части</p> <p>б) обтуратор высоко входит в полость носа</p> <p>в) обтуратор не высоко входит в полость носа</p> <p>г) на базисе вокруг дефекта создан небольшой валик</p> <p>д) обтуратор возвышается над базисом на 2-3 мм</p>	д)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-3	<p>КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ</p> <p>а) костная</p> <p>б) рефлекторно-мышечная</p> <p>в) рубцовая</p> <p>г) рефлекторно-мышечная, рубцовая</p> <p>д) костная, рефлекторно-мышечная, рубцовая</p>	д)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>БОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ ОБТУРАТОРА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) обтуратор полый, воздухоносный</p> <p>б) обтуратор массивный, монолитный</p> <p>в) обтуратор монолитный</p> <p>г) обтуратор изготовлен в виде тонкой пластинки</p> <p>д) разнообразная конструкция обтуратора</p>	а)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p>	в)	«Челюстно-лицевое протезирование»

	<p>а) на модели восковыми композициями</p> <p>б) в полости рта функциональное формирование obturating части с помощью термопластических масс на готовом протезе</p> <p>в) в полости рта на жестком базисе (термопластмассами)</p> <p>г) в полости рта на восковой конструкции протеза слепочными массами</p> <p>д) в модели термопластическими массами</p>		
ПК-11	<p>НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) через 2 месяца после операции</p> <p>б) через 6 месяцев после операции</p> <p>в) через 2 недели после операции</p> <p>г) до оперативного вмешательства</p> <p>д) через 1 месяц после операции</p>	г)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНО ОПРЕДЕЛЯЮТ СТЕПЕНЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОБТУРИРУЮЩИМ ПРОТЕЗОМ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ</p> <p>а) рентгенография</p> <p>б) применение диагностических моделей</p> <p>в) фагиография</p> <p>г) реопарадонттография</p> <p>д) электромиография</p>	в)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ С ОБТУРИРУЮЩИМ ПРОТЕЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) применение диагностических моделей</p> <p>б) электромиография</p> <p>в) реопарадонттография</p> <p>г) рентгенография</p> <p>д) фагиография</p>	б)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕННОСТИ ОБТУРИРУЮЩЕГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) осмотр полости рта</p> <p>б) фонетические пробы</p> <p>в) глотание воды</p> <p>г) проверка окклюзии и артикуляции</p> <p>д) функциональные пробы</p>	в)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОБЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) нарушение функции речи</p> <p>б) нарушение формирования пищевого комка</p>	д)	«Челюстно-лицевое протезирование»

	<p>в) нарушение функции глотания</p> <p>г) несмыкание ротовой щели</p> <p>д) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти</p>		
ПК-11	<p>ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМЯ ОТЛОМКАМИ</p> <p>а) предварительное (ортодонтическое) исправление положения отломков</p> <p>б) предварительное (ортодонтическое) исправление положения зубной дуги</p> <p>в) изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярного отростка</p> <p>г) изготовление протезов с двойным рядом зубов</p> <p>д) изготовление протезов с искусственными зубами</p>	г)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>К СПОСОБАМ НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИОННЫХ СООТНОШЕНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОТЛОМКАХ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) ортодонтическое исправление положения отломков</p> <p>б) предварительное исправление положения зубной дуги</p> <p>в) удаление зубов</p> <p>г) изготовление двойного ряда зубов</p> <p>д) наложение репонирующего аппарата</p>	г)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ ВАЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) нарушение прикуса при сомкнутых челюстях</p> <p>б) невозможность закрыть рот</p> <p>в) невозможность открыть рот</p> <p>г) глубокое перекрытие нижних зубов верхними</p> <p>д) дистальный сдвиг нижней челюсти</p>	а)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-11	<p>ТАКТИКА ВРАЧА В ОТНОШЕНИИ ЗУБОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА ПРИ НАЛИЧИИ ГЛУБОКИХ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ</p> <p>а) удаление</p> <p>б) консервативное лечение</p> <p>в) шинирование быстротвердеющей пластмассой</p> <p>г) шинирование с помощью лигатурной проволоки</p> <p>д) шинирование с помощью вкладок</p>	а)	«Челюстно-лицевое протезирование»
ПК-6	<p>1. ЦЕЛЕВОЙ ПУНКТ ПРИ БЛОКАДЕ ПО ГОУ-ГЕЙТСУ</p> <p>а) латеральная сторона шейки мышечкового отростка у основания шейки</p> <p>б) торус нижней челюсти</p> <p>в) наружная косая линия</p>	а)	Местное обезболивание в стоматологии

	г) нижнелуночковое отверстие д) ментальное отверстие		
ПК-6	2. ПРИ НЕБНОЙ (ПАЛАТИНАЛЬНОЙ) АНЕСТЕЗИИ БЛОКИРУЮТСЯ а) носонебный нерв б) передние верхнелуночковые нервы в) средние верхнелуночковые нервы г) задние верхнелуночковые нервы д) большой небный нерв	д)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-6	3. АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) крыловидно-нижнечелюстная складка б) наружная косая линия в) внутренняя косая линия г) переходная складка д) бугор верхней челюсти	а)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-6	4. К МЕТОДАМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ а) мандибулярная б) ментальная в) торусальная г) палатинальная д) по Гоу-Гейтсу	г)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-6	5. АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, В КОТОРОЕ УПИРАЕТСЯ ИГЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ У ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО ВАЙСБЛАТУ а) наружная косая линия б) скулоальвеолярный гребень в) верхнечелюстной бугор г) латеральная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости д) медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости	г)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-6	6. ГЛУБИНА ПОГРУЖЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТВОЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ У КРУГЛОГО ИЛИ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ а) 0,5 см б) 1-2 см в) 2-3 см г) 4-6 см д) 8-9 см	г)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-6	7. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТВОЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ОРБИТАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ВЫКЛЮЧАЕТСЯ а) нижнечелюстной нерв б) верхнечелюстной нерв в) палатинальный нерв г) задние луночковые ветви д) глазничный нерв	б)	Местное обезболивание в стоматологии

ПК-6	8. ЦЕЛЕВОЙ ПУНКТ ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ а) латеральная сторона шейки мышечного отростка у основания шейки б) торус нижней челюсти в) наружная косая линия г) нижнелуночковое отверстие д) ментальное отверстие	г)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-6	9. ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОТДАНО СЛЕДУЮЩИМ ПУТЯМ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ а) внутривенному б) интратрахеальному в) подъязычному г) внутрисердечному д) подключичному	г)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-6	10. СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЙ И КОМПРЕССИЙ НА ГРУДИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ДВУМЯ ЛИЦАМИ а) на 1 вдох — 2 компрессии б) на 1 вдох — 10 компрессий в) на 1 вдох — 5 компрессий г) на 2 вдоха — 15 компрессий д) на 2 вдоха — 30 компрессий	д)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	11. ПО ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ БЕТА-ДИЭТИЛАМИНО-ЭТАНОЛОВЫМ ЭФИРОМ ПАРАБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) новокаин б) артикаин в) мепивакаин г) бупивакаин д) тримекаин	а)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	12. АНЕСТЕТИК, ОКАЗЫВАЮЩИЙ СЛАБОЕ СЕДАТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ И ОБЛАДАЮЩИЙ СЛАБОВЫРАЖЕННЫМ ГИПОТЕНЗИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ а) лидокаин б) кокаин в) новокаин г) тримекаин д) этидикаин	г)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	13. ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР АРТИКАИНА а) 0,5% б) 4% в) 6% г) 10% д) 20%	б)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	14. ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР НОВОКАИНА а) 0,5% б) 2%	б)	Местное обезболивание в стоматологии

	в) 6% г) 10% д) 20%		
ПК-10	15. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ а) бупивакаин б) артикаин в) кокаин г) мепивакаин д) этидикаин	г)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	16. САМЫЙ ТОКСИЧНЫЙ АНЕСТЕТИК а) бупивакаин б) артикаин в) мепивакаин г) лидокаин д) новокаин	а)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	17. ВАЗОКОНСТРИКТОРОМ ДЛЯ БУПИВАКАИНА ЯВЛЯЕТСЯ а) эпинефрин б) норадреналин в) левонордефрин г) фелиприсин д) вазопрессин	а)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	18. НЕ ОБЛАДАЕТ СОСУДОРАШИРЯЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ а) лидокаин б) тримекаин в) мепивакаин г) артикаин д) бупивакаин	в)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	19. АНАСТЕТИК ВЫБОРА У БЕРЕМЕННЫХ а) артикаин б) мепивакаин в) новокаин г) лидокаин д) этидикаин	а)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК-10	20. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ИНГРЕДИЕНТ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ НАЛИЧИИ ВАЗОКОНСТРИКТОРА а) растворитель б) стабилизатор в) консервант г) ликвидатор тяжелых металлов д) вода	б)	Местное обезболивание в стоматологии
ПК 2	1. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ПЕРИАПЕКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ а) кератокиста б) радикулярная киста в) фолликулярная киста г) назоальвеолярная киста д) примордиальная	б)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	2. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ	г)	Одонтогенные кисты

	КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ а) в виде «тающего сахара» б) с нечеткими границами в области образования в) в виде нескольких полостей с четкими контурами г) с четкими границами размером более 1 см д) с четкими контурами и тенью зуба в полости		челюстей
ПК 2	3. ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С а) цементом б) фиброзной дисплазией в) твердой одонтомой г) репаративной гранулемой д) амелобластомой	д)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	4. ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ МЕЕТ ВИД а) лимфы б) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина в) холестеотомных масс г) мутной жидкости д) сукровицы	б)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	5. КИСТА, ОСТАВШАЯСЯ ИЛИ, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА а) резидуальная б) фолликулярная в) гингивальная г) примордиальная д) радикулярная киста	а)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	6. НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ а) резидуальная б) кератокиста в) радикулярная киста г) фолликулярная киста д) киста носо-небного канала	д)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	7. СИМПТОМ «ПЕРГАМЕНТНОГО ХРУСТА» – это а) симптом Натансона б) симптом Дюпюитрена в) симптом Венсана г) симптом Гербера д) симптом Вайсблата	б)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	8. ФЛЮКТУАЦИЯ ПРИ КИСТАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ВОЗНИКАЕТ В ПРОЦЕССЕ а) размягчения костной стенки б) чрезмерной оссификации костной стенки в) деформации костной стенки г) рассасывания костной стенки д) остеопороза	г)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	9 ИЗУЧЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА	г)	Одонтогенные кисты

	МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ПУТЕМ ПУНКЦИИ КИСТЫ – ЭТО а) гистологическое исследование б) бактериологическое исследование в) иммунологическое исследование г) цитологическое исследование д) биохимическое исследование		челюстей
ПК 2	10. КИСТА С ОЧАГОМ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ С ЧЕТКИМИ И РОВНЫМИ КОНТУРАМИ И С ЗУБНЫМ ЗАЧАТКОМ НАЗЫВАЕТСЯ а) фолликулярной б) резидуальной в) кератокистой г) апикальной д) киста прорезывания	а)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	11. ПРИ ВНЕДРЕНИИ КИСТЫ В ГАЙМОРОВУ ПАЗУХУ, ЕЕ ВЕРХНИЙ КОНТУР НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ В ВИДЕ а) квадрата б) юлы в) купола г) песочных часов д) прерывистой линии	в)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 2	12. ЦИСТОСТОМИЯ– ЭТО а) рассечение стенки кисты с целью заполнения полости препаратами ускоряющими регенерацию кости б) рассечение стенки кисты с целью введения протеолитических ферментов в) рассечение стенки кисты с целью введения антибиотиков г) рассечение стенки кисты с целью удаления оболочки кисты д) рассечение стенки кисты с целью эвакуации ее содержимого	д)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 6	13. ПЕРВЫЙ ЭТАП ЦИСТЭКТОМИИ а) резекция верхушек корней б) удаление оболочки кисты в) трепанация костной стенки кисты г) кюретаж костной полости д) формирование слизисто-надкостничного лоскута	д)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 6	14. ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ВЫСТУПАЮЩИЙ В ПОЛОСТЬ КИСТЫ, КОРЕНЬ СПИЛИВАЮТ а) до коронки зуба б) до уровня пломбировочного материала в) на 1/2 длины корня г) на 1/3 длины корня д) на 1/4 длины корня	г)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 6	15. ОБЪЕДИНЕНИЕ ПОЛОСТИ КИСТЫ С ПОЛОСТЬЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХОЙ – ЭТО	в)	Одонтогенные кисты челюстей

	а) синусэктомия б) синуслифтинг в) синусостомия г) пилоидальный синус операция д) марсупиализация		
ПК 6	16. ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ, ПРОРАСТАЮЩЕЙ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ – ЭТО а) синусэктомия б) синуслифтинг в) синусостомия г) пилоидальный синус операция д) марсупиализация	а)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 6	17. ПРИ ОПЕРАЦИИ СИНУСЭКТОМИИ СОЗДАЮТ СОУСТЬЕ В а) верхний носовой ход б) средний носовой ход в) нижний носовой ход г) общий носовой ход д) полость рта	в)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 6	18. ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЛОСТИ КИСТЫ ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ а) отторжения оболочки кисты б) рассасывания оболочки кисты в) сращения краев раны г) предупреждения «слипания» краев слизистой оболочки д) формирования свища	г)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 6	19. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ а) цистэктомия б) криодеструкция в) склерозирование г) частичная резекция челюсти д) марсупиализация	а)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК 6	20. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ЦЕЛЬЮ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЕ (ВМЕСТЕ С ОБОЛОЧКОЙ) УДАЛЕНИЕ КИСТЫ ЧЕРЕЗ ТРЕПАНАЦИОННОЕ ОТВЕРСТИЕ В ЧЕЛЮСТИ а) цистотомия б) цистостомия в) цистэктомия г) цистолегия д) марсупиализация	в)	Одонтогенные кисты челюстей
ПК-2	1. СИНДРОМ ПЬЕРА - РОБЕНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ а) глоссоптозом б) расщелиной лица в) аномалией ушной раковины г) сращением языка с нижней челюстью д) гипергидрозом	а)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	2. СИЛЬНЫЕ УЗДЕЧКИ ГУБ И ЯЗЫКА ЯВЛЯЮТСЯ ФАКТОРАМИ РИСКА	в)	Детская челюстно-лицевая хирургия

	<p>РАЗВИТИЯ</p> <p>а) кариеса</p> <p>б) хронического периодонтита</p> <p>в) воспалительно - дистрофических изменений в пародонте</p> <p>г) гипоплазии эмали</p> <p>д) некроза эмали зубов</p>		
ПК-2	<p>3. БАГРОВЫЙ ЦВЕТ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p> <p>а) обморока</p> <p>б) коллапса</p> <p>в) анафилактического шока</p> <p>г) эпилепсии</p> <p>д) асфиксии</p>	в)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	<p>4. ПРИЧИНА ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА</p> <p>а) патология беременности</p> <p>б) болезни, перенесенные ребенком на втором году жизни</p> <p>в) рахит</p> <p>г) периодонтит молочного зуба</p> <p>д) множественный кариес</p>	г)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	<p>5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ К</p> <p>а) концу первой недели</p> <p>б) концу 10 дня</p> <p>в) концу второй недели</p> <p>г) концу месяца</p> <p>д) 1,5 месяцам</p>	б)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	<p>6. ОТСУТСТВИЕ ЗУБА В АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОСВЕННЫМ СИМПТОМОМ КИСТЫ</p> <p>а) десневой</p> <p>б) фолликулярной</p> <p>в) премордиальной</p> <p>г) радикулярной</p> <p>д) парадентальной</p>	б)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	<p>7. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА СВОЙСТВЕННАЯ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОМУ ОДОНТОГЕННОМУ ОСТЕОМИЕЛИТУ</p> <p>а) продуктивная</p> <p>б) деструктивно-продуктивная</p> <p>в) деструктивная</p> <p>г) репаративная</p> <p>д) склерозирующая</p>	а)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	<p>8. ТРАВМА ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРОИСХОДИТ ПРИ</p> <p>а) интрузии молочного зуба со сформированным корнем</p> <p>б) эктрузии молочного зуба с несформированным корнем</p> <p>в) интрузии молочного зуба с несформированным корнем</p>	а)	Детская челюстно-лицевая хирургия

	г) экстрезии молочного зуба со сформированным корнем д) авульсии молочного зуба		
ПК-2	9. СПИКУЛООБРАЗНЫЙ ПЕРИОСТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ а) остеобластокластомы б) одонтомы в) амелобластомы г) остеосаркомы д) костной гемангиомы	г)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	10. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТСЯ а) ангиосаркома б) фибросаркома в) гемангиосаркома г) гемангиома д) лимфосаркома	г)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	11. ПРИЗНАК «МУРСУ» ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ а) эпидемического паротита б) паренхиатозного паротита в) интерстициального паротита г) паротита новорожденного д) лимфонодулярного паротита	а)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	12. КИСТА С ОЧАГОМ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ С ЧЕТКИМИ И РОВНЫМИ КОНТУРАМИ И С ЗУБНЫМ ЗАЧАТКОМ НАЗЫВАЕТСЯ а) фолликулярной б) резидуальной в) кератокистой г) апикальной д) гингивальной	а)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	13. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА В ВИДЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ СООТВЕТСТВУЕТ а) хроническому гранулематозному периодонтиту б) несформированной верхушке корня в) хроническому гранулирующему периодонтиту г) зоне роста д) резорбирующемуся корню	а)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-6	14. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФОРМАЦИЙ ПРИКУСА ПРИ РАННЕЙ ПОТЕРЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ а) стимулирование прорезывания постоянных зубов б) сошлифовывание бугров молочных зубов в) протезирование г) внутриальвеолярное обнажение коронок	в)	Детская челюстно-лицевая хирургия

	постоянных зубов д) санацию полости рта		
ПК-6	15. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ВРЕМЕННОГО ЗУБА С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) физиологическая смена б) неравномерная резорбция корней в) отказ от лечения г) разрушение кортикальной пластинки фолликула постоянного зуба д) первичная адентия	г)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-6	16. ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ ГЛУБИНЕ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА а) 5 мм б) 7 мм в) 10 мм г) 12 мм д) 15 мм	а)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-6	17. ЯЧЕИСТУЮ ФОРМУ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛЕЧИТЬ МЕТОДОМ а) эксскохлеации б) резекции челюсти в) химиотерапии г) лучевой терапии д) наблюдения	а)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-6	18. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОЛНОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) 6 месяцев б) 1 год в) 2 года г) 3 года д) 6 лет	д)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-10	19. ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПРИ ВЫВИХЕ ЗУБА ПРОВОДЯТ а) проволочной шины Тигерштедта с зацепными петлями б) проволочной шины скобы в) шины Крамера г) шины Ванкевич д) шина Порта	б)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-10	20. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ЛИДОКАИНА В АЭРОЗОЛЯХ а) 0,5% б) 1% в) 2% г) 10% д) 30%	г)	Детская челюстно-лицевая хирургия
ПК-2	1. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ ЖАЛОБЫ НА а) постоянные ноющие боли, снижение	б)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

	<p>всех видов чувствительности или полное ее отсутствие</p> <p>б) короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу</p> <p>в) приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо - и слюноотечением</p> <p>г) длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения</p> <p>д) ограничение открывания рта, болезненность при жевании, хруст и щелканье ВНЧС</p>		
ПК-2	<p>2. ДЕФОРМАЦИЯ КОСТНЫХ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ</p> <p>а) острого неспецифического артрита</p> <p>б) синдрома болевой дисфункции</p> <p>в) вывиха ВНЧС</p> <p>г) остеоартроза</p> <p>д) калькулезного сиалоаденита</p>	г)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-2	<p>3. СИНОНИМ НЕВРАЛГИИ УШНО-ВИСОЧНОГО НЕРВА</p> <p>а) синдром Рейхерта</p> <p>б) синдром Eagle</p> <p>в) синдром Фрея</p> <p>г) синдром Пьеро – Робена</p> <p>д) синдром Костена</p>	в)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-2	<p>4. ИСХОД ПЕРЕДНЕГО НЕВПРАВЛЯЕМОГО СМЕЩЕНИЯ СУСТАВНОГО ДИСКА ВНЧС</p> <p>а) хронический артрит</p> <p>б) артроз</p> <p>в) остеомиелит головки суставного отростка</p> <p>г) контрактура нижней челюсти</p> <p>д) анкилоз</p>	б)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-2	<p>5. ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, КОТОРЫЙ ВОЗНИКАЕТ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИИ СУСТАВНОЙ КАПСУЛЫ</p> <p>а) привычный</p> <p>б) передний</p> <p>в) задний</p> <p>г) дистензионный</p> <p>д) хронический</p>	г)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-2	<p>6. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ</p> <p>а) с острым гайморитом</p> <p>б) с острым фронтитом</p> <p>в) с околоушным гипергидрозом</p> <p>г) с флегмоной поднижнечелюстной</p>	в)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

	области д) с флегмоной дна полости рта		
ПК-2	7. ДИСФУНКЦИЮ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С а) вывихом нижней челюсти б) костным анкилозом ВНЧС в) контрактурой нижней челюсти г) перелом суставного отростка нижней челюсти д) шейным остеохондрозом	д)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-2	8. ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ НЕВРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА а) постоянные ноющие боли, снижение всех видов чувствительности или полное ее отсутствие б) короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующие легким прикосновением к лицу в) паралич мимической мускулатуры г) ограничение открывания рта, болезненность при жевании, хруст и щелканье ВНЧС д) длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения	а)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-2	9. S - ПОДОБНЫЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ВРЕМЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ а) болевой дисфункции ВНЧС б) острого артрита ВНЧС в) хронического артрита ВНЧС г) костного анкилоза ВНЧС д) фиброзного анкилоза ВНЧС	а)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-2	10. СИМПТОМ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА а) симптом Венсана б) симптом Белла в) симптом Дюпюитрена г) симптом Трела д) симптом Гольденхара	б)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-6	11. ПРЕИМУЩЕСТВО МЕТОДОВ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ а) в многоэтапности лечения б) в широких пластических возможностях метода в) в сходстве, однотипности тканей по строению г) наименьшей травматичности д) в отсутствие дополнительных рубцов	в)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-6	12. ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ а) короткой уздечке языка б) линейных звездчатых рубцах	а)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

	<p>в) обширных дефектах костей лица д) обширных дефектах мягких тканей г) дефект концевого отдела носа</p>		
ПК-6	<p>13. СРЕДСТВО ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ</p> <p>а) костный шов б) аппарат Рудько в) аппарат Збаржа г) компрессионно-дистракционные аппараты д) шина Вебера</p>	а)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-6	<p>14. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ</p> <p>а) ненаркотических анальгетиков б) спазмолитиков в) противосудорожных средств г) наркотических анальгетиков д) миорелаксантов</p>	в)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-6	<p>15. НАИБОЛЕЕ ПРОСТОЙ ВИД ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ</p> <p>а) лоскутами на питающей ножке б) мобилизация краев раны в) треугольными лоскутами г) артериализированным лоскутами д) удвоенными лоскутами</p>	б)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-6	<p>16. ХЕЙЛОПЛАСТИКА ПО АББЕ ЭТО</p> <p>а) пластика встречными треугольными лоскутами б) пластика стебельчатым лоскутом в) пластика опрокидывающимся лоскутом г) пластика удвоенным лоскутом д) пластика лоскутом на питающей ножке</p>	д)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-6	<p>17. ПЛАСТИКУ СТЕБЕЛЬЧАТЫМ ЛОСКУТОМ В.П. ФИЛАТОВА ПРОВОДЯТ ПРИ</p> <p>а) дефекте крыла носа б) дефекте концевого отдела носа в) тотальном дефекте носа г) линейных рубцовых деформациях д) обширных дефектах нижней челюсти</p>	в)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-6	<p>18. ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>а) при рубцовых выворотах век б) при седловидной деформации носа в) при незначительных сквозных дефектах г) при обширных дефектах мягких тканей д) при плоских рубцах</p>	а)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-6	<p>19. ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ</p> <p>а) с шеи б) с лобной области в) с теменной области</p>	б)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

	г) со щечной области д) с носогубной складки		
ПК-6	20. СПОСОБ ПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЕННОГО ОТ ДЕФЕКТА УЧАСТКА ТЕЛА а) пластика лоскутом на ножке б) пластика треугольными лоскутами в) пересадка свободной кожи г) пластика скользящим лоскутом д) пластика артериализированным лоскутом	в)	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
ПК-2	1. ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ – ЭТО а) прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии б) реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него в) процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата г) реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца г) снижение общего объема костной ткани	а)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-2	2. «НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ ИМПЛАНТАТЫ» — ЭТО а) имплантаты, установленные в запланированном месте с соблюдением их параллельности, но не несущие никакой ортопедической нагрузки более 6 месяцев б) имплантаты, установленные в запланированном месте с соблюдением их параллельности, но не несущие никакой ортопедической нагрузки более 12 месяцев в) имплантаты, установленные без формирователя десны г) имплантаты, установленные в лунку удаленного зуба одновременно с композиционной коронкой д) имплантаты, расположенные в таком месте или под таким наклоном, что ортопедическое лечение не может быть осуществлено рационально, либо невозможно	д)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-2	3. НАПРАВЛЕННАЯ ТКАНЕВАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ — ЭТО а) создание оптимальных условий для роста и созревания (развития) органотипичной костной ткани в области костных дефектов с применением мембранной техники б) комбинирование остеоиндуктивных и остокондуктивных материалов с целью	а)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта

	<p>оптимизации репаративных процессов в области костных дефектов</p> <p>в) использование титановой сетки для избирательного прорастания костной ткани в полость дефекта</p> <p>г) изоляция дефекта от окружающих его структур бедной тромбоцитарной плазмой</p> <p>д) применение свободного соединительнотканного трансплантата в комбинации с костной стружкой</p>		
ПК-2	<p>4. АЛЛОПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ЭТО</p> <p>а) специально обработанная трупная кость</p> <p>б) остеопластический материал синтетического происхождения</p> <p>в) материал животного происхождения</p> <p>г) субстрат для изготовления имплантатов</p> <p>д) тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа</p>	а)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-2	<p>5. К ПАРЕСТЕЗИИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ</p> <p>а) травма нижнего луночкового нерва при формировании ложа для имплантата</p> <p>б) несвоевременное установление формирователя десны</p> <p>в) раннее проведение ортопедического этапа</p> <p>г) позднее проведение ортопедического этапа</p> <p>д) периимплантит</p>	а)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-2	<p>6. ПЕРИИМПЛАНТИТ ЭТО</p> <p>а) прогрессирующая резорбция окружающей имплантат костной ткани, вызванная и сопровождающаяся воспалительным процессом в мягких тканях, окружающих имплантат</p> <p>б) воспалительный процесс в мягких тканях, окружающих имплантат</p> <p>в) очаговый остеомиелит, развивающийся в окружающей имплантат костной ткани</p> <p>г) образование грануляционной ткани между костью и поверхностью имплантата</p> <p>д) потеря остеоинтеграции и отторжение имплантата</p>	а)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-2	<p>7. К ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СИНУСЛИФТИНГА ОТНОСЯТ</p> <p>а) формирование ороантрального сообщения</p> <p>б) развитие периимплантита и отсутствие интеграции или стабильности имплантатов</p> <p>в) утрата имплантатов и миграция имплантата</p> <p>г) образования блока верхнечелюстной пазухи</p> <p>д) невралгия большого небного нерва</p>	г)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта

ПК-6	8.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) аномалии прикуса б) пародонтит в) беременность г) заболевания ЖКТ в стадии компенсации д) заболевания крови и кроветворных органов	д)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	9.ОТНОСИТЕЛЬНОМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) отсутствие одного из зубов во фронтальном отделе б) неудовлетворительная гигиена полости рта в) заболевания цнс г) односторонний концевой дефект зубного ряда д) двухсторонний концевой дефект зубного ряда	б)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	10. К МЕСТНОМУ ПРОТИВОПОКАЗАНИЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ОТНОСИТСЯ а) локализованный пародонтит б) множественный кариес в) патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса г) отсутствие одного зуба д) полная адентия	в)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	11. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА НА ИМПЛАНТАТАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СНЯТИЕ ОТТИСКОВ а) 2-х этапной техникой базисным и коррегирующим слоем б) гипсом с индивидуальной жесткой ложкой. в) альгинатной слепочной массой стандартной жесткой ложкой г) индивидуальной жесткой ложкой силиконовой массой открытым или закрытым способом д) стандартной жесткой ложкой силиконовой массой закрытым способом	г)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	12. УСТАНОВКА ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ а) 1-2 месяца после установки имплантата б) 3-4 месяца после установки имплантата в) 4-5 месяцев после установки имплантата г) 5-6 месяцев после установки имплантата	г)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта

	д) через год		
ПК-6	13. УСТАНОВКА ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ а) 1-2 месяца после установки имплантата б) 3-4 месяца после установки имплантата в) 4-5 месяцев после установки имплантата г) 5-6 месяцев после установки имплантата д) через год	б)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	14. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ СТЕНКИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА а) закрыть перфорацию остеопластическим материалом и провести имплантацию б) прекратить операцию и ушить рану под кровяным сгустком в) заменить имплантат на меньший размер и провести имплантацию г) заменить имплантат на меньший размер и провести имплантацию д) закрыть дефект резорбируемой мембраной и не проводить имплантацию	б)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	15. ДЛЯ УСТАНОВКИ ПЛАСТИНОЧНОГО ИМПЛАНТАТА РАЗРЕЗ ПРОВОДЯТ а) по центру альвеолярного гребня б) по центру альвеолярного гребня или чуть-чуть щечно в) по центру альвеолярного гребня или чуть-чуть орально г) по краю альвеолярного гребня д) по переходной складке	г)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	16. ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЛОЖА ПОД ИМПЛАНТАТЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СО СКОРОСТЬЮ ВРАЩЕНИЯ а) 200-300 об/мин б) 500-800 об/мин в) 1000-1500 об/мин г) 3000-5000 об/мин д) 30000- 35000 об/мин	в)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	17. ДЛЯ УСТАНОВКИ ПЛАСТИНОЧНОГО ИМПЛАНТАТА ПОСЛЕ РАЗРЕЗА ТКАНИ ДЕСНЫ ОТСЛАИВАЮТ НА ГЛУБИНУ а) с каждой поверхности альвеолярного отростка на глубину 5-10мм б) с каждой поверхности альвеолярного отростка на глубину 10-15мм в) с каждой поверхности альвеолярного	б)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта

	отростка на глубину 20-25мм г) с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка на глубину 5-10 мм д) с оральной поверхности альвеолярного отростка на глубину 10-15 мм		
ПК-6	18. ДЛЯ ПЛАСТИНОЧНОГО ИМПЛАНТАТА ЛОЖЕ ИМПЛАНТАТА ФОРМИРУЕТСЯ а) на 1-2 мм короче его размеров б) на 1-2 мм длиннее его размеров мезиально в) на 1-2 мм длиннее его размеров с каждой стороны г) на 3-4 мм длиннее его размеров с каждой стороны д) на 1-2 мм длиннее его размеров дистально	в)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	19. ПЕРЕД ТЕМ, КАК ФОРМИРОВАТЬ КОСТНОЕ ЛОЖЕ, ДЛЯ ПЛАСТИНОЧНОГО ИМПЛАНТАТА СЛЕДУЕТ, ЧЕРЕЗ КОРТИКАЛЬНУЮ ПЛАСТИНКУ В ГУБЧАТОЕ ВЕЩЕСТВО, СДЕЛАТЬ КАНАЛЫ а) вертикальные по центру альвеолярного гребня б) параллельно с остальными имплантатами в) параллельно с естественными зубами г) параллельно переходной складке д) вертикальные по центру альвеолярного гребня на расстоянии 3-5 мм и параллельные друг другу	д)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК-6	20. ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ИМПЛАНТАТА РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ШВАМИ ДОЛЖНО БЫТЬ а) 0,5 см б) 1 см в) 1,5 см г) 1,5-2 мм д) 0,5 мм	а)	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
ПК 2	1. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НАЧИНАЮТ а) с осмотра выводных протоков б) сбора жалоб и анамнеза заболевания в) с пальпации слюнных желез г) с рентгенологического обследования д) с гистологического обследования	б)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	2. СИАЛОГРАФИЯ – МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ а) введение в железу через проток кислорода	г)	Заболевания головы и шеи

	б) введение в железу раствора йодоформа в) исследование секреторной функции железы г) искусственное контрастирование железы д) промывание протоков слюнных желез антисептиками		
ПК 2	3. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОНКРЕМЕНТА, ЛОКАЛИЗУЮЩЕГОСЯ В ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРИМЕНЯЮТ а) пункцию б) бужирование протока в) рентгенографию дна полости рта г) рентгенографию нижней челюсти в боковой проекции д) рентгенографию нижней челюсти в прямой проекции	в)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	4. НА СИАЛОГРАММЕ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ а) выраженным расширением протоков I и II порядка б) запустеванием протоков IV, V порядка, появлением округлых полостей в) сужением всех протоков железы г) деформация протоков, появление дефектов наполнения д) критическим уменьшением размеров железы	б)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	5. ПРИЗНАКИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШЕГОСЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ а) формирование свищей и гноетечение из них б) нарушение окклюзионных соотношений зубных рядов в) тугая подвижность отломков в области перелома г) ограничение раскрывания рта д) боль в челюсти	б)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	6. ЛИКВОРЕЯ ИЗ НОСА И УШЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДТВЕРЖДАЕТ а) перелом стенок верхнечелюстной пазухи б) перелом основания черепа в) перелом височной кости г) перелом лобной пазухи д) перелом костей носа	б)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	7. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМА РЕНТГЕНОГРАММА а) нижней челюсти в прямой проекции б) внутриротовая в) придаточных пазух носа и скуловых костей	в)	Заболевания головы и шеи

	г) обзорные рентгенограммы черепа д) костей черепа		
ПК 2	8. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ а) головная боль б) носовое кровотечение в) патологическая подвижность нижней челюсти г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей д) нарушение прозрачности гайморовых пазух на рентгенограмме	г)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	9. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫЯСНИТЬ а) количество алкоголя, который принял пострадавший б) были в анамнезе переломы нижней или верхней челюсти в) время и характер травмы, количество ударов, была ли потеря сознания, тошнота г) имеется ли непереносимость лекарственных препаратов д) имеется ли у него медицинская страховка	в)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	10. К СИАЛОАДЕНИТАМ ВИРУСНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ а) неспецифический сиалоаденит б) специфический сиалоаденит в) эпидемический паротит г) болезнь Микулича д) болезнь Шегрена	в)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	11. С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИАЛОАДЕНИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ а) контрастная сиалография б) обзорная сиалография слюнных желез в) пункция железы г) исследование отделяемого из протока слюнной железы д) исследование количества слюны	г)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	12. БОЛЕЗНЬ МИКУЛИЧА РАССМАТРИВАЮТ КАК а) локализованную форму гранулематоза б) локализованную форму лимфоматоза в) локализованную форму коллагеноза г) локализованную форму амилоидоза д) локализованную форму фиброматоза	б)	Заболевания головы и шеи
ПК 6	13. КАМНИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИЕСЯ В ПАРЕНХИМЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ а) удаляют вместе с железой б) удаляют со стороны полости рта в) подвергают литотрипсии (дробят	а)	Заболевания головы и шеи

	<p>ультразвуком)</p> <p>г) удаляют путем рассечения паренхимы железы</p> <p>д) оставляют под наблюдением</p>		
ПК 6	<p>14. СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ КАЗАНЬЯНА И КОНВЕРСА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДОСТУП К КОСТНЫМ ФРАГМЕНТАМ</p> <p>а) путем разреза тканей в височной области</p> <p>б) со стороны верхнечелюстной пазухи после проведения гайморотомии</p> <p>в) со стороны полости рта разрез выполняется по переходной складке в области первого и второго моляров</p> <p>г) из разреза над скуловой дугой</p> <p>д) внутриорбитальный путь</p>	б)	Заболевания головы и шеи
ПК 6	<p>15. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) дуга Энгля</p> <p>б) остеосинтез</p> <p>в) аппарат Збаржа</p> <p>г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой</p> <p>д) фиксация миниплатами</p>	г)	Заболевания головы и шеи
ПК 10	<p>16. ЛИГАТУРНОЕ СВЯЗЫВАНИЕ ЗУБОВ ПО АЙВИ ОТНОСЯТ</p> <p>а) к лечебным способам иммобилизации отломков</p> <p>б) к одному из способов остеосинтеза</p> <p>в) к способам транспортной иммобилизации</p> <p>г) к одному из способов ортопедического лечения</p> <p>д) к комплексному способу иммобилизации отломков</p>	в)	Заболевания головы и шеи
ПК 10	<p>17. ЛЕЧЕБНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ АППАРАТАМИ</p> <p>а) Илизарова</p> <p>б) Гудушаури</p> <p>в) Маланчука</p> <p>г) Рудько</p> <p>д) Ковтуна</p>	г)	Заболевания головы и шеи
ПК 10	<p>18 ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ НА ОБЕИХ ЧЕЛЮСТЯХ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ШИН</p> <p>а) шину Порты</p> <p>б) шину Ванкевич</p> <p>в) шину Тигерштедта</p> <p>г) шину Шредера со скользящим шарниром</p> <p>д) шину Лимберга</p>	а)	Заболевания головы и шеи
ПК 10	<p>19. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ</p>	в)	Заболевания головы и шеи

	<p>ЕЕ ПЕРЕЛОМАХ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ И ОТСУТСТВИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) шину скобу б) шину Васильева в) шину скобу с распорочным изгибом г) аппарат Рудько д) шину Порта</p>		
ПК 10	<p>20. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЕЗЫ НАЗНАЧАЮТ</p> <p>а) раствор пилокарпина б) раствор атропила в) раствор новокаина г) раствор мезатона д) раствор адреналина</p>	а)	Заболевания головы и шеи
ПК 2	<p>1. ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ</p> <p>а) на мягком небе б) на слизистой оболочке щеки в) на боковой поверхности языка г) на слизистой оболочке дна полости рта д) на красной кайме губы</p>	д)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>2. ОЧАГ ОГРАНИЧЕННОГО ГИПЕРКЕРАТОЗА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ</p> <p>а) очага поражения, выступающего над поверхностью губы б) очага поражения, несколько западающего ниже поверхности губы в) очага поражения, резко выступающего над поверхностью губы г) очага поражения полушаровидной формы, покрытого чешуйками д) эрозии, покрытой гемморагическими корочками</p>	б)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>3. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) выраженным гиперкератозом б) резкой пролиферацией покровного эпителия как вверх, так и вниз в) дефектом эпителия, заполненным густым диффузным инфильтратом г) утолщением эпителия за счет разрастания рогового и зернистого слоев д) разрушением базальной мембраны эпителиальными тяжами</p>	в)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>4. НАИБОЛЬШЕЙ СКЛОННОСТЬЮ К МАЛИГНИЗАЦИИ ОБЛАДАЕТ</p> <p>а) веррукозная лейкоплакия б) эрозивная лейкоплакия в) плоская лейкоплакия г) лейкоплакия Таппейнера д) мягкая лейкоплакия</p>	а)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>5. ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К</p>	г)	Онкостоматология и лучевая терапия

	<p>ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЛЕЙКОПЛАКИИ</p> <p>а) патология желудочно-кишечного тракта</p> <p>б) влияние неблагоприятных метеорологических воздействий</p> <p>в) нарушение обмена витамина «А»</p> <p>г) местные раздражающие факторы</p> <p>д) профессиональные вредности</p>		
ПК 2	<p>6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАКА ГУБЫ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) с сифилисом</p> <p>б) с фурункулом</p> <p>в) с карбункулом</p> <p>г) с атеромой</p> <p>д) с заедой</p>	а)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ – БАЗАЛИОМА КОЖИ ЛИЦА МОЖНО УСТАНОВИТЬ ПОСЛЕ</p> <p>а) биохимического исследования плазмы крови</p> <p>б) компьютерной томографии</p> <p>в) пункционной биопсии</p> <p>г) инцизионной биопсии</p> <p>д) консультации дерматолога</p>	г)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>8. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) межмышечная</p> <p>б) цилиндроклеточная</p> <p>в) плоскоклеточная</p> <p>г) мукоэпидермоидная</p> <p>д) смешанная</p>	в)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>9. БОЛЬШУЮ ЦЕННОСТЬ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИМЕЕТ</p> <p>а) электроодонтометрия зубов верхней челюсти</p> <p>б) риноскопия передняя и задняя, пальцевое исследование носоглотки</p> <p>в) стоматоскопия</p> <p>г) исследование жевательной функции</p> <p>д) рентгенография зубов верхней челюсти</p>	б)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>10. СИНОНИМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ</p> <p>а) цилиндрома</p> <p>б) серая опухоль</p> <p>в) бурая опухоль</p> <p>г) красная опухоль</p> <p>д) ретенционная киста</p>	в)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 2	<p>11. СИНОНИМОМ АМЕЛОБЛАСТОМЫ</p> <p>а) цементома</p> <p>б) гигантома</p> <p>в) адамантинома</p> <p>г) хондробластома</p> <p>д) эпюлид</p>	в)	Онкостоматология и лучевая терапия

ПК 2	12. ДЕКУБИТАЛЬНУЮ ЯЗВУ ОТНОСЯТ К ПРЕДРАКАМ а) облигатным б) факультативным в) атипичным г) реактивным д) дистрофическим	б)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 6	13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРРУКОЗНОЙ ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ ИСПОЛЬЗУЮТ а) рентгенотерапию б) диатермокоагуляцию в) облучение гелий-неоновым лазером г) дидинамотерапию д) дарсонвализацию	б)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 6	14. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ а) химиотерапия б) инцизионная биопсия в) клиновидная резекция губы с очагом поражения г) электрокоагуляция д) лучевая терапия	в)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 6	15. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛИОМЫ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ а) иссечение опухоли полуовальными разрезами, отступя от краев 5 – 10 см б) иссечение опухоли полуовальными разрезами, отступя от краев 3 – 5 см в) иссечение опухоли полуовальными разрезами отступя от краев 5 – 10 мм г) иссечение опухоли полуовальными разрезами отступя от краев 1 – 2 мм д) иссечение опухоли полуовальными разрезами отступя от краев 0,5 мм	в)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 6	16. КРИОГЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОТНОСЯТ а) к физиотерапевтическому методу б) к хирургическому методу в) к химиотерапевтическому методу г) к консервативному методу д) к лучевой терапии	б)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 6	17. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АМЕЛОБЛАСТОМЫ а) энуклеации опухоли б) цистэктомии в) цистотомии г) резекции нижней челюсти в пределах здоровых тканей д) марсупиализации опухоли	г)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 6	18. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ а) операцию Крайла	а)	Онкостоматология и лучевая терапия

	б) экстирпацию пораженных лимфатических узлов в) операцию Блохина г) операцию Брунса д) операция Аббе		
ПК 6	19. ЭКСЦИЗИОННУЮ БИОПСИЮ ПРОВОДЯТ а) путем пункции опухоли троакаром или иглой б) путем полного иссечения небольшой опухоли в легкодоступных местах в) путем иссечения фрагмента опухоли г) путем соскоба с поверхности опухоли д) путем взятия кусочка опухоли с помощью конхотома	б)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК 6	20. КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ а) рибофлавин б) аскорбиновая кислота в) солкосерил г) гидрокортизон д) метронидазол	в)	Онкостоматология и лучевая терапия
ПК-2	1. ИНСТРУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ а) распатор прямой б) шпатель, пинцет, зонд стоматологический, стоматологическое зеркало в) лопаточка Буяльского г) стоматологический пинцет д) стоматологическое зеркало	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	2. ВНУТРИРОТОВЫЕ СПОСОБЫ РЕНТГЕНОГРАФИИ а) панорамная рентгенография б) рентгенография нижней челюсти в) рентгенография придаточных пазух носа г) рентгенография тканей дна полости рта вприкус д) ТРГ	г)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	3. РЕНТГЕНКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЭТО а) томография б) сиалография в) радиовизиография г) гайморография д) фистулография	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	4. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СВИЩЕВЫХ ХОДОВ ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫЙ МЕТОД а) томография б) сиалография в) радиовизиография г) гайморография	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии

	д) фистулография		
ПК-2	5. ОТРОПАНТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ а) изображение только верхней челюсти б) изображение только нижней челюсти в) изображение обеих челюстей г) изображение ВНЧС д) изображение только придаточных пазух носа	в)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	6. ИССЛЕДОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ЭТО а) гистологическое исследование б) цитологическое исследование в) микробиологическое исследование г) рентгенологическое исследование д) биохимическое	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	7. ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ а) ПЦР б) ИФА в) ТРГ г) серологический метод д) эксфолиативный метод	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	8. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ а) опрос б) осмотр челюстно-лицевой области в) пальпация г) перкуссия д) пункция	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	9. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ а) мазки отпечатки б) мазок – переотпечаток в) соскоб г) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа д) биопсия	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ЭТО МЕТОД а) гистологический б) цитологический в) микробиологический г) рентгенологический д) иммунологический	в)	Предклинический курс хирургической стоматологии

ПК-2	<p>11. ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА ВОЗБУДИТЕЛЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЛО ЭТО</p> <p>а) гистологическое исследование б) цитологическое исследование в) микробиологическое исследование г) рентгенологическое исследование д) иммунологическое исследование</p>	в)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	<p>12. ПРИ ИНЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) иссечение части новообразования на границе со здоровой тканью б) удаляют весь патологический очаг в) проводят забор материала при помощи иглы г) проводят забор материала из кости с помощью трепана д) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа</p>	а)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	<p>13. ПРИ ЭКСЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) иссечение части новообразования на границе со здоровой тканью б) удаляют весь патологический очаг в) проводят забор материала при помощи иглы г) проводят забор материала из кости с помощью трепана д) смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа</p>	б)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-10	<p>14. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО КОРОНКА ЗУБА СОХРАНЕНА</p> <p>а) клювовидные щипцы со сходящимися щёчками б) клювовидные коронковые щипцы в) S-образные правосторонние г) клювовидные щипцы с несходящимися щёчками д) байонетные щипцы</p>	г)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-10	<p>15. ЩИПЦЫ, ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) клювовидные со сходящимися щечками б) клювовидные с несходящимися щечками в) клювовидные изогнутые по плоскости г) штыковидные щипцы с несходящимися щечками д) клювовидные коронковые</p>	а)	Предклинический курс хирургической стоматологии

ПК-10	16. НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГЛОВЫМ ЭЛЕВАТОРОМ УДАЛЯЮТ а) резцы б) клыки в) премоляры г) моляры д) корни моляров	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-10	17. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНЕННОЙ КОРОНКЕЙ а) клювовидные коронковые б) прямые в) S – образные г) S – образные право или левосторонние д) байонетные	г)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-10	18. ШИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ПРИ ОГРАНИЧЕНИИ ОТКРЫВАНИИ РТА а) байонетные щипцы б) клювовидные коронковые в) клювовидные щипцы со сходящимися щёчками г) клювовидные щипцы с несходящимися щёчками д) клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-10	19. ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ ОТЛИЧАЕТ ШИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТ ШИПЦОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ а) признак ширины щёчек б) признак изгиба ручек в) признак стороны г) признак угла д) признак изгиба щечек	г)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-10	20. ПРИЗНАК ИЗГИБА РУЧЕК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ШИПЦОВ а) прямых б) клювовидных коронковых в) клювовидных со сходящимися г) байонетных д) S- образных	д)	Предклинический курс хирургической стоматологии
ПК-2	1. ВНУТРИРОТОВЫЕ СПОСОБЫ РЕНТГЕНОГРАФИИ а) панорамная рентгенография б) рентгенография нижней челюсти в) рентгенография придаточных пазух носа г) рентгенография тканей дна полости рта вприкус д) ТРГ	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-2	2. СИМПТОМ ОБМОРОКА ВОЗНИКШЕГО ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА а) повышение АД, головокружение, слабость, «мушки в глазах»	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессионально

	<p>б) потеря сознания, тонические судороги, самопроизвольное мочеиспускание</p> <p>в) двигательное и речевое возбуждение, бледность кожных покровов, расширение зрачков, поверхностное дыхание</p> <p>г) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, тошнота, звон в ушах, бледность кожных покровов</p> <p>д) бледность кожных покровов, синюшность лица, учащенное дыхание, снижение АД</p>		<p>й деятельности (по хирургической стоматологии)</p>
ПК-2	<p>3. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) образование гематомы в мягких тканях</p> <p>б) перелом корня удаляемого зуба</p> <p>в) контрактура жевательных мышц</p> <p>г) невралгия ветвей тройничного нерва</p> <p>д) формирование постинъекционного абсцесса в мягких тканях</p>	б)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)</p>
ПК-2	<p>4. ФОРМА ПЕРИОДОНТИТА, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ФОРМИРОВАНИЕ СВИЩЕЙ</p> <p>а) для хронического гранулематозного</p> <p>б) для хронического гранулирующего</p> <p>в) для хронического фиброзного</p> <p>г) для острого гнойного периодонтита</p> <p>д) для острого серозного периодонтита</p>	б)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)</p>
ПК-2	<p>5. СИМПТОМ «ВЫРОСШЕГО ЗУБА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p> <p>а) острого одонтогенного остеомиелита</p> <p>б) острого гнойного периостита</p> <p>в) острого гнойного гайморита</p> <p>г) острого гнойного периодонтита</p> <p>д) хронического фиброзного периодонтита</p>	г)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)</p>
ПК-6	<p>6. СПОСОБ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) торусальная</p> <p>б) мандибулярная</p> <p>в) туберальная</p> <p>г) ментальная</p> <p>д) по Гоу Гейтсу</p>	в)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)</p>
ПК-6	<p>7. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РОТ ПАЦИЕНТА ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ НА УРОВНЕ</p> <p>а) на уровне локтя врача</p> <p>б) на уровне плеча врача</p> <p>в) на уровне подбородка врача</p> <p>г) на уровне глаз врача</p> <p>д) на уровне верхней челюсти врача</p>	а)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)</p>

ПК-6	<p>8. ТАКТИКА ПРИ ПОПАДАНИИ НЁБНОГО КОРНЯ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 1.6, ПАЗУХА БЕЗ ЯВЛЕНИЙ ВОСПАЛЕНИЯ</p> <p>а) ушить лунку удаленного зуба б) провести тампонаду лунки в) провести пластику соустья лоскутом со щеки г) направить больного на лечение в отд. ЧЛХ д) направить больного на лечение в ЛОР-отделение</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-6	<p>9. РАССЕЧЕНИЕ ЗУБА ЧЕРЕЗ ОБЛАСТЬ БИФУРКАЦИИ ЭТО</p> <p>а) резекция верхушки корня зуба б) гемисекция в) ампутация корня г) короно-радикулярная сепарация д) трепанация</p>	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-6	<p>10. ОПЕРАЦИЯ – ГЕМИСЕКЦИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЗУБАХ</p> <p>а) на центральных резцах нижней челюсти б) на премолярах верхней челюсти в) на больших коренных зубах нижней челюсти г) на молярах верхней челюсти д) только на третьих молярах нижней челюсти</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-6	<p>11. ПРИ АПОДАКТИЛЬНОМ МЕТОДЕ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <p>а) на уровне жевательной поверхности верхних моляров б) на 2 см ниже жевательной поверхности верхних моляров в) на 1 см выше жевательной поверхности нижних моляров г) на 2 см выше жевательной поверхности нижних моляров д) на уровне жевательной поверхности нижних моляров</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-6	<p>12. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ – АПИКОЭКТОМИЯ ЗУБА 1.2</p> <p>а) хронический фиброзный периодонтит б) перелом корня зуба в средней трети в) хронический гранулематозный периодонтит г) обострение хронического гранулирующего периодонтита д) острый гнойный периодонтит</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)

ПК-6	<p>13. ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА</p> <p>а) разрез параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров</p> <p>б) разрез слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке</p> <p>в) разрез со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти</p> <p>г) разрез со стороны кожи в поднижнечелюстной области</p> <p>д) разрез слизистой оболочки по краю передней небной дужки</p>	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-6	<p>14. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА</p> <p>а) тугая тампонада сухим стерильным тампоном;</p> <p>б) ушивание слизистой оболочки кетгутом</p> <p>в) тугая тампонада лунки гемостатической губкой</p> <p>г) назначить внутрь викасол, внутривенное введение 10% раствора хлористого кальция</p> <p>д) промыть лунку антисептиками</p>	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-6	<p>15. ВЕРХУШКУ КОРНЯ РЕЗЕЦИРУЮТ ПОД УГЛОМ К ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ</p> <p>а) 15°</p> <p>б) 25°</p> <p>в) 35°</p> <p>г) 45°</p> <p>д) 60°</p>	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-6	<p>16. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОБМОРОКЕ ВОЗНИКШЕМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА</p> <p>а) подкожное введение 1-2 мл кофеина и кордиамина</p> <p>б) внутривенное введение раствора адреналина</p> <p>в) под язык таблетку нитроглицерина</p> <p>г) введение внутримышечно раствора супрастина</p> <p>д) введение внутримышечно раствора дибазола</p>		Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-19	<p>17. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ЭТО ФОРМА</p> <p>а) 043 у</p> <p>б) 030 у</p> <p>в) 039</p> <p>г) 037</p> <p>д) 027у</p>	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по хирургической стоматологии)

ПК-19	18. КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ а) 043 у б) 030 у в) 039 г) 037 д) 027у	б)	Практика по получению профессиональн ых умений и опыта профессионально й деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-19	19. ДНЕВНИК РАБОТЫ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ЭТО ФОРМА а) 043 у б) 030 у в) 039 г) 037 д) 027у	в)	Практика по получению профессиональн ых умений и опыта профессионально й деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК-19	20. В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО ВПИСАТЬ а) жалобы, данные анамнеза заболевания, диагноз и лечение б) жалобы, данные анамнеза жизни, данных анамнеза заболевания, результаты осмотра, диагноз и лечение в) жалобы, данные анамнеза жизни и заболевания, данные объективного осмотра о проведенных методах дополнительного обследования, диагноз, план лечения и проведенное лечение г) жалобы, данные анамнеза заболевания, данные объективного осмотра о проведенных методах дополнительного обследования, диагноз и проведенное лечение д) информированное согласие пациента, результаты обследования и план лечения	г)	Практика по получению профессиональн ых умений и опыта профессионально й деятельности (по хирургической стоматологии)
ПК 2	1. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА В ВИДЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С НЕЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ, ПРИЛЕЖАЩЕГО К ВЕРХУШКЕ ЗУБА, НАПОМИНАЮЩЕГО «ЯЗЫКИ ПЛАМЕНИ» ХАРАКТЕРНА а) для хронического гранулирующего иодонтита б) для хронического фиброзного иодонтита в) для хронического гранулематозного иодонтита г) для острого гнойного периодонтита д) для острого серозного периодонтита	а)	Хирургия полости рта
ПК 2	2. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ВЕРХНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА	в)	Хирургия полости рта

	<p>а) невралгия тройничного нерва б) вывих нижней челюсти в) отлом бугра верхней челюсти г) артрит височно-нижнечелюстного сустава д) невропатия большого небного нерва</p>		
ПК 2	<p>3. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <p>а) жалоб больного б) опроса больного в) клинических данных г) клинико-рентгенологической картины д) данных лабораторных методов исследования</p>	г)	Хирургия полости рта
ПК 2	<p>4. ПЕРВЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКТИВНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) на 30-е сутки б) на 25-е сутки в) на 20-е сутки г) на 10-14-е сутки д) на 7-е сутки</p>	г)	Хирургия полости рта
ПК 2	<p>5. ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТТОРЖЕНИЯ СЕКВЕСТРОВ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) данные рентгенографии б) данные анализа крови в) выпячивание грануляций из свищевого хода г) подвижность зубов д) появление свищей на альвеолярном отростке челюсти</p>	д)	Хирургия полости рта
ПК 2	<p>6. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ</p> <p>а) в виде "тающего сахара" б) с четкими границами и тенью зуба в кости в) с нечеткими границами в области разования г) в виде нескольких полостей с четкими контурами д) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов</p>	б)	Хирургия полости рта
ПК 2	<p>7. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА</p> <p>а) формирование свищевого хода на десне б) самопроизвольные боли, усиливающиеся при воздействии холода в) резкие пульсирующие боли, ощущение</p>	в)	Хирургия полости рта

	<p>выросшего зуба, невозможность прикосновения к зубу языком, зубом-антагонистом</p> <p>г) гноетечение из зубодесневых карманов, подвижность причинного зуба и рядом стоящих зубов</p> <p>д) муфтообразный инфильтрат альвеолярного отростка челюсти</p>		
ПК 2	<p>8. ФУРУНКУЛ ЭТО</p> <p>а) воспаление волосяного фолликула</p> <p>б) воспаление сальной железы</p> <p>в) воспаление потовой железы</p> <p>г) гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки</p> <p>д) воспаление малой слюнной железы</p>	а)	Хирургия полости рта
ПК 2	<p>9. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ — ЭТО</p> <p>а) гнойное воспаление межмышечной клетчатки</p> <p>б) разлитой гнойно-некротический процесс в подкожной клетчатке</p> <p>в) абсцесс, локализующийся под надкостницей</p> <p>г) очаг деструкции в области верхушки корня зуба</p> <p>д) гнойное воспаление связочного аппарата зуба</p>	в)	Хирургия полости рта
ПК 2	<p>10. ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) болезненное припухание регионарных лимфатических узлов</p> <p>б) постоянная сильная боль в «причинном» зубе, чувство «выросшего» зуба</p> <p>в) умеренная боль в челюсти, субпериостальный абсцесс</p> <p>г) плотный инфильтрат в одной из анатомических областей лица</p> <p>д) муфтообразный инфильтрат альвеолярного отростка челюсти</p>	в)	Хирургия полости рта
ПК 2	<p>11. СИМПТОМ «ВЫРОСШЕГО ЗУБА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p> <p>а) острого одонтогенного остеомиелита</p> <p>б) острого гнойного периостита</p> <p>в) острого гнойного гайморита</p> <p>г) острого гнойного периодонтита</p> <p>д) хронического фиброзного периодонтита</p>	г)	Хирургия полости рта
ПК 2	<p>12. ОСТРЫЙ ПЕРИОСТИТ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ</p> <p>а) с острым одонтогенным остеомиелитом</p> <p>б) с хроническим одонтогенным остеомиелитом</p> <p>в) с острым лимфаденитом</p> <p>г) с острым сиалоаденитом</p> <p>д) с острым пульпитом</p>	а)	Хирургия полости рта
ПК 6	<p>13. ОПЕРАЦИЯ – ГЕМИСЕКЦИЯ</p>	в)	Хирургия полости

	<p>ВЫПОЛНЯЕТСЯ</p> <p>а) на центральных резцах нижней челюсти</p> <p>б) на премолярах верхней челюсти</p> <p>в) на больших коренных зубах нижней челюсти</p> <p>г) на молярах верхней челюсти</p> <p>д) только на третьих молярах нижней челюсти</p>		рта
ПК 6	<p>14. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) раскрыть полость зуба</p> <p>б) провести метод девитализации пульпы</p> <p>в) провести операцию удаления зуба</p> <p>г) реплантировать причинный зуб</p> <p>д) провести операцию резекции верхушки корня</p>	в)	Хирургия полости рта
ПК 6	<p>15. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ</p> <p>а) секвестроэктомия</p> <p>б) резекции челюсти</p> <p>в) остеотомия</p> <p>г) секвестротомия</p> <p>д) апикозэктомия</p>	а)	Хирургия полости рта
ПК 6	<p>16. ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА</p> <p>а) разрез параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров</p> <p>б) разрез слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке</p> <p>в) разрез со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти</p> <p>г) разрез со стороны кожи в поднижнечелюстной области</p> <p>д) разрез слизистой оболочки по краю передней небной дужки</p>	б)	Хирургия полости рта
ПК 10	<p>17. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА</p> <p>а) тугая тампонада сухим стерильным тампоном;</p> <p>б) ушивание слизистой оболочки кетгутом</p> <p>в) тугая тампонада лунки гемостатической губкой</p> <p>г) назначить внутрь викасол, внутривенное введение 10% раствора хлористого кальция</p> <p>д) промыть лунку раствором антисептика</p>	б)	Хирургия полости рта
ПК 10	<p>18. ФРЕНЕКТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПЕРЕД ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ПРОВОДЯТ</p> <p>а) при помощи двух изогнутых</p>	а)	Хирургия полости рта

	<p>кровоостанавливающих зажимов и сшивания раны</p> <p>б) путем рассечения уздечки в горизонтальной плоскости и растягивания краев раны</p> <p>в) путем рассечения уздечки в вертикальной плоскости и растягивания краев раны</p> <p>г) при помощи диатермокоагулятора</p> <p>д) перемещением квадратных лоскутов</p>		
ПК 10	<p>20. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА</p> <p>а) гомеопатическая</p> <p>б) антибактериальная и десенсебилизирующая терапия</p> <p>в) трансфузионная терапия</p> <p>г) ГБО</p> <p>д) механотерапия</p>	б)	Хирургия полости рта
ОПК-7	<p>СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ</p> <p>а) 1 вдох: 5-6 компрессий</p> <p>б) 2 вдоха: 30 компрессий</p> <p>в) 1-2 вдоха: 6-8 компрессий</p> <p>г) 2 вдоха: 10 компрессий</p> <p>д) 1 вдох: 10 компрессий</p>	б)	Симуляционный курс
ОПК-7	<p>ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) 10 минут</p> <p>б) 30 минут</p> <p>в) 5 минут</p> <p>г) до восстановления самостоятельной сердечной деятельности</p> <p>д) до появления сознания</p>	г)	Симуляционный курс
ОПК-7	<p>УКАЖИТЕ, С ЧЕГО НАЧИНАЮТ ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ:</p> <p>а) обеспечение безопасного оказания помощи</p> <p>б) остановка наружного кровотечения</p> <p>в) обеспечение проходимости дыхательных путей</p> <p>г) проведение простейших противошоковых мероприятий</p> <p>д) сердечно-легочная реанимация.</p>	а)	Симуляционный курс
ОПК-1	<p>АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ ПАЦИЕНТА В КОНСУЛЬТАЦИИ</p> <p>а) увеличивает продолжительность консультативного приема б) мешает врачу</p> <p>в) приводит к повышению комплаенса (следования врачебным рекомендациям)</p> <p>г) не имеет смысла</p> <p>д) приводит к снижению комплаенса</p>	в)	Симуляционный курс
ОПК-1	<p>БЛАГОДАРЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧ МОЖЕТ</p>	а)	Симуляционный курс

	<p>а) лучше понимать, что чувствует пациент во время консультации</p> <p>б) уговорить пациента не писать на него жалобу</p> <p>в) сократить время, проводимое с пациентом, к минимуму</p> <p>г) уговорить пациента на то, что не является для него необходимым</p> <p>д) повысить доверие пациента к врачу</p>		
ОПК-1	<p>ЕСЛИ 90% ВРЕМЕНИ КОНСУЛЬТАЦИИ ГОВОРИТ ВРАЧ</p> <p>а) то у пациента нет возможности задавать вопросы и делиться с врачом важной информацией</p> <p>б) это означает, что у пациента нет вопросов и сомнений</p> <p>в) это свидетельствует о компетентности врача</p> <p>г) то пациент точно получит всю необходимую информацию</p> <p>д) это означает, что пациент не вовлечен в процесс лечения</p>	а)	Симуляционный курс
ПК-9	<p>ЩЕЧКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНЫ КАСАТЬСЯ ЗУБА МИНИМУМ В:</p> <p>а) одной точке</p> <p>б) двух точках</p> <p>в) трех точках</p> <p>г) четырех точках</p> <p>д) могут не касаться зуба</p>	г)	Симуляционный курс
ПК-9	<p>ПРОБОЙНИК, ИМЕЮЩИЙ ДИАМЕТР № 2 ФОРМИРУЕТ ОТВЕРСТИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ:</p> <p>а) клыкам и премолярам верхней и нижней челюстей</p> <p>б) молярам верхней и нижней челюстей</p> <p>в) резцам верхней челюсти</p> <p>г) резцам нижней челюсти</p> <p>д) молочным резцам и клыкам</p>	в)	Симуляционный курс
ПК-9	<p>ШЛИФОВКУ И ПОЛИРОВКУ ПОВЕРХНОСТИ РЕСТАВРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:</p> <p>а) алмазными дисками</p> <p>б) бумажными дисками</p> <p>в) карборундовыми камнями</p> <p>г) алмазными борами</p> <p>д) силиконовыми резинками</p>	б)	Симуляционный курс
ПК-9	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ 1.1 ЗУБА С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:</p> <p>а) композиты;</p> <p>б) силидонт;</p> <p>в) фосфат-цемент;</p> <p>г) поликарбоксилатный цемент.</p> <p>д) СИЦ</p>	а)	Симуляционный курс
ПК-10	АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ	г)	Симуляционный

	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) моляры б) височный гребешок в) позадиомолярная ямка г) крыловидночелюстная складка д) премоляры</p>		курс
ПК-10	<p>ПРЯМЫМИ ЩИПЦАМИ УДАЛЯЮТ:</p> <p>а) моляры б) премоляры в) зубы мудрости г) резцы верхней челюсти д) резцы нижней челюсти</p>	г)	Симуляционный курс
ПК-11	<p>ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ УСТУП РАСПОЛАГАЕТСЯ:</p> <p>а) по всему периметру шейки зуба б) на вестибулярной поверхности в) с оральной и апроксимальных сторон г) на апроксимальных поверхностях д) с оральной стороны</p>	а)	Симуляционный курс
ПК-11	<p>ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОДИНОЧНОЙ КОРОНКИ СЛЕПОК СНИМАЮТ С:</p> <p>а) челюсти, на которой будет припасована коронка б) препарированного зуба и с противоположной челюсти в) фрагмента челюсти с препарированным зубом г) препарированного зуба д) обеих челюстей</p>	д)	Симуляционный курс
ПК-12	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ:</p> <p>а) эвикрол б) стеклоиономерные цементы в) силидонт г) силиции д) амальгаму</p>	б)	Симуляционный курс
ПК-12	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ:</p> <p>а) амальгаму б) силидонт в) стеклоиономерные цементы г) композитные материалы д) силиции</p>	в)	Симуляционный курс
ПК-12	<p>ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ СО СРЕДНИМ КАРИЕСОМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:</p> <p>а) фосфатные цементы б) амальгаму в) силидонт</p>	д)	Симуляционный курс

	г) стеклоиономерные цементы д) композитные материалы		
ОПК-7	Проведен контроль дыхания у пострадавшего. Дыхания нет. Ваши действия: а) начать наружный массаж сердца б) сделать два вдоха и проверить пульс на сонной артерии в) сделать два вдоха и проверить признаки жизни (дыхание, движение, кашель). г) придать устойчивое положение и вызвать скорую помощь д) применить дефибриллятор	а)	Симуляционный курс
ОПК-7	ПРИЕМ ХАЙМЛИХА (ПРИЕМ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ) У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖИРЕНИЕМ И У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВЫПОЛНЯЮТ ПУТЕМ СЖАТИЯ В ОБЛАСТИ: а) верхней части грудины б) нижней части грудины в) верхней части живота г) при боковом сдавливании грудной клетки. д) не проводится	б)	Симуляционный курс
ОПК-7	НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ОПРЕДЕЛЯЮТ а) наклоном щекой к лицу больного б) подсчетом дыхательных движений в) приемом Геймлиха г) спирометрией д) наблюдением за движением грудной клетки	а)	Симуляционный курс
ПК-19	МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПАЦИЕНТА а) при первичном обращении б) при каждом обращении в) один раз в год г) один раз в пять лет д) один раз в три года	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК-19	АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ а) жалобы больного б) перенесённые и сопутствующие заболевания в) развитие настоящего заболевания г) внешний осмотр д) паспортная часть	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)

ПК-19	МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ а) в процессе приёма пациента б) по завершении рабочего дня в) после приёма пациента г) по желанию врача д) каждые два дня	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК-4	ЛОКАЛИЗАЦИЮ АСИММЕТРИИ ЛИЦА В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ а) развитие настоящего заболевания б) жалобы больного в) перенесённые и сопутствующие заболевания г) внешний осмотр д) осмотр собственно полости рта	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК-4	ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ а) по апроксимальным поверхностям б) в пришеечной области в) на контактных поверхностях г) в фиссурах д) по всем поверхностям	д)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК -8	ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ а) КПУ + кп б) СРТИН в) КПУ г) ГИ д) РНР	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК -4	ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ а) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала б) определение реакции зуба на холодовые раздражители в) определение отклонения зуба по оси г) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей д) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК -4	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ а) способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока) б) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)

	<p>действием ультрафиолетовых лучей</p> <p>в) степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке</p> <p>г) способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния</p> <p>д) прохождение через объект исследования безвредного для организма холодного луча света</p>		
ПК-8	<p>К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ</p> <p>а) множественный кариес молочных зубов</p> <p>б) наследственный фактор</p> <p>в) заболевания матери в период беременности</p> <p>г) заболевания ребёнка на первом году жизни</p> <p>д) употреблением кислой пищи</p>	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК-8	<p>ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а) наследственный фактор</p> <p>б) употреблением кислой пищи</p> <p>в) заболеваниями ребёнка в период от 1 года до 2 лет</p> <p>г) неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта</p> <p>д) заболеваниями матери в период беременности</p>	д)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК-19	<p>ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ДЕНТИНА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД</p> <p>а) K02.1</p> <p>б) K02.0</p> <p>в) K02.2</p> <p>г) K02.8</p> <p>д) K02.9</p>	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК-19	<p>ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЭМАЛИ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД</p> <p>а) K02.1</p> <p>б) K02.0</p> <p>в) K02.2</p> <p>г) K02.8</p> <p>д) K02.9</p>	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК-8	<p>МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) витальная ампутация коронковой пульпы</p> <p>б) биологический</p> <p>в) девитальная экстирпация</p> <p>г) девитальная ампутация</p> <p>д) удаление зуба</p>	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)
ПК-8	<p>ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ</p>	г)	Практика по получению

	<p>а) только групповой принадлежности зубов б) возраста ребёнка, наличия сопутствующей соматической патологии в) стадии развития зубов и их групповой принадлежности г) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития д) результата рентгенологического исследования</p>		<p>профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)</p>
ПК-8	<p>ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) групповая принадлежность зубов б) результат электроодонтодиагностики (ЭОД) в) результат рентгенологического исследования г) состояние остальных зубов (распространённость кариеса) д) возраст ребёнка</p>	д)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)</p>
ПК-8	<p>ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <p>а) их удаление б) динамическое наблюдение в) проведение репозиции и шинирования г) выдвижение в зубной ряд ортодонтическими методами д) рентгенологическое исследование</p>	а)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)</p>
ПК-8 ПК-12	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЁНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) заболевание центральной нервной системы (ЦНС) б) острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ) в) эпилепсия в анамнезе г) лекарственная аллергия на местные анестетики д) несовершенный амело- и дентиногенез</p>	б)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)</p>
ПК-4	<p>К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОТНОСЯТ</p> <p>а) перелом нижней челюсти б) перелом корня зуба в) вколоченный вывих временного зуба г) вывих височно-нижнечелюстного сустава д) перелом скуловой кости</p>	в)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)</p>
ПК-8 ПК-12	<p>ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО НИЗКИЙ</p>	г)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта</p>

	<p>УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА, СОСТОИТ В</p> <p>а) отсроченном пломбировании б) лечении методом девитальной ампутации в) лечении методом витальной ампутации г) лечении биологическим методом д) удалении зуба</p>		<p>профессиональной деятельности (по детской стоматологии)</p>
ПК-8	<p>ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <p>а) лечить биологическим методом б) сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой в) сохранить, используя штифт г) удалить д) сохранить, проведя эндодонтическое лечение</p>	д)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по детской стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>РЕБЁНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ</p> <p>а) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав в) гигиенические зубные эликсиры г) гигиенические зубные пасты и эликсиры д) гигиенические зубные пенки</p>	а)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В</p> <p>а) первое полугодие первого года жизни б) антенатальный период в) второе полугодие первого года жизни г) третий год жизни д) второй год жизни</p>	б)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) стоматологическое просвещение в) герметизация фиссур г) диспансеризация д) ортодонтическое лечение</p>	в)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) профилактика суперконтактов б) профилактика стираемости эмали в) лечение начального кариеса г) изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов д) профилактика гипоплазии эмали</p>	г)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-4	<p>УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И</p>	д)	<p>Практика по</p>

	<p>ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ</p> <p>а) по определению стоматологического статуса населения региона</p> <p>б) вторичной профилактики стоматологических заболеваний</p> <p>в) третичной профилактики стоматологических заболеваний</p> <p>г) эпидемиологического обследования населения</p> <p>д) первичной профилактики стоматологических заболеваний</p>		<p>получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) профессиональная гигиена полости рта</p> <p>б) индивидуальная гигиена полости рта</p> <p>в) стоматологическое просвещение</p> <p>г) профилактика стоматологических заболеваний</p> <p>д) герметизация фиссур</p>	а)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ</p> <p>а) среднем</p> <p>б) в стадии мелового пятна</p> <p>в) глубоко</p> <p>г) моляров</p> <p>д) премоляров</p>	б)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ</p> <p>а) реминерализирующая терапия</p> <p>б) приём фторидсодержащих препаратов</p> <p>в) проведение профессиональной гигиены</p> <p>г) уменьшение употребления углеводов</p> <p>д) герметизация фиссур</p>	в)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ)</p> <p>а) 12-18</p> <p>б) 4-6</p> <p>в) 6-12</p> <p>г) 3-15</p> <p>д) 8-12</p>	г)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНА</p>	д)	<p>Практика по получению профессиональных</p>

	<p>а) сохранением минерального состава слюны</p> <p>б) повышением проницаемости эмали</p> <p>в) потерей из повреждённого участка ионов кальция</p> <p>г) образованием пелликулы на поверхности эмали</p> <p>д) сохранением органической основы эмали</p>		<p>умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА</p> <p>а) профилактической работы среди населения</p> <p>б) эффективности использования оборудования</p> <p>в) информированности населения о зож</p> <p>г) распределения нагрузки среди врачей</p> <p>д) первичных обращений</p>	а)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-4	<p>ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>а) интенсивности кариеса</p> <p>б) гигиены полости рта</p> <p>в) кровоточивости дёсен</p> <p>г) зубочелюстных аномалий</p> <p>д) начального кариеса</p>	б)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-5	<p>ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТИ</p> <p>а) язычные первых постоянных моляров</p> <p>б) вестибулярные 6 верхних фронтальных зубов</p> <p>в) вестибулярные 6 нижних фронтальных зубов</p> <p>г) вестибулярные первых постоянных моляров</p> <p>д) вестибулярные первых премоляров</p>	в)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-4	<p>С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) степень тяжести зубочелюстных аномалий</p> <p>б) степень воспаления десны</p> <p>в) кровоточивость десневой борозды</p> <p>г) наличие зубного налёта и зубного камня</p> <p>д) интенсивность кариеса</p>	г)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>
ОПК-4	<p>ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ</p> <p>а) заведующим отделением</p> <p>б) регистратором</p> <p>в) врачом-стоматологом</p> <p>г) статистиком</p> <p>д) медсестрой</p>	д)	<p>Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)</p>

ОПК-4	ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ а) с 1 года б) в период прорезывания первых временных зубов в) в период прорезывания первых постоянных зубов г) у первоклассников д) у детей старшего дошкольного возраста	а)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)
ОПК-4	ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗДЕЛ а) оценки квалификации нестоматологического персонала б) выбора методов и средств в) определения противопоказаний для профилактических средств г) оценки образовательного уровня населения д) оценки общего уровня здоровья населения	б)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)
ОПК-4	НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ 1 РАЗ В а) год б) месяц в) 6 месяцев г) 3 месяца д) 4 месяца	в)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)
ОПК-4	ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ а) лекции б) урока в) беседы г) игры д) информационного стенда	г)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)
ОПК-5	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ а) разобщение прикуса в боковых отделах б) покрытие зубов фторидсодержащим лаком в) реминерализирующая терапия г) герметизация фиссур д) рациональная гигиена полости рта	д)	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по профилактической стоматологии)
ПК-15 ПК-16	РЕБЁНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ а) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав	а)	Профилактика и коммунальная стоматология

	<p>в) гигиенические зубные эликсиры г) гигиенические зубные пасты и эликсиры д) гигиенические зубные пенки</p>		
ПК-15 ПК-16	<p>ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В</p> <p>а) первое полугодие первого года жизни б) антенатальный период в) второе полугодие первого года жизни г) третий год жизни д) второй год жизни</p>	б)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15 ПК-16	<p>К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) санация полости рта б) стоматологическое просвещение в) герметизация фиссур г) диспансеризация д) ортодонтическое лечение</p>	в)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15 ПК-16	<p>ЦЕЛЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) профилактика суперконтактов б) профилактика стираемости эмали в) лечение начального кариеса г) изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов д) профилактика гипоплазии эмали</p>	г)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-20	<p>УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ</p> <p>а) по определению стоматологического статуса населения региона б) вторичной профилактики стоматологических заболеваний в) третичной профилактики стоматологических заболеваний г) эпидемиологического обследования населения д) первичной профилактики стоматологических заболеваний</p>	д)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-20	<p>КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) профессиональная гигиена полости рта б) индивидуальная гигиена полости рта в) стоматологическое просвещение г) профилактика стоматологических заболеваний д) герметизация фиссур</p>	а)	Профилактика и коммунальная стоматология

ПК-15 ПК-16	РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ а) среднем б) в стадии мелового пятна в) глубоком г) моляров д) премоляров	б)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15 ПК-16 ПК-20	ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ а) реминерализирующая терапия б) приём фторидсодержащих препаратов в) проведение профессиональной гигиены г) уменьшение употребления углеводов д) герметизация фиссур	в)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15	ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ) а) 12-18 б) 4-6 в) 6-12 г) 3-15 д) 8-12	г)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15	ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНА а) сохранением минерального состава слюны б) повышением проницаемости эмали в) потерей из повреждённого участка ионов кальция г) образованием пелликулы на поверхности эмали д) сохранением органической основы эмали	д)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15 ПК-16 ПК-20	ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА а) профилактической работы среди населения б) эффективности использования оборудования в) информированности населения о зож г) распределения нагрузки среди врачей д) первичных обращений	а)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15	ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ а) интенсивности кариеса б) гигиены полости рта в) кровоточивости дёсен г) зубочелюстных аномалий д) начального кариеса	б)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15	ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО	в)	Профилактика и

	СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТИ а) язычные первых постоянных моляров б) вестибулярные 6 верхних фронтальных зубов в) вестибулярные 6 нижних фронтальных зубов г) вестибулярные первых постоянных моляров д) вестибулярные первых премоляров		коммунальная стоматология
ПК-15	С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) степень тяжести зубочелюстных аномалий б) степень воспаления десны в) кровоточивость десневой борозды г) наличие зубного налёта и зубного камня д) интенсивность кариеса	г)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15 ПК-16 ПК-20	ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ а) заведующим отделением б) регистратором в) врачом-стоматологом г) статистиком д) медсестрой	д)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15	ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ а) с 1 года б) в период прорезывания первых временных зубов в) в период прорезывания первых постоянных зубов г) у первоклассников д) у детей старшего дошкольного возраста	а)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15 ПК-16 ПК-20	ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗДЕЛ а) оценки квалификации нестоматологического персонала б) выбора методов и средств в) определения противопоказаний для профилактических средств г) оценки образовательного уровня населения д) оценки общего уровня здоровья населения	б)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15 ПК-16 ПК-20	НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ 1 РАЗ В а) год б) месяц	в)	Профилактика и коммунальная стоматология

	<p>в) 6 месяцев г) 3 месяца д) 4 месяца</p>		
<p>ПК-15 ПК-16 ПК-20</p>	<p>ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ</p> <p>а) лекции б) урока в) беседы г) игры д) информационного стенда</p>	г)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-15	<p>ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ</p> <p>а) разобщение прикуса в боковых отделах б) покрытие зубов фторидсодержащим лаком в) реминерализирующая терапия г) герметизация фиссур д) рациональная гигиена полости рта</p>	д)	Профилактика и коммунальная стоматология
ПК-9	<p>ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОПАДАНИЯ МИКРОБОВ В ЛУНКУ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАДАЧЕЙ</p> <p>а) антисептики б) асептики в) химиотерапии г) антибиотикотерапии д) физиотерапии</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	<p>ФИНИШНАЯ ОБРАБОТКА ПЛОМБЫ ИЗ АМАЛЬГАМЫ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) сразу после пломбирования б) через 24 часа в) через 48 часов г) через 72 часа д) через месяц</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	<p>ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ СЭНДВИЧ-МЕТОДИКОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ МАТЕРИАЛОВ</p> <p>а) гидроокись кальция + СИЦ б) гидроокись кальция + композит в) СИЦ + композит г) водный дентин + СИЦ д) цемент</p>	в)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	<p>НАИБОЛЬШЕЙ ГИБКОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИЗ</p> <p>а) углеродистой стали б) «космической» стали в) «шведской» стали г) никель-титана д) стали</p>	г)	Пропедевтическая стоматология
ПК-11	<p>ПО МАТЕРИАЛУ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННЫЕ КОРОНКИ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>а) металлическими, неметаллическими,</p>	а)	Пропедевтическая стоматология

	<p>комбинированными;</p> <p>б) пластмассовыми, паяными, комбинированными;</p> <p>в) металлическими, литыми, пластмассовыми;</p> <p>г) паяными, полимеризованными, литыми.</p> <p>д) металлическими, неметаллическими, полимеризованными</p>		
ПК-9	<p>ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ</p> <p>а) ортофосфорной кислоты</p> <p>б) азотно-кислого серебра</p> <p>в) малеиновой кислоты</p> <p>г) этилендиаминтетрауксусной кислоты</p> <p>д) этилового спирта</p>	г)	Пропедевтическая стоматология
ПК-11	<p>ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВКЛАДОК ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МЕТАЛЛЫ:</p> <p>а) сплав золота 750 пробы;</p> <p>б) сплав золота 900 пробы;</p> <p>в) кобальто-хромовый сплав;</p> <p>г) легкоплавкие металлы;</p> <p>д) титановые сплавы.</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	<p>ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ИНФИЦИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Step Back</p> <p>б) Crown Down</p> <p>в) стандартная</p> <p>г) гибридная</p> <p>д) поэтапная</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-11	<p>ШТИФТОВАЯ КУЛЬТЕВАЯ ВКЛАДКА МОЖЕТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНА ТОЛЬКО</p> <p>а) на однокорневые зубы обеих челюстей;</p> <p>б) на резцы, клыки и премоляры верхней челюсти;</p> <p>в) на резцы, клыки и премоляры нижней челюсти;</p> <p>г) на зубы любой группы;</p> <p>д) на моляры обеих челюстей</p>	а)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	<p>ОСНОВОЙ МАТРИЦЫ КОМПОЗИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) эпоксидная смола</p> <p>б) БИСГМА</p> <p>в) полиакриловая кислота</p> <p>г) ортофосфорная кислота</p> <p>д) вода</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	<p>ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТНОГО ПУНКТА В ПОЛОСТЯХ II КЛАССА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p>	в)	Пропедевтическая стоматология

	<p>а) компомер б) гибридный СИЦ тройного отверждения в) пакуемый композит г) микрофильный композит д) цементы</p>		
ПК-11	<p>ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ - ЛИНИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ ПО: а) режущим краям фронтальных зубов; б) режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров; в) проекции верхушек корней зубов; г) жевательной поверхности премоляров и моляров. д) по экваторам моляров и премоляров</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-11	<p>ПРИ МОДЕЛИРОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ШТАМПОВАННЫХ КОРОНОК В ОККЛЮДАТОРЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ БУГРЫ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ а) невыраженную; б) резко выраженную; в) умеренно выраженную; г) одноименного зуба на противоположной стороне зубного ряда д) произвольную</p>	г)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	<p>НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МИКРОФИЛЬНЫХ КОМПОЗИТОВ а) класс I, II, III, IV, V кариозных полостей по Блэку б) класс III, IV, V кариозных полостей по Блэку в) класс III, V кариозных полостей по Блэку г) класс I, II кариозных полостей по Блэку д) все классы</p>	в)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9, ПК-11	<p>РЕТРАКЦИОННАЯ НИТЬ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ а) для очищения межзубного промежутка б) для защиты рабочего поля от десневой жидкости в) для фиксации матрицы г) вместо матрицы д) для остановки кровотечения</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	<p>ОПАКОВЫЙ КОМПОЗИТ - ЭТО а) прозрачный композит б) непрозрачный композит в) текучий композит г) пакуемый композит д) двухкомпонентный композит</p>	б)	Пропедевтическая стоматология
ПК-11	<p>УГОЛ БЕНЕТА РАВЕН: а) 17°; б) 45°; в) 60°; г) 110°; д) 135°.</p>	а)	Пропедевтическая стоматология

ПК-9	ТРЕУГОЛЬНИКОМ МАРКИРУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ: а) Reamer; б) K-File; в) Hedstroem File; г) Lentulo; д) Gates Glidden	а)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	ЦИФРА НА РУЧКЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА ОБОЗНАЧАЕТ (ПО СИСТЕМЕ ISO) а) диаметр сечения инструмента на кончике; б) номер в классификации; в) фирму производителя; г) назначение инструмента; д) длину инструмента.	а)	Пропедевтическая стоматология
ПК-9	ПРИЧИНА БЛОКАДЫ ПРОСВЕТА КОРНЕВОГО КАНАЛА ДЕНТИННЫМИ ОПИЛКАМИ а) активная работа агрессивными инструментами большого диаметра б) чрезмерное расширение корневого канала в) недостаточность промывания канала и рекапитуляции опилок г) использование H-файла д) узкий канал	а)	Пропедевтическая стоматология
ПК-12	ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГС В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ а) противовирусные препараты б) кератопластические средства в) антисептические средства г) противовирусные мази и обезболивающие вещества д) все перечисленные выше вещества	в)	Детская стоматология
ПК-12	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ВРЕМЕННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ КАНАЛ ПЛОМБИРУЮТ а) стеклоинономерным цементом б) фосфат-цементом в) резорцин-формалиновой пастой г) пастой на масляной основе д) гуттаперчевыми штифтами	г)	Детская стоматология
ПК-12	К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ: а) ацикловир б) флуконазол в) тиосульфат натрия г) тетрациклин д) гистаглобулин	б)	Детская стоматология
ПК-4, ПК-8	ЛОКАЛИЗАЦИЮ АСИММЕТРИИ ЛИЦА В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ а) развитие настоящего заболевания б) жалобы больного в) перенесённые и сопутствующие заболевания	г)	Детская стоматология

	г) внешний осмотр д) осмотр собственно полости рта		
ПК-4	ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ а) по апроксимальным поверхностям б) в пришеечной области в) на контактных поверхностях г) в фиссурах д) по всем поверхностям	д)	Детская стоматология
ПК-4, ПК-8	ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ а) КПУ + кп б) СРТИН в) КПУ г) ГИ д) РНР	а)	Детская стоматология
ПК-4	ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ а) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала б) определение реакции зуба на холодовые раздражители в) определение отклонения зуба по оси г) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей д) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей	б)	Детская стоматология
ПК-4	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ а) способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока) б) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей в) степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке г) способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния д) прохождение через объект исследования безвредного для организма холодного луча света	в)	Детская стоматология
ПК-4	К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ а) множественный кариес молочных зубов б) наследственный фактор в) заболевания матери в период беременности	г)	Детская стоматология

	г) заболевания ребёнка на первом году жизни д) употреблением кислой пищи		
ПК-4	ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА а) наследственный фактор б) употреблением кислой пищи в) заболеваниями ребёнка в период от 1 года до 2 лет г) неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта д) заболеваниями матери в период беременности	д)	Детская стоматология
ПК-4	ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ДЕНТИНА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД а) K02.1 б) K02.0 в) K02.2 г) K02.8 д) K02.9	а)	Детская стоматология
ПК-4	ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЭМАЛИ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД а) K02.1 б) K02.0 в) K02.2 г) K02.8 д) K02.9	б)	Детская стоматология
ПК-8	МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ а) витальная ампутация коронковой пульпы б) биологический в) девитальная экстирпация г) девитальная ампутация д) удаление зуба	в)	Детская стоматология
ПК-8	ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ а) только групповой принадлежности зубов б) возраста ребёнка, наличия сопутствующей соматической патологии в) стадии развития зубов и их групповой принадлежности г) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития д) результата рентгенологического исследования	г)	Детская стоматология
ПК-8	ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ а) групповая принадлежность зубов б) результат электроодонтодиагностики (ЭОД)	д)	Детская стоматология

	<p>в) результат рентгенологического исследования</p> <p>г) состояние остальных зубов (распространённость кариеса)</p> <p>д) возраст ребёнка</p>		
ПК-8	<p>ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <p>а) их удаление</p> <p>б) динамическое наблюдение</p> <p>в) проведение репозиции и шинирования</p> <p>г) выдвигание в зубной ряд ортодонтическими методами</p> <p>д) рентгенологическое исследование</p>	а)	Детская стоматология
ПК-8, ПК-12	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЁНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) заболевание центральной нервной системы (ЦНС)</p> <p>б) острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ)</p> <p>в) эпилепсия в анамнезе</p> <p>г) лекарственная аллергия на местные анестетики</p> <p>д) несовершенный амело- и дентиногенез</p>	б)	Детская стоматология
ПК-4, ПК-8	<p>К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОТНОСЯТ</p> <p>а) перелом нижней челюсти</p> <p>б) перелом корня зуба</p> <p>в) вколоченный вывих временного зуба</p> <p>г) вывих височно-нижнечелюстного сустава</p> <p>д) перелом скуловой кости</p>	в)	Детская стоматология
ПК-8	<p>ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА, СОСТОИТ В</p> <p>а) отсроченном пломбировании</p> <p>б) лечении методом девитальной ампутации</p> <p>в) лечении методом витальной ампутации</p> <p>г) лечении биологическим методом</p> <p>д) удалении зуба</p>	г)	Детская стоматология
ПК-8	<p>ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <p>а) лечить биологическим методом</p> <p>б) сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой</p> <p>в) сохранить, используя штифт</p> <p>г) удалить</p> <p>д) сохранить, проведя эндодонтическое лечение</p>	д)	Детская стоматология

ОПК-2	<p>НРАВСТВЕННОСТЬ ЭТО</p> <p>а) система оценки личности с позиции соблюдения канонов основополагающих истин человечества</p> <p>б) наука о религиозном многообразии</p> <p>в) строгое следование законам конкретного государства</p> <p>г) врожденное качество человека</p> <p>д) профессиональное поведение</p>	а)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ОПК-2	<p>ЯТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭТО</p> <p>а) болезни из-за врачебных ошибок</p> <p>б) наследственные болезни</p> <p>в) болезни, наследуемые по отцовской линии</p> <p>г) инфекционные заболевания</p> <p>д) болезни детского возраста</p>	а)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ОПК-2	<p>ГЕННАЯ ИНЖЕНЕРИЯ ЭТО</p> <p>а) процедура расшифровки генома конкретного человека</p> <p>б) введение в геном индивидуума несвойственного для данного участка гена</p> <p>в) установка замещающего протеза конечности после ампутации</p> <p>г) биологическая потребность</p> <p>д) наука о наследственности</p>	б)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ОПК-2	<p>ПОВЕДЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЭТО</p> <p>а) состояние индивида</p> <p>б) побуждение к действию</p> <p>в) умственный и физический акт</p> <p>г) способ расходования доходов</p> <p>д) форма протеста</p>	в)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ОПК-2	<p>К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ ИМЕЮТ ДОСТУП</p> <p>а) лица с высшим мед. образованием</p> <p>б) младший мед. персонал</p> <p>в) студенты мед. учреждения</p> <p>г) сотрудники, работающие в системе мед. образования</p> <p>д) все перечисленные</p>	д)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	<p>ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЭТО</p> <p>а) запись врача в медицинскую карту о устном согласии пациента</p> <p>б) заполненный формуляр с собственноручной подписью пациента о том, что он ознакомлен с риском предстоящего вмешательства и полностью осведомлен о возможных вариантах исхода вмешательства</p> <p>в) устное согласие пациента на вмешательство при не менее, чем двух свидетелях</p> <p>г) правовой акт</p> <p>д) паспортные данные пациента</p>	б)	Этика, право и менеджмент в стоматологии

ПК-19	<p>2.МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ЭТО</p> <p>а) отметка в гражданском паспорте группы крови и резус-фактора</p> <p>б) утвержденный на государственном уровне перечень формуляров для заполнения данных конкретного пациента и медицинских манипуляциях</p> <p>в) медицинская книжка для профессионального допуска</p> <p>г) амбулаторная медицинская карта</p> <p>д) паспорт прививок</p>	б)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	<p>РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПУБЛИКАЦИЙ В НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ</p> <p>а) недопустимо</p> <p>б) допустимо, если это не угрожает здоровью пациента</p> <p>в) допустимо, но лица, которым стала известна врачебная тайна должны ее сохранять</p> <p>г) недопустимо, за исключением тех случаев, когда под угрозой находится здоровье или жизнь пациента</p> <p>д) допустимо в указанных в вопросе целях</p>	а)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	<p>ОБЛАДАТЕЛЕМ ЛИЦЕНЗИИ НА ПРАВО ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МОЖЕТ СТАТЬ ТОЛЬКО</p> <p>а) врач - физическое лицо</p> <p>б) юридическое лицо</p> <p>в) как юридическое лицо, так и предприниматель без образования юридического лица</p> <p>г) любой специалист</p> <p>д) специалист области здравоохранения</p>	в)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ОПК-2	<p>РАЗГЛАШАТЬ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК МОЖЕТ</p> <p>а) только после смерти больного</p> <p>б) только в особых, оговоренных законом случаях</p> <p>в) только с разрешения больного</p> <p>г) только в интересах больного</p> <p>д) только коллеге</p>	б)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ОПК-2	<p>БЕЗ СОГЛАСИЯ БОЛЬНОГО НЕВОЗМОЖНО РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ</p> <p>а) при угрозе распространения инфекционных заболеваний</p> <p>б) при публикациях в научной литературе</p> <p>в) по запросу органов дознания и следствия</p>	б)	Этика, право и менеджмент в стоматологии

	г) при нанесении пациенту ущерба в результате противоправных действий д) в случае бессознательного состояния больного		
ПК-19	КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА ОТНОСИТСЯ К а) смешанным коллективным благам б) неосязаемым коллективным благам в) неосязаемым индивидуальным благам г) осязаемым индивидуальным благам д) виду услуг	в)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	ФУНДАМЕНТАЛЬНЫМИ ПРАВАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ а) право на безопасность, право на информацию б) право на безопасность, право на информацию, право свободного выбора в) право на безопасность, право на информацию, право свободного выбора, право быть услышанным и понятым г) право на безопасность, право на информацию, право свободного выбора, право быть услышанным и понятым, экономические права д) право на безопасность, право на информацию, право свободного выбора, право быть услышанным и понятым, экономические права, права меньшинств и «слабых»	д)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ОПК-2	КОНСЬЮМЕРИЗМ В ОТНОШЕНИЯХ «ВРАЧ - ПАЦИЕНТ» ОЗНАЧАЕТ а) низкий контроль пациента – низкий контроль врача б) низкий контроль пациента – высокий контроль врача в) высокий контроль пациента – низкий контроль врача г) высокий контроль пациента – высокий контроль врача д) полное взаимопонимание	б)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	НА ОРГАНИЗОВАННОСТИ И ПРИВЫЧКЕ РАБОТАТЬ ОСНОВЫВАЕТСЯ а) позитивная мотивация б) негативная мотивация в) смежная мотивация г) перекрестная мотивация д) деловая репутация	а)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА а) полное возмещение убытков, в том числе компенсацию за моральный ущерб б) на врачебную тайну в) надлежащее качество и безопасность услуги г) выбор врача и лечебного учреждения д) все вышеперечисленное	д)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА ЛЕЧЕНИЯ	б)	Этика, право и

	<p>ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) правом пациента</p> <p>б) обязанностью пациента</p> <p>правом врача</p> <p>в) правом ЛПУ</p> <p>г) обязанностью родственников пациента</p> <p>д) обязанностью младшего медицинского персонала</p>		менеджмент в стоматологии
ПК-19	<p>ОБЩИЙ ПОРЯДОК ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <p>а) Конституция РФ</p> <p>б) ГК РФ</p> <p>в) КоАП РФ</p> <p>г) УК РФ</p>	а)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	<p>ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЭТО</p> <p>а) рентгенологическое исследование зубов</p> <p>б) анализ крови</p> <p>в) всестороннее обследование настоящего стоматологического статуса пациента с учетом жалоб и анамнеза</p> <p>г) работа экспертных служб</p> <p>д) оценка результата лечения</p>	в)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-19	<p>ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА – ЭТО</p> <p>а) любое действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента.</p> <p>б) неправильное действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента, при добросовестном отношении врача к своим профессиональным обязанностям.</p> <p>в) неправильное действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента, при недобросовестном отношении врача к своим профессиональным обязанностям.</p> <p>г) халатные действия врача, нанесшие ущерб здоровью пациента.</p> <p>д) неосторожные действия врача, нанесшие ущерб здоровью пациента</p>	б)	Этика, право и менеджмент в стоматологии
ПК-18	<p>НАУКА – ЭТО:</p> <p>а) выработка и теоретическая систематизация объективных знаний</p> <p>б) учения о принципах построения научного познания</p> <p>в) учения о формах построения научного познания</p> <p>г) стратегия достижения цели</p>	а)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	<p>НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО:</p> <p>а) целенаправленное познание</p> <p>б) выработка общей стратегии науки</p> <p>в) система методов, функционирующих в конкретной науке</p> <p>ответы</p>	а)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)

ПК-18	МЕТОДОЛОГИЯ НАУКИ – ЭТО: а) система методов, функционирующих в конкретной науке б) целенаправленное познание в) воспроизведение новых знаний г) учение о принципах построения научного познания	а)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	ТЕОРИЯ – ЭТО: а) выработка общей стратегии науки б) логическое обобщение опыта в той или иной отрасли знаний в) целенаправленное познание г) система методов, функционирующих в конкретной науке	б)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	ОСНОВУ МЕТОДОЛОГИИ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ: а) диагностический метод б) общий метод в) обобщение общественной практики г) совокупность правил какого-либо искусства	а)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	СЕМИОТИКА – ЭТО: а) наличие информации, которая должна использоваться при обучении конкретной дисциплине б) воспроизведение новых знаний в) учение о формах построения научного познания г) стратегия достижения цели	а)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	ПЛАН-ПРОСПЕКТ – ЭТО: а) это документ о принципах раскрытия темы б) научный документ в) это документ об основных положениях содержания будущей работы г) это документ об основных положениях содержания будущей работы (учебника, диссертации), принципах раскрытия темы, построении, соотношении объемов частей	г)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	АННОТАЦИЯ — ЭТО: а) это документ об основных положениях содержания будущей работы (учебника, диссертации). б) это краткая характеристика содержания в) это краткая характеристика содержания, целевого назначения издания, его читательского адреса, формы г) научный документ	в)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	ОГЛАВЛЕНИЕ И СОДЕРЖАНИЕ — ЭТО:	а)	Практика «Научно-

	<p>а) обязательные элементы справочного аппарата научных и методических работ</p> <p>б) разделы научной работы</p> <p>в) разделы книги</p> <p>г) разделы методической работы</p>		исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	<p>РЕЗЮМЕ (ОТ ФРАНЦ. RESUMER — ИЗЛАГАТЬ ВКРАТЦЕ) –</p> <p>а) это выводы</p> <p>б) это заключение</p> <p>в) это практические рекомендации.</p> <p>г) это краткое, в виде выводов, изложение содержания работы, чаще всего статьи, доклада.</p>	г)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	<p>ПРИЛОЖЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ЧАСТЬ ТЕКСТА</p> <p>а) имеющую дополнительное значение, но необходимую для более полного освещения темы: размещаются в конце издания.</p> <p>б) размещаются в начале издания</p> <p>в) размещаются в конце каждой главы</p> <p>г) имеющую дополнительное значение</p>	а)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	<p>ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СОДЕРЖИТ:</p> <p>а) список авторов</p> <p>б) перечень авторов</p> <p>в) список основных тематических объектов</p> <p>г) перечень основных тематических объектов (предметов), обсуждаемых или упоминаемых в тексте научного, методического или справочного издания</p>	г)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	<p>ЗА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА РУКОПИСИ ПРИНИМАЕТСЯ АВТОРСКИЙ ЛИСТ:</p> <p>а) равный 10 тыс. печатных знаков</p> <p>б) равный 30 тыс. печатных знаков</p> <p>в) равный 20 тыс. печатных знаков</p> <p>г) равный 40 тыс. печатных знаков (22-23 машинописные страницы, напечатанные через два интервала).</p>	г)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	<p>АБЗАЦ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:</p> <p>а) отступ вправо в начале первой строки каждой части текста</p> <p>б) отступ влево в начале первой строки каждой части текста</p> <p>в) отступ сверху</p> <p>г) отступ внизу</p>	а)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	<p>ДЛЯ НАУЧНОГО ТЕКСТА ХАРАКТЕРНЫ:</p> <p>а) целостность и связность</p> <p>б) смысловая законченность, целостность и связность, здесь доминируют рассуждения, цель которых - доказательство истин, выявленных в</p>	б)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)

	результате исследования в) краткость г) смысловая законченность		
ПК-18	В НАУЧНОЙ РАБОТЕ РЕЧЬ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЕДЕТСЯ: а) от нейтрального лица б) первого лица в) от третьего лица ("автор полагает"), редко употребляется форма первого и совсем не употребляется форма второго лица местоимений единственного числа г) второго лица единственного числа	В)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	АВТОР ДИССЕРТАЦИИ ВЫСТУПАЕТ а) во втором лице единственного числа б) от нейтрального лица в) в единственном лице г) во множественном числе и вместо "я" употребляет "мы", стремясь отразить свое мнение как мнение научной школы, научного направления	г)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	НЕОБХОДИМОЕ ТРЕБОВАНИЕ К НАПИСАНИЮ НАУЧНОЙ РАБОТЫ а) умение избегать повторов, излишней детализации, словесной шелухи. б) умение избегать повторов. в) краткость, умение избегать повторов, излишней детализации, употребления лишних слов, без надобности — иностранных слов. г) краткость.	в)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	ВЫДЕЛЕНИЯ — а) это буквы, знаки, слова, предложения, набранные иначе, чем основной массив текста: шрифт иной насыщенности и т. д. б) это знаки, слова, предложения в) это знаки г) это буквы.	а)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
ПК-18	ЦИТИРУЕМЫЙ ТЕКСТ ДОЛЖЕН ТОЧНО СООТВЕТСТВОВАТЬ: а) содержанию источника б) задачам методической работы в) задачам научной работы г) источнику с обязательной ссылкой на него и соблюдением требований библиографических стандартов.	г)	Практика «Научно-исследовательская работа» (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)

	<p>В I ТРИМЕСТРЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>а) генетическое обследование супружеской пары</p> <p>б) обследование женщины на вирусные инфекции</p> <p>в) клиническое обследование супружеской пары</p> <p>г) коррекцию гормональных нарушений у женщины</p>	а)	
ОПК-5	<p>6. МНОГОВОДИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ</p> <p>а) при ультразвуковом исследовании</p> <p>б) при рентгенографии плода</p> <p>в) при наружном акушерском исследовании</p> <p>г) при влагалищном исследовании</p>	а)	Акушерство и гинекология
ОПК-5	<p>7. О НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <p>а) болезненность при пальпации рубца</p> <p>б) деформация рубца, спаянного с подлежащими тканями</p> <p>в) боли в области рубца</p> <p>г) осложненное течение послеоперационного периода после предыдущего кесарева сечения</p> <p>д) все перечисленное выше</p>	д)	Акушерство и гинекология
ОПК-5	<p>8. МНОГОВОДИЕ - ЭТО СИМПТОМ</p> <p>а) диабета беременных</p> <p>б) резус-конфликта</p> <p>в) фето-плацентарной недостаточности</p> <p>г) нормально протекающей беременности</p>	б)	Акушерство и гинекология
ОПК-7	<p>9. САМЫЙ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА</p> <p>а) чисто ягодичное</p> <p>б) смешанное ягодичное</p> <p>в) полное ножное</p> <p>г) неполное ножное</p> <p>д) коленное</p>	а)	Акушерство и гинекология
ОПК-7	<p>10. К СИМПТОМАМ ОСТРОГО САЛЬПИНООФОРИТА ОТНОСЯТ</p> <p>а) нормальную температуру тела</p> <p>б) боли в правой подвздошной области</p> <p>в) тошноту, рвоту, диспепсию</p> <p>г) увеличенные, резко болезненные придатки</p> <p>д) кровянистые выделения</p>	г)	Акушерство и гинекология
ОПК-7	<p>11. ФОРМА ТАЗА, ЕСЛИ НАРУЖНАЯ КОНЬЮГАТА – 17 СМ, ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА – 10 СМ, ОСТАЛЬНЫЕ НАРУЖНЫЕ РАЗМЕРЫ ТАЗА В НОРМЕ</p> <p>а) общеравномерносуженный таз</p>		Акушерство и гинекология

	б) плоскорихитический таз в) кососмещенный таз г) поперечносуженный таз д) простой плоско таза	д)	
ПК-4	12. СКОЛЬКО ВЫДЕЛЯЮТ СТЕПЕНЕЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ШОКА а) две б) три в) четыре г) пять д) шесть	в)	Акушерство и гинекология
ОПК-7	13. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА а) длительные кровянистые выделения после месячных б) боли в подвздошных областях в) повышение температуры г) нарушение функции кишечника д) нарушение функции мочевого пузыря	а)	Акушерство и гинекология
ОПК-5	14. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ФИЗИОГИЧЕСКИХ РОДАХ а) 2 часа б) 1 час в) 30 минут г) 10 минут д) 5 минут	в)	Акушерство и гинекология
ОПК-5	15. СВОЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ ПРОИСХОДИТ а) при регулярной родовой деятельности б) при раскрытии шейки матки на 3-4 см в) при полном или почти полном раскрытии шейки матки г) в конце периода изгнания	в)	Акушерство и гинекология
ОПК-5	16. РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ а) кровоизлияние в подкожную клетчатку б) кровоизлияние под надкостницу в) отек мягких тканей в связи с застойными явлениями г) отек кожи в области ведущей точки	г)	Акушерство и гинекология
ПК-4	17. СРЕДНЯЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ а) 1,0% от массы тела б) 0,8% от массы тела в) 0,2% от массы тела г) 0,3-0,5% от массы тела	г)	Акушерство и гинекология
ОПК-5	18. ПРИЗНАК АЛЬФЕЛЬДА а) изменение формы и высоты стояния дна матки б) отсутствие втягивания пуповины после глубокого вдоха в) отсутствие втягивания пуповины после потуги г) опускание наружного отрезка пуповины	г)	Акушерство и гинекология
ОПК-7	19. НАРУЖНЫЕ СПОСОБЫ		Акушерство и

	<p>ВЫДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА</p> <p>а) Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича б) Абуладзе, Чукалова-Кюстнера, Гентера в) Шредера, Абуладзе, Креде-Лазаревича г) Шредера, Довженко, Гентера</p>	а)	гинекология
ОПК-7	<p>20. ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ ПЛОДА НАЧИНАЕТСЯ</p> <p>а) с момента отхождения околоплодных вод б) с момента полного раскрытия шейки матки в) с момента начала потуг г) с момента, когда головка опустится на тазовое дно</p>	б)	Акушерство и гинекология
ПК-7	<p>1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ SARS-COV-2 ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СРЕДСТВА:</p> <p>а) спиртосодержащие; б) хлорактивные; в) кислородсодержащие; г) четвертично-аммониевые соединения д) фенолы</p>	а)	Эпидемиология
ПК-7	<p>2. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ SARS-COV-2</p> <p>а). воздушно-капельный; б). инокуляционный; в). инокуляционный и контаминационный; г). пищевой; д). контаминационный;</p>	а)	Эпидемиология
ПК-7	<p>3. СРОК ИЗОЛЯЦИИ ГРАЖДАН, НАХОДИВШИХСЯ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ COVID-19 (ДНИ)</p> <p>а) 3 б) 7 в) 10 г) 14 д) 21</p>	б)	Эпидемиология
ПК-7	<p>4. БОЛЬНОЙ ГРИППОМ ОПАСЕН ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:</p> <p>а) в течение первых 5 дней заболевания б) в период инкубации в) весь период клинических проявлений г) в течение 7-10 дней от начала заболевания</p>	а)	Эпидемиология
ПК-7	<p>5. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЛУЧШИМ ВИДОМ ПАРА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) влажный насыщенный б) сухой насыщенный в) перегретый г) насыщенный</p>	б)	Эпидемиология

	д) оптимальный		
ПК-7	<p>6.. УКАЖИТЕ ДОПУСТИМУЮ МИКРОБНУЮ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ ВОЗДУХА В ОПЕРАЦИОННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ:</p> <p>а) не > 1 КОЕ/м³; б) не > 50 КОЕ/м³; в) не > 500 КОЕ/м³; г) не > 1000 КОЕ/м³; д) не нормируется.</p>	в)	Эпидемиология
ПК-7	<p>7. ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТАРИЯ МНОГОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ</p> <p>а) ополаскивание под водой, дезинфекцию, мытье в моющем растворе, стерилизацию; б) дезинфекцию, ополаскивание под водой, мытье в моющем растворе, упаковку, стерилизацию; в) дезинфекцию, ополаскивание под проточной водой, замачивание и мытье в моющем растворе, ополаскивание под проточной водой, ополаскивание дистиллированной водой, высушивание, упаковку, стерилизацию; г) замачивание и мытье в моющем растворе, дезинфекцию, ополаскивание под проточной водой, ополаскивание дистиллированной водой, высушивание, упаковку, стерилизацию; д) дезинфекцию, замачивание и мытье в моющем растворе, ополаскивание дистиллированной водой, высушивание, упаковку, стерилизацию.</p>	в)	Эпидемиология
ПК-7	<p>8. УКАЖИТЕ КРАТНОСТЬ ДЕЗИНФЕКЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТТИСКОВ, ЗАГОТОВОК ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ:</p> <p>а) после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после получения из зуботехнической лаборатории перед применением; б) после получения из зуботехнической лаборатории перед применением; в) после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию; г) обработки не требуется.</p>	а)	Эпидемиология
ПК-7	<p>9. УКАЖИТЕ, С КАКОЙ КРАТНОСТЬЮ ПРОВОДИТСЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ</p>	а)	Эпидемиология

	<p>СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТСАСЫВАЮЩИХ СИСТЕМ:</p> <p>а) после каждого пациента; б) после окончания рабочей смены; в) во время генеральной уборки; г) обработки не требуется.</p>		
ПК-7	<p>10. ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ОДНОРАЗОВЫЙ КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ СЛЕДУЕТ:</p> <p>а) удалить вместе с бытовым мусором; б) дезинфицировать в не прокальваемом контейнере, и в нём же утилизировать; в) дезинфицировать и затем удалить как медицинские отходы; г) обработать в автоклаве, затем выбросить с бытовым мусором.; д) высушить и удалить.</p>	б)	Эпидемиология
ПК-7	<p>11. ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНУЮ ГРУППУ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ:</p> <p>а) хлорсодержащие б) кислородсодержащие в) альдегиды г) альдегидсодержащие д) композиционные безальдегидные</p>	д)	Эпидемиология
ПК-12	<p>12. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС – ЭТО:</p> <p>а) распространение инфекционных болезней среди животных б) распространение инфекционных болезней среди растений в) распространение возбудителей среди кровососущих переносчиков г) распространение инфекционных болезней в популяции людей д) состояние зараженности организма человека или животного</p>	г)	Эпидемиология
ПК-12	<p>13. САПРОНОЗАМИ НАЗЫВАЮТ БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРЫХ:</p> <p>а) не установлен источник инфекции б) возбудители образуют споры в) возбудители размножаются в организме одноклеточных животных и накапливаются в воде, почве, на поверхностях различных объектов внешней среды г) возбудители сохраняются в переносчиках д) не установлены пути передачи инфекции</p>	в)	Эпидемиология
ПК-12	<p>14. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ УСТРОЙСТВЕ МЕДИЦИНСКИХ</p>	б)	Эпидемиология

	<p>РАБОТНИКОВ В МО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ СВЕДЕНИЙ О ВАКЦИНАЦИЯХ:</p> <p>а) против гриппа; б) против гепатита В; в) против паротита; г) против бешенства; д) полиомиелита</p>		
ПК-7	<p>15. ЭКСТРЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ СТОЛБНЯКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:</p> <p>а) не позднее 10 дней после получения травмы; б) не позднее 14 дней после травмы; в) не позднее 20 дней после травмы; г) не позднее 1 месяца.</p>	в)	Эпидемиология
ПК-7	<p>16. ВРАЧ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ПЕРЕБОЛЕВШИЙ ДИФТЕРИЕЙ 10 ЛЕТ В ДАЛЬНЕЙШЕМ:</p> <p>а) подлежит вакцинации против дифтерии и столбняка; б) не подлежит вакцинации против дифтерии и столбняка; в) подлежит вакцинации против дифтерии и столбняка после определения титра дифтерийных антител; г) подлежит вакцинации только против столбняка; д) подлежит вакцинации по эпидемическим показаниям против дифтерии.</p>	а)	Эпидемиология
ПК-7	<p>17. ИНФИЦИРУЮЩАЯ ДОЗА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В СОДЕРЖИТСЯ В ОБЪЕМЕ КРОВИ, КОТОРЫЙ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>а) 1 мл б) 0,1 мл в) 10^{-2} мл г) $10^{-3} - 10^{-5}$ мл д) $10^{-6} - 10^{-7}$ мл</p>	д)	Эпидемиология
ПК-7	<p>18. РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ УКОЛЕ ИГЛОЙ, КОНТАМИНИРОВАННОЙ КРОВЬЮ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА, СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>а) 100%; б) 50%; в) 35%; г) 25%; д) 1%.</p>	д)	Эпидемиология
ПК-7	<p>19. В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТА В</p>	а)	Эпидемиология

	<p>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДИАГНОСТИРОВАН САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ОТДЕЛЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) заключительная дезинфекция после изоляции пациента; б) постэкспозиционная антибиотикопрофилактика контактными лицами; в) назначение интерферона контактными лицами; г) вакцинация не болевших и не привитых контактных лиц; д) введение иммуноглобулина;</p>		
ПК-12	<p>20. ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ РАССЧИТЫВАЮТ НА 1000</p> <p>а) оперированных пациентов б) госпитализированных пациентов в) выписанных пациентов г) обратившихся пациентов д) обследованных бактериологическим методом</p>	а)	Эпидемиология
ОПК-12	<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОДЕРЖИТ ОЦЕНКУ</p> <p>а) нарушений, ограничений, жизнедеятельности и социальной недостаточности б) уровней здоровья, активности организма и социального участия пациента в) препятствий и ограничений жизнедеятельности организма г) социального благополучия пациента д) качества жизни пациента</p>	б)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ОСНОВНОЙ ФАКТОР В ДЕЙСТВИИ ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА ОРГАНИЗМ</p> <p>а) термический б) химический в) механический г) физический д) физико-химический</p>	б)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ - ЭТО</p> <p>а) отдельная медицинская специальность, в которую не входят физиотерапия и ЛФК б) отдельная медицинская специальность,</p>		Медицинская реабилитация

	<p>в состав которой входят только физиотерапия и ЛФК</p> <p>в) мультидисциплинарное направление, включающее целый ряд методов немедикаментозной терапии (физиотерапию, ЛФК, рефлексотерапию, мануальную терапию)</p> <p>г) специальность, реализующая помощь по лечебной физической культуре</p> <p>д) специальность, реализующая помощь по мануальной терапии и рефлексотерапии</p>	в)	
ПК-6	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) острый период постинсультного периода</p> <p>б) ортопедические заболевания</p> <p>в) детский церебральный паралич</p> <p>г) хроническая стадия постинсультного периода</p> <p>д) депрессия</p>	а)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМОВ ЛЕЧЕНИЯ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА - ЭТО</p> <p>а) манипуляция, мобилизация</p> <p>б) постиммобилизационная релаксация, мобилизация, манипуляция</p> <p>в) манипуляция</p> <p>г) массажные приемы, мобилизация, манипуляция, миофасциальный релиз</p> <p>д) мобилизация и массаж</p>	г)	Медицинская реабилитация
ОПК-12	<p>ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗАВИСИТ</p> <p>а) от возраста больного</p> <p>б) от массы тела</p> <p>в) от выраженности коронарной недостаточности, проявляющейся частотой приступов стенокардии</p> <p>г) от выраженности коронарной недостаточности, обширности и глубины инфаркта</p> <p>д) от мотивации пациента</p>	г)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА - ЭТО</p> <p>а) система мероприятий, направленных на максимально полное восстановление или компенсацию утраченных в результате болезни или травмы функций организма</p> <p>б) область клинической медицины, изучающая механизмы лечебного действия на организм физических</p>	б)	Медицинская реабилитация

	<p>упражнений и разрабатывающая методы их применения в лечебно-профилактических и реабилитационных целях</p> <p>в) область медицинской науки, изучающая действие на организм природных и искусственных физических факторов, применяемых для лечения больных и оздоровления населения</p> <p>г) занятия физической культурой</p> <p>д) фитнес и аэробика</p>		
ПК-6	<p>МЕТОД ТЕРМОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ В ЦЕЛЯХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ -ЭТО</p> <p>а) криотерапия</p> <p>б) озокеритотерапия</p> <p>в) парафинотерапия</p> <p>г) пелоидотерапия</p> <p>д) псаммотерапия</p>	а)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ЦЕЛЬ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ</p> <p>а) выздоровление, способность выполнять повседневную работу</p> <p>б) достижение высоких результатов в спорте</p> <p>в) увеличение продолжительности жизни и уменьшение риска нарушения здоровья</p> <p>г) улучшение телосложения</p> <p>д) увеличение силы</p>	в)	Медицинская реабилитация
ОПК-12	<p>ПОНЯТИЕ «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ» ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>а) объем знаний, которые можно использовать для производства товаров и услуг из экономических ресурсов</p> <p>б) совокупность методов и средств, поддерживающих этапы реализации принципиально новых действующих процессов и технологий медицинской реабилитации</p> <p>в) набор аппаратов и приспособлений для оказания помощи по медицинской реабилитации</p> <p>г) сочетание лечебной физкультуры и физиотерапии</p> <p>д) комбинация методов и средств лечебной физкультуры</p>	г)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ НА БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ КУОРТАХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>а) исключительно для внутреннего применения;</p>		Медицинская реабилитация

	<p>б) только для наружного применения; в) для внутреннего и наружного применения. г) для орошений д) для ванн</p>	в)	
ОПК-12	<p>К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ ОТНОСЯТСЯ МЕТОДЫ</p> <p>а) радиопротекторные б) вегетокорректирующие в) повышающие толерантность к физическим нагрузкам (актопротекторные) г) психорелаксирующие д) бальнеологические</p>	в)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ПРОБОЙ ШТАНГЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ</p> <p>а) время задержки дыхания на вдохе и выдохе б) время задержки дыхания на выдохе в) время задержки дыхания на вдохе г) частоту дыханий в минуту д) отношение частоты дыханий к частоте сердечных сокращений</p>	в)	Медицинская реабилитация
ОПК-12	<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ» В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ</p> <p>а) регулярное посещение пациента в палате б) наблюдение врача непосредственно в процессе выполнения больным физических упражнений в) периодический контроль различных параметров деятельности сердечно-сосудистой системы в ходе диспансерного наблюдения за больным г) оценку физического развития и физической работоспособности д) оценку психологического здоровья пациента</p>	б)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА - ЭТО</p> <p>а) комплекс мероприятий медицинского характера б) программа профессиональной и трудовой реабилитации в) законодательная (юридическая) база, гарантирующая социальные права и льготы инвалидам г) комплекс реабилитационных мер медицинского, социального и профессионального характера д) сочетание лечебной физкультуры, физиотерапии и психотерапии</p>	г)	Медицинская реабилитация

ОПК-12	<p>ОБЩЕЕ ПОТВОПОКАЗАНИЕ, ИСКЛЮЧАЮЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ БОЛЬНОГО В САНАТИЙ</p> <p>а) ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II ФК</p> <p>б) анемия</p> <p>в) эпилепсия</p> <p>г) гипертоническая болезнь II степени</p> <p>д) ожирение</p>	в)	Медицинская реабилитация
ОПК-12	<p>РОСТО-ВЕСОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ (ИНДЕКС КЕТЛЕ) ОЦЕНИВАЕТ</p> <p>а) количество мл ЖЕЛ на 1 кг массы тела</p> <p>б) количество граммов массы тела на 1 см роста</p> <p>в) потребление кислорода</p> <p>г) время восстановления ЧСС после физической нагрузки</p> <p>д) отношение роста к весу</p>	б)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ПРИ НОРМОТОНИЧЕСКОМ ТИПЕ РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА НАГРУЗКУ ОТМЕЧАЮТ</p> <p>а) адекватное увеличение частоты сердечных сокращений, увеличение систолического давления, сохранение или умеренное снижение уровня диастолического давления</p> <p>б) повышение частоты сердечных сокращений, уровень систолического и диастолического давления</p> <p>в) симптом бесконечного тона при измерении АД (выслушивается только систолический тон)</p> <p>г) отсутствие изменений артериального давления и частоты сердечных сокращений</p> <p>д) увеличение частоты сердечных сокращений, как компенсаторную реакцию</p>	а)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОЦЕНИВАЮТ</p> <p>а) только уровень физического развития человека</p> <p>б) только уровень функционального состояния органов и систем</p> <p>в) уровень физического развития человека и функциональное состояние органов и систем</p> <p>г) состояние сердечнососудистой системы</p> <p>д) состояние кардиореспираторной системы</p>	в)	Медицинская реабилитация
ПК-6	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ РЕЗЕРВОВ АДАПТАЦИИ В ПОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p>		Медицинская реабилитация

	<p>а) определение частоты сердечных сокращений</p> <p>б) определение уровня артериального давления</p> <p>в) проведение пробы Мартинэ</p> <p>г) определение ЧСС, АД, Мартине</p> <p>д) определение уровня кислорода в крови</p>	г)	
ОПК-9	<p>ПРИЗНАКОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО</p> <p>а) спастический тонус мышц</p> <p>б) повышение сухожильных рефлексов</p> <p>в) снижение сухожильных рефлексов</p> <p>г) гипертрофия мышц</p> <p>д) рефлекс Бабинского</p>	в)	Неврология
ОПК-9	<p>ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) гипертрофия мышц</p> <p>б) патологические рефлексы</p> <p>в) защитные рефлексы</p> <p>г) арефлексия</p> <p>д) галлюцинации</p>	г)	Неврология
ОПК-9	<p>К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ РЕФЛЕКСАМ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС</p> <p>а) Бабинского</p> <p>б) Оппенгейма</p> <p>в) Россолимо</p> <p>г) Шеффера</p> <p>д) Кернига</p>	в)	Неврология
ОПК-9	<p>ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЫ У ПАЦИЕНТА ПОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) гомонимная гемианопсия с противоположной стороны</p> <p>б) гомонимная гемианопсия на стороне поражения</p> <p>в) гетеронимная гемианопсия</p> <p>г) квадрантная гемианопсия</p> <p>д) зрительные галлюцинации</p>	а)	Неврология
ОПК-9	<p>ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ ИННЕРВИРУЮТСЯ ЧЕРЕПНЫМ НЕРВОМ</p> <p>а) VII</p> <p>б) X</p> <p>в) XII</p> <p>г) V</p> <p>д) VI</p>	г)	Неврология
ОПК-9	<p>ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЗЖЕЧКА РЕЧЬ</p> <p>а) скандированная</p> <p>б) дизартричная</p> <p>в) монотонная</p> <p>г) с аграмматизмами</p> <p>д) отсутствует</p>	а)	Неврология
ОПК-9	<p>ДЛЯ СИМПТОМА ГОРНЕРА</p>	в)	Неврология

	<p>ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) экзофтальм</p> <p>б) парез мимических мышц</p> <p>в) миоз</p> <p>г) лицевые боли</p> <p>д) мидриаз</p>		
ОПК-9	<p>КОСОГЛАЗИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА</p> <p>а) III</p> <p>б) XII</p> <p>в) VII</p> <p>г) V</p> <p>д) VIII</p>	а)	Неврология
ОПК-9	<p>ПТОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА</p> <p>а) IV</p> <p>б) VI</p> <p>в) III</p> <p>г) V</p> <p>д) VIII</p>	в)	Неврология
ОПК-9	<p>РАЗВИТИЕ ПТОЗА, МИДРИАЗА И РАСХОДЯЩЕГОСЯ КОСОГЛАЗИЯ СЛЕВА ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОГО НЕРВА</p> <p>а) IV справа</p> <p>б) VI слева</p> <p>в) III слева</p> <p>г) II слева</p> <p>д) VII справа</p>	в)	Неврология
ПК-5	<p>ДЛЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) периферический парез лицевой мускулатуры</p> <p>б) наличие триггерных болевых зон на лице</p> <p>в) снижение вкуса на задней трети языка</p> <p>г) нарушение глотания</p> <p>д) боль в нижней челюсти</p>	б)	Неврология
ПК-5	<p>БОЛЬНОМУ С ГИПЕРТЕРМИЕЙ, НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ПАРЕЗАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ</p> <p>а) менингит</p> <p>б) энцефалит</p> <p>в) миелит</p> <p>г) полиневрит</p> <p>д) эпилепсия</p>	б)	Неврология
ПК-5	<p>ПРИ МИЕЛИТЕ У ПАЦИЕНТА ВОЗНИКАЕТ</p> <p>а) нарушение речи</p> <p>б) галлюцинаторный синдром</p>	г)	Неврология

	<p>в) бульбарный паралич г) спастическая параплегия д) нарушение сознания</p>		
ПК-5	<p>ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p> <p>а) менингита б) полиомиелита в) энцефалита г) полирадикулоневрита д) неврита</p>	в)	Неврология
ПК-5	<p>ДЛЯ ПОЛИОМИЕЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>а) периферические параличи в дистальных отделах верхних конечностей б) периферические параличи в проксимальных отделах нижних конечностей в) периферические параличи в проксимальных отделах верхних конечностей г) периферические параличи мышц туловища д) периферический паралич мимических мышц</p>	в)	Неврология
ПК-5	<p>ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) птоз б) гипестезия половины лица в) парез мимической мускулатуры половины лица г) слезотечение д) расходящееся косоглазие</p>	в)	Неврология
ПК-5	<p>АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ</p> <p>а) в подкорковых узлах б) в спинном мозге в) в полушариях мозга г) в стволе мозга д) в мозжечке</p>	г)	Неврология
ПК-5	<p>ДИССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПО СЕГМЕНТАРНОМУ ТИПУ ПРИ СИРИНГОМИЕЛИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ</p> <p>а) выпадением глубокой при сохранности болевой б) выпадением болевой при с в) выпадением только болевой при сохранности глубокой г) сохранностью болевой при д) сохранностью глубокой при</p>	д)	Неврология

	выпадении болевой и температурной		
ПК-5	<p>ПАЦИЕНТА БЕСПОКОЯТ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ НИЖНЕЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СЛЕВА. ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЕТСЯ ВЛЕВО</p> <p>ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) ганглионит левого Гассерова узла б) поражение нижней ветви тройничного нерва слева в) поражение ядра спинно-мозгового тракта слева г) поражение языкоглоточного нерва д) поражение лицевого нерва слева</p>	б)	Неврология
ПК-5	<p>НА ФОНЕ РЕЗКИХ БОЛЕЙ В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ 1 ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СЛЕВА ПОЯВИЛИСЬ ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ВЫСЫПАНИЯ В ОБЛАСТИ ЛБА И ГЛАЗА СЛЕВА. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) поражение лицевого нерва б) ганглионит Гассерова узла слева в) поражение зрительного бугра слева г) поражение ядра спинно-мозгового тракта слева д) поражение языкоглоточного нерва</p>	б)	Неврология
ОПК-5	<p>1. ПОЛОСТЬ НОСА ИМЕЕТ СТЕНКИ:</p> <p>а) нижнюю б) перегородку в) заднюю г) переднюю д) косую</p>	а)	Оториноларингология
ОПК-5	<p>2. РЕШЕТЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ ГРАНИЧИТ:</p> <p>а) глазница б) ротоглотка в) евстахиева труба г) средняя черепная ямка д) крыловидная ямка</p>	а)	Оториноларингология
ОПК-5	<p>3. В НАРУЖНОМ НОСЕ РАЗЛИЧАЮТ:</p> <p>а) кончик б) седлов) тело г) основание д) ладью</p>	а)	Оториноларингология
ОПК-5	<p>4. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПОЛОСТИ НОСА ПРОВОДИТСЯ:</p> <p>а) ларингоскопия б) отоскопия в) передняя</p>	в)	Оториноларингология

	риноскопияг) эзофагоскопия д) ларингоскопия		
	5. ПРИЧИНОЙ ЛОЖНОГО КРУПАЯВЛЯЕТСЯ:	б)	Оториноларингология

ОПК-5	а) аллергический фон б) экссудативный диатез в) аденоиды г) аденовирусная инфекция д) ангины		
ОПК-5	6. ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РИНОСКОПИИ ЧАЩЕ МОЖНО ОСМОТРЕТЬ: а) только нижнюю носовую раковину б) только среднюю носовую раковину в) верхнюю носовую раковину г) нижнюю и среднюю носовую раковину д) только верхнюю носовую раковину	г)	Оториноларингология
ОПК-6	7.СТЕНОЗ ГОРТАНИ РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА СТЕПЕНИ: а) две б) три в) четыре г) пять д) одну	в)	Оториноларингология
ОПК-6	8.ПРИ ЗАТЯНУВШЕМСЯ ЛОЖНОМ КРУПЕПРОВОДИТСЯ: а) трахеостомия б) продленная назотрахеальная интубация в) интубация трахеи г) срочное хирургическое лечение д) искусственное дыхание	в)	Оториноларингология
ОПК-6	9. РАК ГОРТАНИ В I СТАДИИ ИЗЛЕЧИВАЕТСЯ: а) хирургическим путем б) лучевой терапией в) комбинированной терапией г) химиотерапией д) гормонотерапией		Оториноларингология
ОПК-6	10. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ФУРУНКУЛАНОСА СПОСОБСТВУЕТ: а)сердечно-сосудистой патологии б) патологии почек в) врожденных аномалий носа г) сахарного диабета д) переохлаждение	г)	Оториноларингология
ОПК-6	11. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ: а) нарушение носового дыхания б) атрофический ринит в) острый ринит г) хронический тонзиллит д) хронический синусит	а)	Оториноларингология

ОПК-6	12. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РУБЦЕВОМ СТЕНОЗЕ II СТЕПЕНИ ТРАХЕОСТОМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: а) привентивной палиативной операцией б) радикальной операцией в) необязательной операцией г) противопоказанной д) реконструктивной	а)	Оториноларингология
-------	---	----	---------------------

ОПК-6	<p>13. ПРИ НАРАСТАЮЩИХ СИМПТОМАХ УДУШЬЯ ТРАХЕОТОМИЮ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ:</p> <p>а) в стадию компенсации б) в стадию субкомпенсации в) асфиксии г) при отсутствии стеноза д) декомпенсации</p>	д)	Оториноларингология
ОПК-6	<p>14. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ РИНИТЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:</p> <p>а) хирургическое пособие: аденотомия, удаление гипертрофированных задних концов носовых раковин, хоанального полипа б) парамеатальные блокады в) продувание слуховых труб г) вибромассаж барабанной перепонки д) физиолечение</p>	а)	Оториноларингология
ОПК-6	<p>15. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСУДАТИВНОМ ОТИТЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ:</p> <p>а) мириготомия б) тимпанопункция в) общеполостная операция на ухе г) шунтирование барабанной полости д) катетеризация слуховой трубы</p>	г)	Оториноларингология
ОПК-6	<p>16. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) затрудненное носовое дыхание б) носовое кровотечение в) готическое небо г) деформация лица д) замещение окружающих тканей</p>	б)	Оториноларингология
ОПК-6	<p>17. ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ ВЫПОЛНЯЮТ:</p> <p>а) нижняя трахеостомия б) верхняя трахеостомия в) по Бьерку г) средняя трахеостомия д) коникотомия</p>	а)	Оториноларингология
ОПК-6	<p>18. МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА:</p> <p>а) антибактериальная б) вливание лекарственных веществ в гортань в) ингаляция г) прижигание слизистой д) противоотечная терапия</p>	б)	Оториноларингология
ОПК-6	<p>19. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОЗЕНЫ:</p>	а)	Оториноларингология

	<p>а) зловонный насморк б) отсутствие обоняния в) вязкий секрет г) широкие носовые ходы д) гипертрофия носовых раковин</p>		
ОПК-6	<p>20. ЧТО ИГРАЕТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ:</p> <p>а) состояние выводного отверстия пазухи б) активность микрофлоры в) вирусная инфекция г) общая реактивность д) соматические заболевания.</p>	а)	Оториноларингология
ПК-7	<p>ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ</p> <p>а) осаднения б) отложения продуктов сгорания пороха в) разрыв ткани г) сквозной характер ранения д) дырчатый перелом черепа</p>	б)	Судебная медицина
ПК-7	<p>ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ НА КОЖНОМ ПОКРОВЕ КОЛОТО-РЕЗАНОЙ РАНЫ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) подробно описать повреждение на одежде и кожном покрове трупа б) обмыть обнаруженное повреждение водой в) измерить глубину раневого канала с помощью зонда г) извлечь орудие из раны д) рассечь кожные покровы для установления направления раневого канала</p>	а)	Судебная медицина
ПК-7	<p>НА ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЕЛА ИЛИ ИЗМЕНЕНИЕ ЕГО ПОЛОЖЕНИЯ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ</p> <p>а) наличие множественных взаимопараллельных царапин на теле б) наличие трупных пятен на передней поверхности тела в) поза трупа с приведенными конечностями г) наличие повреждений д) наличие гнилостных изменений</p>	а)	Судебная медицина
ПК-7	<p>ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ</p> <p>а) определяют стадию развития трупных пятен, степень выраженности мышечного окоченения б) определяют позу трупа в) устанавливают причину смерти</p>	а)	Судебная медицина

	г) определяют травмирующий предмет д) транспортируют труп в морг		
ПК-7	ШТАМП-ССАДИНЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТРАВМИРУЮЩЕГО ПРЕДМЕТА ПОД УГЛОМ а) 20° к поверхности кожи б) под прямым или близким к нему углом в) 60° к поверхности кожи г) 45° к поверхности кожи д) 10° к поверхности кожи	б)	Судебная медицина
ОПК-6	СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ МОЖЕТ ПРОИЗВОДИТЬСЯ НА ОСНОВАНИИ а) направления медицинского учреждения б) постановления органов дознания, следователя в) сопроводительного листа «скорой помощи» г) направления участкового д) самообращения	б)	Судебная медицина
ОПК-6	СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ПРОИЗВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ а) постановления следователя или определения суда б) ходатайства адвоката в) личного заявления потерпевшего г) направления эксперта д) заявления обвиняемого	а)	Судебная медицина
ОПК-6	ОСНОВНОЙ ВОПРОС, ОТВЕТ НА КОТОРЫЙ ИНТЕРЕСУЕТ СЛЕДСТВИЕ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ОБЪЕКТОВ ПОХОЖИХ НА СПЕРМУ а) образовано ли пятно семенной жидкостью б) если пятно образовано семенной жидкостью, то не происходит ли она от конкретного мужчины в) какова давность образования следа с семенной жидкостью г) имеются ли в сперме, обнаруженной в пятнах, отклонения от нормального состава д) наличие подвижных сперматозоидов	б)	Судебная медицина
ОПК-6	СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА МОЖЕТ НАЗНАЧАТЬСЯ а) следователем б) начальником бюро судебно-медицинской экспертизы в) лечащим врачом г) муниципальными органами д) экспертом другого отдела	а)	Судебная медицина
ОПК-6	Эксперт несет ответственность за данное		Судебная медицина

	им заключение: а) коллективную б) от имени бюро смэв) личную г) не несет ответственности д) перед начальником бюро	в)	
ПК-17	ВЛАЖНОЕ КРАСНОЕ ДНО НИЖЕ УРОВНЯ НЕПОВРЕЖДЕННОЙ КОЖИ У ССАДИНЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ а) в первые часы после причинения повреждения б) к концу первых суток в) на 2-е сутки г) на 3-5 суток д) на 5-7 суток	а)	Судебная медицина
ПК-17	ДАВНОСТЬ РАЗРЫВА ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ МОЖНО УСТАНОВИТЬ В СРОК ДО а) 5 дней б) 7 дней в) 10 дней г) 15 дней д) 20 дней	г)	Судебная медицина
ПК-17	ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ИМЕВШЕГО МЕСТО ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ а) повреждения в области половых органов б) беременность в) ссадины на внутренней поверхности бедер г) показания потерпевшей д) разрыв девственной плевы	б)	Судебная медицина
ПК-17	МАЗКИ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ В СЛУЧАЕ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО БРАТЬ НЕ ПОЗЖЕ а) 2-3-х дней б) 3-5 дней в) 5-7 дней г) 7-9 дней д) более 9 дней	б)	Судебная медицина
ПК-17	СОВЕРШЕНИЕ ПОЛОВОГО АКТА БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ВОЗМОЖНО, КОГДА ПЛЕВА а) растяжимая б) образует кольцо сокращения в) с мясистым краем г) с глубокими выемками д) перфорированная	а)	Судебная медицина
ПК-17	РАНА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА, КВАЛИФИЦИРУЕТСЯ а) как тяжкий вред здоровью б) как вред здоровью средней тяжести в) как легкий вред здоровью г) расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью д) оценке не подлежит	а)	Судебная медицина

ПК-17	ПРЕУМЕНЬШЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ КАКОГО-ЛИБО СИМПТОМА ИЛИ БОЛЕЗНЕННОГО СОСТОЯНИЯ ИЛИ СОКРЫТИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭТО а) симуляция б) диссимуляция в) аггравация г) дезаггравация д) ложь	г)	Судебная медицина
ПК-17	Слова и действия, направленные на сокрытие имеющихся заболеваний это а) симуляция б) диссимуляция в) аггравация г) дезаггравация д) ложь	б)	Судебная медицина
ПК-17	ИЗОБРАЖЕНИЕ НЕ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ БОЛЕЗНИ ЭТО а) симуляция б) диссимуляция в) аггравация г) дезаггравация	а)	Судебная медицина
ПК-17	ЗАКРЫТАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА В ВИДЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА КВАЛИФИЦИРУЕТСЯ а) как тяжкий вред здоровью б) как вред здоровью средней тяжести в) как легкий вред здоровью г) как повреждение, не причинившее вред здоровью д) как повреждение не подлежащее оценке	в)	Судебная медицина
ОПК-6	1. ПУПОЧНАЯ РАНКА В НОРМЕ ПОЛНОСТЬЮ ЭПИТЕЛИЗИРУЕТСЯ а) к концу 1-й недели жизни б) к концу 2-й недели жизни в) к концу 1-го месяца жизни г) на 2-м месяце жизни д) на 3 месяце жизни	а)	Педиатрия
ОПК-6	2. СМЕНА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ НА ПОСТОЯННЫЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ а) к 3-4 годам б) 5-7 годам в) 11-13 годам г) 14-15 годам д) 16-17 годам	в)	Педиатрия
ОПК-6	3. ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ а) через 2-3 часа б) сразу после рождения в) через 6-8 часов г) через 10-12 часов д) на вторые сутки	б)	Педиатрия
ОПК-6	4. ПОНИЖЕННАЯ СЕКРЕТОРНАЯ СПОСОБНОСТЬ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НАЗЫВАЕТСЯ а) гипогалактия		Педиатрия

	б) галакторея в) агалактия г) мастит д) мастопатия	а)	
ОПК-6	5. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ РАХИТА ЛЕЖИТ НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА а) кальциевого б) калиевого в) фосфорно-кальциевого г) водно-солевого д) энергетического	в)	Педиатрия
ОПК-6	6. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ АКТУ СОСАНИЯ а) комочки Биша, большой язык б) комочки Биша, маленький язык в) обильное слюноотечение, большой язык г) обильное слюноотечение, маленький язык д) обильное слюноотечение, отсутствие зубов	а)	Педиатрия
ОПК-6	7. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ а) гипертония мышц-разгибателей б) гипертония мышц-сгибателей в) гипотония мышц-сгибателей г) нормотония мышц д) гипотония мышц разгибателей	б)	Педиатрия
ОПК-6	8. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ а) гипертония мышц-разгибателей б) гипертония мышц-сгибателей в) гипотония мышц-сгибателей г) нормотония мышц д) гипотония мышц разгибателей	б)	Педиатрия
ОПК-6	9. СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА 1 ГОДА а) 2 б) 4 в) 6 г) 8 д) 10	г)	Педиатрия
ОПК-6	10. НАИМЕНЕЕ РАЗВИТЫЙ ОРГАН ЧУВСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО ребенка а) зрение б) осязание в) обоняние г) слух д) вкус	д)	Педиатрия
ОПК-5	11. ПРИКОРМ НАЧИНАЮТ ДАВАТЬ РЕБЕНКУ а) перед кормлением грудью б) после кормления грудью		Педиатрия

	<p>в) полностью заменяя одно кормление грудью</p> <p>г) между кормлениями грудью</p> <p>д) в любое время</p>	а)	
ОПК-5	<p>12. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАХИТА</p> <p>а) ускоренные темпы роста</p> <p>б) задержка сроков прорезывания зубов</p> <p>в) ускорение сроков прорезывания зубов</p> <p>г) гипоплазия нижней челюсти</p> <p>д) увеличение комочков Биша</p>	б)	Педиатрия
ОПК-5	<p>13. ПОСТЕПЕННОЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ РАХИТА НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРИОД</p> <p>а) начальный</p> <p>б) разгара</p> <p>в) реконвалесценции</p> <p>г) остаточных явлений</p> <p>д) рецидивирования</p>	в)	Педиатрия
ОПК-5	<p>14. РАХИТИЧЕСКИЕ БРАСЛЕТЫ – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ В ОБЛАСТИ</p> <p>а) эпифизов костей предплечья</p> <p>б) перехода костной части ребер в хрящевую</p> <p>в) лучезапястных и голеностопных суставов</p> <p>г) крестца</p> <p>д) бедер</p>	в)	Педиатрия
ОПК-5	<p>15. ПОКАЗАТЕЛИ СРЕДНЕГО СОДЕРЖАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА В ОДНОМ ЭРИТРОЦИТЕ (МСН) И СРЕДНЕЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА (МСНС) ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) высокие</p> <p>б) низкие</p> <p>в) нормальные</p> <p>г) разнонаправленные</p> <p>д) не имеют диагностического значения для диагностики ЖДА</p>	б)	Педиатрия
ОПК-5	<p>16. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ - СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ В КРОВИ НИЖЕ</p> <p>а) 250×10^9 /л</p> <p>б) 150×10^9 /л /л</p> <p>в) 120×10^9 /л /л</p> <p>г) 100×10^9 /л /л</p> <p>д) 50×10^9 /л /л</p>	г)	Педиатрия
ОПК-5	<p>17. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА</p>		Педиатрия

	<ul style="list-style-type: none"> а) длительные перерывы между приемами пищи б) редкие мочеиспускания в) запоры г) ежедневное употребление овощей д) частые рецидивирующие респираторные инфекции 	а)	
ОПК-5	<p>18. ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ГАСТРОДУОДЕНИТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кал на яйца глистов б) фиброгастродуоденоскопия в) холецистография г) манометрия д) .УЗИ органов малого таза 	б)	Педиатрия
ОПК-5	<p>19. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ранние б) поздние в) ночные г) ранние и поздние д) ранние и ночные 	г)	Педиатрия
ОПК-5	<p>20. ВНЕПИЩЕВОДНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кариес, эрозии эмали б) пульпит в) стоматит г) гайморит д) синусит 	а)	Педиатрия
ОПК-5	<p>1. ЭТО БОЛЕЕ ВСЕГО БЕСПОКОИТ ПАЦИЕНТА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИЮ КОМПЕНСАЦИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) косметический дефект б) утомляемость в) небольшие отеки стоп к вечеру г) ночные судороги д) распирающие боли 	г)	Хирургические болезни
ОПК-5	<p>2. СИМПТОМЫ РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отечности дистальных отделов конечности к концу дня б) судороги в ногах по ночам в) резкие боли в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающаяся хромота) г) трофические расстройства кожи в нижней трети голени д) наличие патологически расширенных вен 	в)	Хирургические болезни
ОПК-5	<p>3. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p>		Хирургические болезни

	<p>а) отеками б) гиперпигментацией кожи голеней в) образованием язв на голенях г) дерматитом д) всем названным</p>	д)	
ОПК-5	<p>4. ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ХАРАКТЕРНО: а) развитие наружных и внутриорганных свищей б) длительное течение заболевания в) поражение только слизистой оболочки кишки г) развитие параректальных свищей 5. анемия</p>	в)	Хирургические болезни
ОПК-5	<p>5. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) рентгеноскопическое исследование пероральным введением бария б) ирригоскопия в) ректороманоскопия г) исследование кала на скрытую слизь д) УЗИ</p>	б)	Хирургические болезни
ОПК-5	<p>6. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НЕ ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ: а) ирригоскопия б) исследование пассажа бария по толстой кишке в) измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки г) биопсия по Свенсону д) колоноскопия</p>	в)	Хирургические болезни
ОПК-5	<p>7. СУПЕРСИМПТОМ «ОСТРОГО ЖИВОТА» - ЭТО а) рвота б) боли в животе в) кровавый стул г) задержка кала и газов д) напряжение мышц брюшной стенки</p>	д)	Хирургические болезни
ОПК-5	<p>8. ФИБРИНОЗНЫХ НАЛОЖЕНИЙ НА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ И ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЕ НЕТ: а) при серозном перитоните б) при фибринозном перитоните в) при гнойном перитоните г) при гнилостном перитоните д) при каловом перитоните</p>	а)	Хирургические болезни
ОПК-5	<p>9. ДИАГНОЗ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ВСЕХ ПРИЗНАКОВ, КРОМЕ: а) гиперемия брюшины</p>	б)	Хирургические болезни

	б) наличие крови в брюшной полости в) наличие фибринозных наложений г) тусклого вида брюшины д) наличие мутного выпота		
ОПК-5	10. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ: а) рентгенография легких б) томография в) бронхография г) бронхоскопия д) ультразвуковое исследование	в)	Хирургические болезни
ОПК-6	11. ПРИ ТОТАЛЬНОМ АТЕЛЕКТАЗЕ ОДНОГО ИЗ ЛЕГКИХ ЭКСТРЕННО ПОКАЗАНА: а) антибиотикотерапия б) пункция плевральной полости в) дренирование плевральной полости г) бронхофиброскопия с санацией бронхиального дерева д) все перечисленное	в)	Хирургические болезни
ОПК-6	12. ПРИ РАЗВИТИИ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО: а) эндобронхиальное введение протеолитических ферментов б) дренирование плевральной полости в) антибиотики г) рентгенотерапия д) введение цитостатиков	б)	Хирургические болезни
ОПК-6	13. ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНОГО МАСТИТА ВКЛЮЧАЕТ: а) ретромаммарную блокаду с антибиотиками б) мастэктомию в) выполнение разреза; г) обильное питье. д) госпитализацию	а)	Хирургические болезни
ОПК-6	14. ПРИ ФЛЕГМОНОЗНОМ МАСТИТЕ: а) вначале лечат консервативно; б) всегда срочно оперируют; выполняют более одного разреза в нескольких квадрантах; в) всегда назначают рентгенотерапию г) ограничиваются всегда одним разрезом; д) выполняют мастэктомию.	б)	Хирургические болезни
ОПК-6	15. ПРИ ДИФФУЗНОЙ МАСТОПАТИИ ПОКАЗАНО: 1) оперативное лечение; 2) соблюдение диеты; 3) диспансерное наблюдение; 4) не требует лечения; 5) ограничение физического труда.	в)	Хирургические болезни

ОПК-6	<p>16. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) физиотерапия; б) сидячие теплые ванны; в) пункция гнойника; г) антибиотикотерапия; д) вскрытие гнойника и ликвидация крипты.</p>	д)	Хирургические болезни
ОПК-6	<p>17. ИССЕЧЕНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ:</p> <p>а) выпадении узлов; б) проктосигмоидите; в) изъязвлении узлов; г) повторных кровотечениях; д) портальной гипертензии.</p>	д)	Хирургические болезни
ОПК-6	<p>18. ЧТО ДОЛЖЕН СДЕЛАТЬ ВРАЧ «СКОРОЙ ПОМОЩИ», ОСМОТРЕВ БОЛЬНОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ, С БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ ПОСЛЕ ТУПОЙ ТРАВМЫ?</p> <p>а) положить горячую грелку; б) ввести наркотик; в) промыть желудок; г) ввести антибиотик; д) направить в хирургическое отделение.</p>	д)	Хирургические болезни
ОПК-6	<p>19. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ШОКЕ И ВЫРАЖЕННЫХ ПРИЗНАКАХ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ТУПОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА:</p> <p>а) переливание крови; б) гемостатическая терапия; в) противошоковые мероприятия до стабилизации АД; г) операция с одновременно проводимыми противошоковыми мероприятиями; д) лапароскопия с одновременно проводимыми мероприятиями по стабилизации АД.</p>	г)	Хирургические болезни
ОПК-6	<p>20. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА УЗИ ГЕМАТОМЫ В СЕЛЕЗЕНКЕ ДИАМЕТРОМ 2 СМ ПОКАЗАНО:</p> <p>а) операция - спленэктомия; б) пункция гематомы под контролем УЗИ; в) амбулаторное лечение; г) консервативное лечение в хирургическом отделении с УЗИ-контролем; д) операция - резекция селезенки.</p>	г)	Хирургические болезни
ОПК – 5	<p>1. САМОЙ ТОНКОЙ СТЕНКОЙ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) наружная стенка</p>	в)	Офтальмология

	б) верхняя стенка в) внутренняя стенка г) нижняя стенка д) область верхушки орбиты		
ОПК – 5	2. ЧЕРЕЗ ВЕРХНЮЮ ГЛАЗНИЧНУЮ ЩЕЛЬ ПРОХОДЯТ а) глазничный нерв; б) глазодвигательные нервы; в) основной венозный коллектор глазницы г) глазодвигательные нервы и основной венозный коллектор глазницы д) глазодвигательные нервы, верхняя глазничная вена, глазничный нерв	д)	Офтальмология
ОПК – 5	3. КАНАЛ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СЛУЖИТ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ а) зрительного нерва б) глазничного нерва в) глазничной артерии г) зрительного нерва, глазничной артерии д) глазничного нерва, глазничной артерии	г)	Офтальмология
ОПК – 5	4. ПЕРИКОРНЕАЛЬНАЯ ИНЪЕКЦИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ а) о конъюнктивите б) о повышенном внутриглазном давлении в) о воспалении сосудистого тракта г) о воспалении сетчатки д) о хориоретините	в)	Офтальмология
ОПК – 5	5. ПОД ДИНАМИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ ПОНИМАЮТ а) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации б) преломляющую силу роговицы в) преломляющую силу камерной влаги г) радиус кривизны роговицы д) радиус кривизны хрусталика	а)	Офтальмология
ОПК – 5	6. В ЭТИОЛОГИИ КЕРАТИТОВ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ а) гипертоническая болезнь б) сахарный диабет в) инородное тело роговицы г) заболевания ЖКТ д) контузия роговой оболочки	в)	Офтальмология
ОПК – 5	7. ОСТРЫЙ ИРИДОЦИКЛИТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ а) с острым конъюнктивитом б) с острым кератитом в) с острым приступом закрытоугольной глаукомы г) с острым склеритом д) с эндофтальмитом	в)	Офтальмология
ОПК – 5	8. СТАРЧЕСКАЯ КАТАРАКТА - ЭТО а) острое инфекционное заболевание глаз	г)	Офтальмология

	<p>б) хроническое заболевание с повышением внутриглазного давления, снижением зрительных функций</p> <p>в) дистрофическое заболевание сетчатки</p> <p>г) помутнение хрусталика</p> <p>д) воспаление радужной оболочки и цилиарного тела</p>		
ОПК – 5	<p>9. РЕНТГЕНОГРАФИЯ С ПРОТЕЗОМ БАЛТИНА–КОМБЕРГА ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>а) определить плотность инородного тела</p> <p>б) исключить разрыв зрительного нерва</p> <p>в) охарактеризовать объем излившейся крови в стекловидное тело и стадию процесса</p> <p>г) охарактеризовать состояние ретробульбарного пространства</p> <p>д) определить расположение инородного тела по отношению к оболочкам глаза</p>	д)	Офтальмология
ОПК – 5	<p>10. ПРИ КЕРАТИТАХ ПОРАЖАЕТСЯ</p> <p>а) хрусталик</p> <p>б) радужка</p> <p>в) стекловидное тело</p> <p>г) роговица</p> <p>д) сетчатка</p>	г)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>11. ЯЧМЕНЬ - ЭТО</p> <p>а) острое гнойное воспаление сальной железы или острое гнойное воспаление волосяного мешочка ресницы</p> <p>б) воспаление краев век</p> <p>в) острое гнойное воспаление мейбомиевой железы</p> <p>г) воспаление хряща века</p> <p>д) воспаление конъюнктивы</p>	а)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>12. ДЛЯ ЧЕШУЙЧАТОГО БЛЕФАРИТА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) наличие трихиаза</p> <p>б) формирование халязиона</p> <p>в) формирование заворота век</p> <p>г) наличие кровотокащих язв после удаления гнойных корочек</p> <p>д) наличие сухих чешуек на корнях ресниц</p>	д)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>13. ПРИ ЛАГОФТАЛЬМЕ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ</p> <p>а) эрозии роговицы из-за трихиаза</p> <p>б) дакриoadенита</p> <p>в) экзофтальма</p> <p>г) ксероза роговицы</p> <p>д) неврита</p>	в)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>14. ОДНОСТОРОННЕЕ ВЫСЫПАНИЕ ПУЗЫРЬКОВ НА КОЖЕ ВЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p>	а)	Офтальмология

	<p>а) герпетического заболевания б) блефарита в) рожистого воспаления г) хламидийного конъюнктивита д) весеннего катара</p>		
ОПК – 6	<p>15. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ДАКРИОЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) слезотечение б) гнойное отделяемое из слезных точек при пальпации слезного мешка в) гиперемия конъюктива г) снижение чувствительности роговицы д) боль в глазу</p>	б)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>16. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СКЛЕРЫ</p> <p>а) наличие на поверхности глазного яблока внутренних оболочек, стекловидного тела б) изменения цвета и рисунка радужки в) неравномерная передняя камера г) мириаза д) боли при пальпации в зоне цилиарного тела</p>	а)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>17. ДАКРИОАДЕНИТ У ДЕТЕЙ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ</p> <p>а) ветряной оспы б) ОРВИ в) дифтерии г) эпидемического паротита д) гепатита</p>	г)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>18. ВНЕЗАПНАЯ ОСТРАЯ ПОТЕРЯ ЗРЕНИЯ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ХАРАКТЕРНА</p> <p>а) для возрастной макулодистрофии б) для атрофии зрительного нерва в) для непроходимости центральной артерии сетчатки г) для пигментной дистрофии сетчатки д) для гипертонической ангиопатии</p>	в)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>19. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КЕРАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) роговичные проявления коллагенозов б) вирусная инфекция с поражением роговой оболочки в) туберкулезные поражения роговой оболочки г) паразитарные заболевания роговой оболочки д) поздние проявления врожденного сифилиса</p>	д)	Офтальмология
ОПК – 6	<p>20. СИМПАТИЧЕСКУЮ ОФТАЛЬМИЮ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НА</p>	б)	Офтальмология

	<p>ОСНОВАНИИ</p> <p>а) возможного проникающего ранения или полостной операции глаза в анамнезе</p> <p>б) появление перикорнеальной или смешанной инъекции в парном, здоровом глазу после проникающего ранения и фибринозно-пластического иридоциклита второго глаза</p> <p>в) наличия в травмированном глазу признаков вялотекущего иридоциклита</p> <p>г) гнойного расплавления стекловидного тела</p> <p>д) хронического конъюнктивита</p>		
УК-1	<p>ТЕРМИН «СТИЛЬ ЖИЗНИ» ОТНОСЯТ</p> <p>а) к принятому в обществе укладу быта, культуры</p> <p>б) к материальным и духовно-нравственным условиям, сопутствующим образу жизни</p> <p>в) к индивидуальным особенностям жизни, стиля мышления, поведения</p> <p>г) порядок общественной жизни, быта, культуры</p> <p>д) к принятому в семье укладу быта</p>	в)	Психиатрия и наркология
УК-1	<p>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАПРАВЛЕННАЯ</p> <p>а) на повышение благосостояния населения</p> <p>б) на рост доступности мед. помощи населению</p> <p>в) на сохранение и укрепление здоровья людей</p> <p>г) на повышение качества стационарной медицинской помощи</p> <p>д) на улучшения общения между людьми</p>	в)	Психиатрия и наркология
УК-1	<p>СОГЛАСНО КЛАССИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ ПСИХОТЕРАПИИ, ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НЕПСИХОТИЧЕСКОМУ, НО ЭМОЦИОНАЛЬНО ПОРАЖЕННОМУ ПАЦИЕНТУ, ВРАЧУ СЛЕДУЕТ</p> <p>а) дать прямой совет по улучшению межперсональных отношений</p> <p>б) помочь больному выбрать собственный план действий</p> <p>в) выйти на прямой контакт с лицами - участниками конфликта</p> <p>г) вызвать чувство безопасности, ярко выражая свою симпатию</p> <p>д) вызвать бригаду скорой помощи</p>	б)	Психиатрия и наркология
УК-1	<p>НЕДОБРОВОЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ</p> <p>а) алкогольном делирии</p> <p>б) синдроме зависимости от алкоголя</p>	а)	Психиатрия и наркология

	<p>в) психопатии г) неврозах д) акцентуации характера</p>		
УК-1	<p>В СООТВЕТСВИИ СО СТ. 15 РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ», ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ГОДНОСТИ ГРАЖДАНИНА К СЛУЖБЕ В КАЧЕСТВЕ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а) при наличии психических расстройств по направлению медицинской комиссии военных комиссариатов при добровольном согласии обследуемого б) по решению медицинской комиссии военного комиссариата в соответствии с настоящим законом и законом о всеобщей воинской обязанности в) по решению врача-психиатра г) главного врача медицинской организации д) по решению участкового врача – терапевта</p>	б)	Психиатрия и наркология
УК-1	<p>ГРАЖДАНИН МОЖЕТ БЫТЬ ВРЕМЕННО ПРИЗНАН НЕПРИГОДНЫМ К ВЫПОЛНЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ИСТОЧНИКОМ ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ. ТАКОЕ РЕШЕНИЕ ПРИНИМАЕТСЯ</p> <p>а) медицинской сестрой (фельдшером) б) врачебной комиссией в) судом г) главным врачом медицинской организации д) прокурором</p>	б)	Психиатрия и наркология
УК-1	<p>МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ НЕВМЕНЯЕМОСТИ</p> <p>а) галлюцинации, бред, деперсонализация, атрофические процессы головного мозга б) синдром Кандинского-Клерамбо, эпилепсия, органическая деменция в) хроническое психическое заболевание, временное расстройство психической деятельности, слабоумие или иное болезненное состояние г) мнение главного врача медицинской организации д) депрессивный синдром</p>	в)	Психиатрия и наркология
УК-1	ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ		Психиатрия и

	<p>УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦОМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ИЛИ ЗАТЯЖНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, С ТЯЖЕЛЫМИ ИЛИ ЧАСТО ОБОСТРЯЮЩИМИСЯ БОЛЕЗНЕННЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕШАЕТСЯ</p> <p>а) медицинской сестрой (фельдшером) б) комиссией врачей-психиатров в) участковым врачом-психиатром и санкционируется судом г) главным врачом медицинской организации д) заведующим отделением</p>	б)	наркология
УК-1	<p>МНОГОКРАТНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НИКОТИНА ПРИВОДИТ К</p> <p>а) формированию физической и психической зависимости б) повышению артериального давления в) диспептическим проявлениям г) повышение повышению аппетита д) снижению аппетита</p>	а)	Психиатрия и наркология
УК-1	<p>В МОЧЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ БАРБИТУРАТЫ</p> <p>а) наркотические анальгетики б) андипал в) но-шпа г) парацетамол д) настойка валерианы</p>	б)	Психиатрия и наркология
ОПК-1	<p>С ПОМОЩЬЮ АЛКОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ</p> <p>а) наличие этанола в крови через выдыхаемый воздух б) концентрацию этанола в слюне в) объем легких г) наличие психоактивных веществ в биологических средах д) наличие каннабиноидов в крови</p>	а)	Психиатрия и наркология
ОПК-1	<p>ПРИЗНАК СФОРМИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ</p> <p>а) использование препарата свыше 6 месяцев б) влечение к препарату в) развитие толерантности к препарату г) появление синдрома отмены д) препарат заметно ухудшает состояние пациента</p>	г)	Психиатрия и наркология
ОПК-1	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ СОСТОЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ</p> <p>а) шаткая походка б) сниженное настроение в) повышенное настроение</p>	г)	Психиатрия и наркология

	г) концентрация этанола в крови при проведении алкометрии свыше 0,16 промилле д) нечеткая речь		
ОПК-1	ЭЭГ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ а) шизофрении б) эпилепсии в) синдрома зависимости от алкоголя г) биполярного аффективного расстройства д) алкогольного делирия	б)	Психиатрия и наркология
ОПК-1	СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ а) внезапной, чаще кратковременной утратой ясности сознания б) полной отрешенностью от окружающего в) иногда возможностью отрывочного и искаженного восприятия окружающего при сохранении привычек автоматизированных действий г) всем перечисленным д) дезориентировкой	г)	Психиатрия и наркология
ОПК-1	ГАЛЛЮЦИНАЦИИ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ а) сахарном диабете б) шизофрении в) Эпилепсии г) психопатии д) мочекаменной болезни	б)	Психиатрия и наркология
ОПК-1	ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ а) неврозе б) шизофрении в) алкогольном делирии г) эпилепсии д) гипертонической болезни	б)	Психиатрия и наркология
ОПК-1	АФФЕКТИВНЫЕ ИЛЛЮЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ а) искаженным восприятием, связанным с необычным эмоциональным состоянием б) возникновением при патологических изменениях аффекта в) всем перечисленным г) наличием иллюзий д) отсутствием критики	в)	Психиатрия и наркология
ОПК-1	ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ 2 СТ. а) увеличение количества употребляемого алкоголя б) формирование абстинентного синдрома в) свыше 1,0 промилле в выдыхаюм	б)	Психиатрия и наркология

	<p>воздухе</p> <p>г) повышенные показатели АСТ и АЛТ</p> <p>д) повышение артериального давления в период употребления алкоголя</p>		
ОПК-1	<p>ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СВОЙСТВЕННЫЕ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ</p> <p>а) эгоцентризм</p> <p>б) медлительность</p> <p>в) педантизм и аккуратность</p> <p>г) замкнутость и нерешительность</p> <p>д) амнезия</p>	а)	Психиатрия и наркология
ОПК-9	<p>КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ КАРТИНЕ ИСТИННОГО ПОЛИМОРФИЗМА</p> <p>а) бугорок, язва, корка, рубец</p> <p>б) пятно, папула, везикула</p> <p>в) узел, язва, рубец</p> <p>г) пузырек, эрозия, корка</p> <p>д) узел, эрозия, рубец</p>	б)	Дерматовенерология
ОПК-9	<p>АКАНТОЛИЗ – ЭТО</p> <p>а) разрушение клеток шиповидного слоя</p> <p>б) скопление серозной-гношной жидкости</p> <p>в) увеличение количества клеток шиповидного слоя</p> <p>г) образование внутриэпидермальных пузырей</p> <p>д) образование коллагена</p>	г)	Дерматовенерология
ОПК-9	<p>ДЛЯ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ТОКСИЧЕСКОГО НЕКРОЛИЗА НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) молниеносное появление разлитой эритемы</p> <p>б) положительный симптом Никольского</p> <p>в) выраженная болезненность как пораженной, так и неизмененной на вид кожи</p> <p>г) положительная проба Ядассона</p> <p>д) положительный феномен Кебнера</p>	д)	Дерматовенерология
ОПК-9	<p>ПЕРВЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА</p> <p>а) разгибательные поверхности конечностей</p> <p>б) подошвах</p> <p>в) слизистая оболочка полости рта</p> <p>г) туловище</p> <p>д) волосистой части головы</p>	в)	Дерматовенерология
ОПК-9	<p>НАЗОВИТЕ НЕТИПИЧНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ПСОРИАЗЕ</p> <p>а) волосистая часть головы</p> <p>б) губы, слизистая рта</p> <p>в) разгибательные поверхности</p>	б)	Дерматовенерология

	<p>конечностей г) ладони и подошвы д) туловище</p>		
ОПК-9	<p>ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРИТЕМАТОЗНОЙАНГИНЫ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) высокая температура тела б) выраженная отечность миндалин в) резкая болезненность г) четкие границы эритемы на зеве д) разлитая ярко-красная эритема</p>	г)	Дерматовенерология
ОПК-9	<p>ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА</p> <p>а) сифилитический ринит б) высокое «готическое» нёбов) зубы Гетчинсона г) сифилитическая пузырьчаткад) саблевидные голени</p>	в)	Дерматовенерология
ОПК-9	<p>К ВЕРОЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТ</p> <p>а) паренхиматозный кератит б) специфический лабиринтит в) зубы Гетчинсона г) симптом Пинкуса д) рубцы Робинзона-Фурнье</p>	д)	Дерматовенерология
ОПК-9	<p>КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ ЗУБОВ ГЕТЧИНСОНАЯВЛЯЕТСЯ СТРОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ</p> <p>а) уменьшенные размеры б) полулунная выемка на режущем крае в) овальная форма г) наличие диастемы д) сужение режущего края не менее, чем на 2 ммотносительно шейки зуба</p>	д)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>НА ВОЗДЕЙСТВИЕ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙСЕРНОЙ КИСЛОТОЙ ВОЗНИКАЕТ</p> <p>а) простой контактный дерматит б) аллергический контактный дерматит в) токсикодермия г) экзема д) пиодермия</p>	а)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>М. СЕРРАЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ</p> <p>а) в слезах б) в моче в) в сперме г) грудном молоке д) слизистая оболочка полости носа</p>	д)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>В КАКОМ ВАРИАНТЕ ПРАВИЛЬНО УКАЗАНАТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ</p>	д)	Дерматовенерология

	<p>а) нос, щеки, ладони, уши б) волосистая часть головы, губы, туловище в) туловище, нос, щеки, слизистая рта г) ладони, губы, затылок д) уши, нос, щеки, волосистая часть головы</p>		
ПК-5	<p>НАИБОЛЕЕ ОПАСНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ HERPES SIMPLEX а) полость рта б) шейка матки в) конъюнктивы г) половой член д) полость носа</p>	в)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ а) положительная проба Бальцера б) положительный симптом Хачатуряна в) положительный симптом Бенъе-Мещерского г) изменения в очагах поражения проходят стадию отека, индурации, атрофии д) положительный симптом Никольского</p>	д)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>ЛИСТОВИДНАЯ ПУЗЫРЧАТКА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВУЛЬГАРНОЙ а) более обширным поражением кожного покрова, редким вовлечением в процесс слизистых оболочек б) поражением слизистых оболочек, более длительным сохранением пузырей на коже в) образованием пузырей в складках кожи, дистрофией ногтей и выпадением волос г) отрицательным симптомом Никольского, редким поражением слизистых оболочек д) неэффективностью сульфоновой терапии, обширным поражением кожного покрова</p>	а)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ – ЭТО а) синдром Бехчета б) афтоз Сеттона в) синдром Стивенса-Джонсона г) синдром Шегрена д) синдром Розенталя</p>	в)	Дерматовенерология
ПК-5	<p>СИМПТОМ УИКХЕМА ОБУСЛОВЛЕН а) акантолизом б) неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса (гипергранулезом) в) гиперкератозом г) спонгиозом</p>	б)	Дерматовенерология

	д) папилломатозом		
ПК-9	<p>ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТУ ДИАГНОЗА ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ПОКАЗАНО</p> <p>а) хирургическое вскрытие элемента в условиях поликлиники б) направление больного в стационар хирургического профиля в) назначение витаминотерапии г) назначение неспецифической иммунотерапии д) местное применение анилиновых красок</p>	в)	Дерматовенерология
ПК-9	<p>ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) атопический дерматит б) рецидивирующие бактериальные инфекции в) эпидермолиз г) пузырьчатка д) многоформная экссудативная эритема</p>	б)	Дерматовенерология
ПК-9	<p>УДЛИНЕНИЕ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а) биполярном расположении твердых шанкров б) продолжении половой жизни с источником заражения в) приеме антибиотиков в течение инкубации г) сопутствующих инфекционных заболеваниях д) ослаблении иммунитета</p>	в)	Дерматовенерология
ОПК 7	<p>ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) адреналин б) допамин в) супрастин г) фуросемид д) преднизолон</p>	а)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	<p>ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) бензодиазепин б) магния сульфат в) адреналин г) барбитураты д) хлорид калия</p>	а)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	<p>ПРИ ГИПОГЛИКЕМИИ ПОКАЗАНО</p> <p>а) внутривенное микроструйное (постоянное) введение инсулина короткого действия</p>	в)	Неотложные состояния в стоматологической практике

	б) подкожное введение инсулина в) внутривенное введение 40% раствора глюкозы г) внутримышечное введение 5% глюкозы д) внутривенное введение 0,9% раствора хлорида натрия		
ОПК 7	ПРИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА, ОСНОВАНИЕ ЛАДОНИ РАСПОЛАГАЕТСЯ а) средняя треть грудины б) слева от грудины в 4-ом межреберье в) нижняя треть грудины г) граница верхней и средней трети грудины д) мечевидный отросток грудины	а)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) адреналин б) норадреналин в) добутамин г) фуросемид д) левосимендан	б)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ а) дистрибутивных б) кардиогенных в) обструктивных г) гиповолемических д) нейрогенных	а)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ДЛЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИХ ШОКОВ ХАРАКТЕРНО а) повышение центрального венозного давления б) вазоплегия в) снижение общего периферического сосудистого сопротивления г) уменьшение объема циркулирующей крови д) полиурия	г)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ а) анафилаксия б) инфаркт миокарда в) травма г) кровопотеря д) почечная колика	б)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ МАСКА ЭТО а) украшение б) устройство для поддержания проходимости дыхательных путей в) самый надежный девайс для проведения ИВЛ	б)	Неотложные состояния в стоматологической практике

	г) метод лечения постинтубационного ларингита д) устройство, для установки которого необходим ларингоскоп		
ОПК 7	БАЗОВУЮ СЛР НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ а) 5 минут б) до прибытия специализированной бригады в) 30 минут г) 20 минут д) на усмотрение спасателя	б)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ПОДДЕРЖАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ а) интубация трахеи б) установка ларингеальной маски в) выдвижение нижней челюсти г) установка I-GEL д) установка воздуховода Гведела	а)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО, ОЦЕНКА ДЫХАНИЯ а) проводится с помощью зеркала б) не проводится, оценивается только пульс в) не проводится во избежание затяжки времени г) проводится по правилу «СОС» д) проводится любым возможным способом	г)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ЧЕЛОВЕКА БЕЗ СОЗНАНИЯ, НО С НАЛИЧИЕМ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА, НЕОБХОДИМО а) перевести его в вертикальное положение б) вызвать скорую помощь и перенести его в) открыть рот с помощью ложки г) перевести его в боковое безопасное положение д) начать базовую СЛР	г)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ ОПИАТАМИ ХАРАКТЕРНО а) анизокория б) мидриаз в) миоз г) величина зрачка не изменяется д) полиурия	в)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	НЕОБХОДИМАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИОННЫХ НАЖАТИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ВЗРОСЛЫХ а) 20-40 в минуту	г)	Неотложные состояния в стоматологической практике

	б) 60 в минуту в) 80-100 в минуту г) 100-120 в минуту д) 90 в минуту		
ОПК 7	ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ а) коникотомию б) 5 толчков Геймлиха в) 5 ударов между лопатками г) трахеостомию д) начать СЛР	в)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ГЛУБИНА КОМПРЕССИОННЫХ НАЖАТИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ВЗРОСЛЫХ а) не регламентирована б) ½ передне-заднего размера грудной клетки в) 3 см г) 10 см д) 5-6 см	д)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) адреналин б) допамин в) супрастин г) фуросемид д) преднизолон	а)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИИ: ВДОХИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ДЕТЕЙ а) 30:2 б) 15:2 в) 5:1 г) 30:2 при наличии одного спасателя, 15:2 при наличии двух спасателей д) 10:2 при наличии одного спасателя, 5:1 при наличии двух спасателей	б)	Неотложные состояния в стоматологической практике
ОПК 7	АВТОМАТИЧЕСКИЙ НАРУЖНЫЙ ДЕФИБРИЛЛЯТОР а) не нужен б) может быть использован для купирования желудочкового нарушения ритма в) опасен для жизни г) имеет функцию кардиостимуляции д) его могут использовать только врачи	б)	Неотложные состояния в стоматологической практике

УК-1	1.ОБЪЕКТОМ СОЦИОЛОГИИ КАК НАУКИ ЯВЛЯЕТСЯ а) общество б) социальные роли в) социальные статусы г) внутренний мир индивида д) личность	а)	Социология
УК-1	2.ФУНКЦИЯ СОЦИОЛОГИИ, СОСТОЯЩАЯ В ОПЕРЕЖАЮЩЕМ ОТРАЖЕНИИ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ, ЭТО ФУНКЦИЯ а) прогностическая б) описательная в) мировоззренческая г) теоретико-познавательная д) критическая	а)	Социология
УК-1	3.ТЕРМИН «СОЦИОЛОГИЯ» ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ а) Спенсер Г. б) Конт О. в) Вебер М. г) Маркс К. д) Сорокин П.	б)	Социология
УК-1	4.НАЧАЛО ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИОЛОГИИ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ НАУКИ ОТНОСИТСЯ К а) XVII в. б) античности в) 30-е гг. XIX в. г) начало XIX в. д) XX в.	в)	Социология
УК-1	5.АВТОРОМ ТЕОРИИ СОЦИАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) Маркс К. б) Вебер М. в) Парсонс Т. г) Спенсер Г. д) Мертон Р.	б)	Социология
УК-1	6.ПРОСТЕЙШИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СОЦИАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ ВЫСТУПАЮТ а) социальные взаимодействия б) социальные институты в) социальные контакты г) социальные отношения	в)	Социология

	д) социальные структуры		
УК-1	7.МЕТОД, СУТЬ КОТОРОГО СВОДИТСЯ К НЕПОСРЕДСТВЕННОМУ ОБЩЕНИЮ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ С РЕСПОНДЕНТОМ И ВОПРОСНО-ОТВЕТНОМУ ДИАЛОГУ, НАЗЫВАЕТСЯ а) наблюдение б) интервью в) эксперимент г) анкетный опрос д) анализ документов	б)	Социология
УК-1	8.ЧЕЛОВЕК, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ПЕРВИЧНОЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, ЭТО а) Оппонент б) Коллега в) Рецензент г) Респондент д) Интервьюер	г)	Социология
УК-1	9.СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ЦЕЛЮ КОТОРОГО ВЫСТУПАЕТ ПРИРАЩЕНИЕ НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ, НАЗЫВАЮТ а) аналитическим б) пилотажным в) прикладным г) фундаментальным д) повторным	г)	Социология
УК-1	10.СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВОДИМОЕ ДЛЯ ПРОВЕРКИ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ И Т.Д., НАЗЫВАЮТ а) аналитическим б) пилотажным в) прикладным г) фундаментальным д) первичным	б)	Социология
УК-1	11.СИСТЕМА ОПЕРАЦИЙ, ПРЕДПИСАНИЙ С УКАЗАНИЕМ ПРОЦЕДУР ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ а) валидностью б) методом в) методикой г) репрезентативностью д) рабочей программой	в)	Социология
УК-1	12.СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВОДИМОЕ В	д)	Социология

	<p>РЕАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ, НАЗЫВАЮТ:</p> <p>а) аналитическим б) оперативным в) повторным г) сплошным д) полевым</p>		
УК-1	<p>13.ВЫЯВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В МАЛЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА</p> <p>а) анкетного опроса б) интервью в) социометрического опроса г) экспертного опроса д) фокус-группы</p>	в)	Социология
УК-1	<p>14.ВАЖНЕЙШЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ВЫБОРКИ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫСТУПАЕТ</p> <p>а) валидность б) гетерогенность в) гомогенность г) репрезентативность д) систематичность</p>	г)	Социология
УК-1	<p>15.ВОПРОС СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ АНКЕТЫ, НА КОТОРЫЙ РЕСПОНДЕНТ ДОЛЖЕН САМОСТОЯТЕЛЬНО СФОРМУЛИРОВАТЬ СОДЕРЖАНИЕ СВОЕГО ОТВЕТА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>а) открытым б) контактным в) простым г) сложным д) закрытым</p>	а)	Социология
УК-1	<p>16.ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ ПРИ СБОРЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ МЕТОДОМ НАБЛЮДЕНИЯ ВЫСТУПАЕТ</p> <p>а) внешнее проявление социального явления б) документ в) организованная социальная ситуация г) человек д) данные исследования</p>	а)	Социология
УК-1	<p>17.ОДНИМ ИЗ НЕДОСТАТКОВ МЕТОДА НАБЛЮДЕНИЯ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫСТУПАЕТ</p> <p>а) активное продуцирование гипотез б) локальность изучаемой ситуации в) оперативность получения информации г) совместимость с другими методами</p>	б)	Социология

	д) фиксация сразу по нескольким параметрам		
УК-1	18. ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ ПРИ СБОРЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ МЕТОДОМ КОНТЕНТ-АНАЛИЗА ВЫСТУПАЕТ а) внешнее проявление социального явления б) документ в) организованная социальная ситуация г) человек д) группа	б)	Социология
УК-1	19. НАЧАЛЬНЫМ ЭТАПОМ ПРИКЛАДНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) обработка и анализ данных б) подготовка отчета о результатах в) разработка программы исследования г) согласование темы исследования д) проведение исследования	г)	Социология
УК-1	20. ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ ПРИКЛАДНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) обработка и анализ данных б) подготовка отчета о результатах в) разработка программы исследования г) формулировка выводов и рекомендаций д) проведение исследования	б)	Социология
УК – 7	1. ПОД ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПОНИМАЕТСЯ: а) педагогический процесс по физическому совершенствованию человека; б) регулярные занятия физическими упражнениями, закаливание организма; в) достижения общества, отражающие физическое и духовное развитие человека.	в)	Общая физическая подготовка, Спорт
УК – 7	К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСЯТСЯ: а) нормативы и требования государственных программ; б) показатели телосложения; в) показатели телосложения, здоровья и развития физических качеств; г) единая спортивная классификация; д) показатели здоровья	в)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	3. ПРОЦЕСС, НАПРАВЛЕННЫЙ НА РАЗНОСТОРОННЕЕ ВОСПИТАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ЧЕЛОВЕКА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ	а)	Общая физическая подготовка Спорт

	<p>ФОРМИРОВАНИЕ С ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ФИЗИЧЕСКИ КРЕПКОГО МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ С ГАРМОНИЧНЫМ РАЗВИТИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>а) общей физической подготовкой; б) специальной физической подготовкой; в) гармонической физической подготовкой; г) прикладной физической подготовкой.</p>		
УК – 7	<p>6. СОВОКУПНОСТЬ УПРАЖНЕНИЙ, ПРИЕМОВ И МЕТОДОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБУЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И ДРУГИМ УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ, А ТАКЖЕ ИХ ДАЛЬНЕЙШЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК:</p> <p>а) тренировка; б) методика; в) система знаний; г) педагогическое воздействие.</p>	б)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) правильно организованный и воспроизводимый алгоритм движений; б) использование природных сил для восстановления организма; в) стабильно высокие результаты, получаемые на тренировках.</p>	а)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:</p> <p>а) определенную часть культуры человека; б) учебную активность; в) культуру здорового духа и тела.</p>	а)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА:</p> <p>а) положительное, если эти упражнения выполняются регулярно, в правильном темпе, верной последовательности, а занимающийся не имеет противопоказаний, исключающих данные занятия; б) нейтральное, даже если заниматься усердно; в) положительное только в случае, если заниматься ими на пределе своих физических возможностей.</p>	а)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>ТАК НАЗЫВАЕМОЕ “ВТОРОЕ ДЫХАНИЕ” НАСТУПАЕТ:</p> <p>а) когда организм перестраивается в</p>	а)	Общая физическая подготовка Спорт

	соответствии с нагрузками и в кровь начинает поступать достаточное количество кислорода; б) когда мышцы входят в удобный ритм работы; в) когда мозг и мышцы привыкают к действующим нагрузкам.		
УК – 7	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ СПОРТА СЧИТАЕТСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМ: а) гимнастика б) волейбол в) борьба г) лыжные гонки д) бокс	г)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	НАЗОВИТЕ БАЗОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ РУК И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА: а) поднимание ног и таза лежа на спине б) повороты и наклоны туловища в) отжимание г) прыжки д) бег	в)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	НАЗОВИТЕ БАЗОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ НОГ: а) прыжки б) сгибание и разгибание рук в упоре лёжа в) подтягивание в висе г) бег д) повороты туловища	а)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	КАКИЕ ПРИЕМЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ РАССЛАБЛЕНИЯ МЫШЦ: а) удары по напряжённой мышце б) произвольное расслабление отдельных мышц в) бег г) статическое напряжение д) сочетающие расслабления одних мышц с напряжением других	д)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ ТУЛОВИЩА (СПИНЫ И БРЮШНОГО ПРЕССА): а) поднимание верхней части туловища в положении лёжа на спине б) поднимание ног и таза лёжа на спине в) прыжки г) подтягивание в висе на перекладине д) бег	а)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	В ЧЁМ СУЩЕСТВЕННАЯ РАЗНИЦА МЕЖДУ ПОПЕРЕМЕННЫМ И ОДНОВРЕМЕННО ДВУХШАЖНЫМ ХОДАМИ:	г)	Общая физическая подготовка Спорт

	<p>а) в длине скользящего шага б) в маховом выносе ноги в) в подседании перед толчком ногой г) в работе рук д) нет разницы</p>		
УК – 7	<p>ПРИ СПУСКЕ С ГОРЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАДЕНИЯ ЛЫЖНИКА ЯВЛЯЕТСЯ: а) сгибание ног в коленях б) чрезмерный наклон туловища вперед в) выставление вперед одной лыжи г) неровная лыжня д) свежий снег</p>	б)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>КАКИЕ ВИДЫ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЛЁГКАЯ АТЛЕТИКА: а) ходьбу и бег б) прыжки и метания в) многоборье г) опорные прыжки д) повороты туловища</p>	в)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕХНИКА БЕГА НА КОРОТКИЕ ДИСТАНЦИИ ОТ ТЕХНИКИ БЕГА НА СРЕДНИЕ И ДЛИННЫЕ ДИСТАНЦИИ: а) наклоном головы б) постановкой стопы на дорожку в) углом отталкивания ногой от дорожки г) работой рук д) наклоном туловища</p>	б)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>ЧТО ОЗНАЧАЕТ СЛОВО БАСКЕТБОЛ: а) корзина б) площадка в) корзина-мяч г) мяч д) зона</p>	в)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>МАТЧ СОСТОИТ ИЗ: а) двух таймов по 20 минут б) четырех таймов по 10 минут в) трех таймов по 15 минут г) два тайма по 10 минут д) один тайм 40 минут</p>	б)	Общая физическая подготовка Спорт
УК – 7	<p>ТЕХНИКА ВЛАДЕНИЯ МЯЧОМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ: а) ловлю, остановки, повороты, ведение мяча б) передачи мяча, броски в корзину, ловлю, остановки, повороты в) ловлю, передачи, ведение мяча, броски в корзину г) передачи, броски в корзину д) повороты, ведение мяча</p>	в)	Общая физическая подготовка, Спорт
ОПК-4	<p>ПРЕДМЕТ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ СОСТАВЛЯЮТ</p>		Практика по получению

	<p>а) сведения о состоянии пациента в период его болезни</p> <p>б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении</p> <p>в) паспортные данные пациента</p> <p>г) всё вышеперечисленное</p> <p>д) перечисленное в пунктах а) и б)</p>	г)	первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-4	<p>НОРМЫ И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ К СФЕРЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ</p> <p>а) врача и пациента</p> <p>б) врача и родственников пациента</p> <p>в) медицинских работников междусобой</p> <p>г) медицинских работников и общества</p> <p>д) всех вышеперечисленных</p>	д)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-4	<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ</p> <p>а) взаимоотношения больных между собой</p> <p>б) взаимоотношения между врачом и больным</p> <p>в) Вопросы долга, морали и профессиональной этики</p> <p>г) ятрогенные заболевания</p> <p>д) взаимоотношения между медперсоналом и родственниками больного</p>	в)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-4	<p>ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ДЕОНТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) обеспечение наилучшего лечения</p> <p>б) создание благоприятной обстановки для выздоровления больного</p> <p>в) установление доверительных отношений: больной – врач, врач - больной, врач - родственники больного, врач между собой</p> <p>г) осуществление всего перечисленного выше</p> <p>д) осуществление всего перечисленного в пунктах б) и в)</p>	г)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	<p>ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ВАННУ ИЛИ ДУШ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ БОЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ДОЛЖНЫ ПРИНИМАТЬ</p> <p>а) не реже одного раза в неделю</p> <p>б) ежедневно</p>	а)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского

	<p>в) 1 раз в 10 дней г) 1 раз в 2 недели д) 1 раз в 2 дня</p>		персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	<p>ПРОЛЕЖНИ ОБЫЧНО НЕ ОБРАЗУЮТСЯ ВОБЛАСТИ</p> <p>а) крестца б) пяток в) бедер г) лопаток д) локтей</p>	в)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	<p>ЖИРНЫЕ ВОЛОСЫ БОЛЬНЫЕ ДОЛЖНЫ МЫТЬ</p> <p>а) ежедневно б) 1 раз в две недели в) 1 раз в 3 дня г) 1 раз в неделю д) 1 раз в 10-14 дней</p>	г)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	<p>УХОД ЗА КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМИ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) профилактику пролежней б) контроль приема лекарств в) соблюдение диеты г) взвешивание больного д) все перечисленное</p>	д)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	<p>СВОЙСТВА ПУЛЬСА ЧАЩЕ ВСЕГО ИССЛЕДУЮТНА АРТЕРИЯХ</p> <p>а) сонных б) тыла стопы в) бедренных г) лучевых д) локтевых</p>	г)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	<p>АД СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ ЕСЛИ</p> <p>а) САД не более 160 мм рт.ст, ДАД – 94мм рт.ст. б) САД не более 159 мм рт.ст, ДАД – 94 мм рт.ст. в) САД не более 150 мм рт.ст, ДАД – от 95</p>		Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего

	до 100 мм рт.ст. г) САД не более 130 мм рт.ст, ДАД – 85 мм рт.ст. д) САД не более 139 мм рт.ст, ДАД - 89мм рт.ст.	д)	медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	ПРИЗНАКАМИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ а) кашель с примесью крови б) щелочная реакция выделений в) тахикардия, снижение АД г) бледность кожных покровов д) все ответы верны	д)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ УДУШЬЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ а) оксигенотерапию б) в/в введение эуфиллина в) удаление аллергена г) правильно 1) и 3) д) правильно 1), 2), 3)	г)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-10	ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ а) появление пульса на сонных артериях б) расширение зрачков в) снижение температуры тела г) отсутствие самостоятельного дыхания д) появление самостоятельного дыхания	а)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-11	ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ а) на носилках б) на каталке в) без сопровождения медперсонала г) в сопровождении медперсонала д) все ответы верны	д)	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
ОПК-11	ДЛЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМО ВЗЯТЬ МОЧУ а) катетером б) первую порцию при мочеиспускании	в)	Практика по получению первичных профессиональных

	<p>в) среднюю порцию при мочеиспускании</p> <p>г) последнюю порцию при мочеиспускании</p> <p>д) любым способом</p>		<p>умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)</p>
ОПК-11	<p>ХОЛОДНЫЙ КОМПРЕСС СОСТОИТ ИЗ</p> <p>а) сложенной в несколько слоев мягкой ткани или марли, смоченной в холодной воде и слегка отжатой</p> <p>б) сложенной в несколько слоев ткани или марли, смоченной в 70° этиловом спирте</p> <p>в) полоски мягкой ткани, в которую завернут кусочек льда</p> <p>г) правильно 1) и 2)</p> <p>д) правильно 2) и 3)</p>	а)	<p>Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)</p>
ОПК-11	<p>ГОРЧИЧНИКИ СНИМАЮТ ЧЕРЕЗ</p> <p>а) 10-15 минут</p> <p>б) 1-2 часа</p> <p>в) 2-3 минуты</p> <p>г) 30-40 минут</p> <p>д) 40-45 минут</p>	а)	<p>Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)</p>
ОПК-11	<p>ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА НЕОБХОДИМА ВОДА В КОЛИЧЕСТВЕ</p> <p>а) 1,5–2,0 л</p> <p>б) 7,0–10,0 л</p> <p>в) 3,0–4,0 л</p> <p>г) 5,0–6,0 л</p> <p>д) 1,5–15,0 л</p>	б)	<p>Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)</p>
ОПК-11	<p>ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ КЛИЗМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>а) 10% раствор NaCl или 20-30% раствор сульфата магния кипяченая вода</p> <p>б) 5% раствор глюкозы</p> <p>в) раствор соляной кислоты</p> <p>раствор любого лекарственного препарата, вводимый в прямую кишку под высоким давлением</p> <p>г) 10% р-р калия перманганата</p> <p>д) 20% раствор NaCl</p>	а)	<p>Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)</p>
ОПК-11	<p>ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ</p>		<p>Практика по</p>

	<p>ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ</p> <p>а) восстановление проходимости дыхательных путей б) применение мешка Амбу в) дезинфекцию полости рта больного г) прямой массаж сердца д) непрямой массаж сердца</p>	а)	получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной и процедурной медицинской сестры)
УК-1	<p>ДОКУМЕНТЫ В ЕДИНИЧНОМ ЭКЗЕМПЛЯРЕ (КЭ) ВЫДАЮТСЯ ТОЛЬКО</p> <p>а) на студенческих абонементов б) в читальных залах в) в зале справочно-информационных ресурсов г) в научно-библиографическом отделе д) в зале сервисных услуг</p>	б)	Основы информационной культуры
УК-1	<p>СОВОКУПНОСТЬ БИБЛИОТЕЧНЫХ ТРАДИЦИОННЫХ, ЭЛЕКТРОННЫХ КАТАЛОГОВ И БАЗ ДАННЫХ</p> <p>а) справочно-библиографический аппарат б) межбиблиотечный абонемент в) фонд библиотеки г) справочно-информационные ресурсы д) электронные ресурсы</p>	а)	Основы информационной культуры
УК-1	<p>ПОИСК ПО ТЕМЕ В ЭЛЕКТРОННОМ КАТАЛОГЕ ПРОВОДИТСЯ ПО</p> <p>а) автору б) ключевому слову в) характеру документа г) заглавию д) специальности</p>	б)	Основы информационной культуры
УК-1	<p>КНИГУ ЧЕТЫРЕХ АВТОРОВ НУЖНО ИСКАТЬ ПО</p> <p>а) по первому автору б) по всем авторам в) по заглавию г) по типу документа д) по году издания</p>	в)	Основы информационной культуры
УК-1	<p>БИБЛИОТЕЧНЫЙ ШИФР ДОКУМЕНТА ЭТО</p> <p>а) инвентарный номер б) индекс универсальной десятичной классификации в) авторский знак г) предметная рубрика д) обозначение места хранения документа в фонде научной библиотеки</p>	д)	Основы информационной культуры
УК-1	<p>ЧИТАТЕЛЬСКОЕ ТРЕБОВАНИЕ НА ИЗДАНИЕ ОФОРМЛЕНО ПРАВИЛЬНО, ЕСЛИ ТАМ УКАЗАНЫ</p> <p>а) автор(ы), название, год и место издания,</p>		Основы информационной культуры

	<p>данные пользователя б) шифр, автор(ы), название, год и место издания, ФИО пользователя, группа, дата заказа в) инвентарный номер, автор(ы), название, год и место издания, стоимость издания, ФИО пользователя, группа, дата заказа г) шифр, автор(ы), год и место издания, ФИО пользователя, группа, дата заказа д) инвентарный номер, автор(ы), название, ФИО пользователя, группа, дата заказа</p>	б)	
УК-1	<p>В БИБЛИОГРАФИЧЕСКОМ ОПИСАНИИ ДОКУМЕНТА ОТСУТСТВУЕТ</p> <p>а) аннотация б) область выходных данных в) область авторов г) область заглавия д) область количества страниц</p>	а)	Основы информационной культуры
УК-1	<p>АЛФАВИТНО-ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ СОБОЙ АЛФАВИТНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕДМЕТНЫХ РУБРИК, ЯВЛЯЕТСЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ АППАРАТОМ</p> <p>а) к алфавитному каталогу б) к электронному каталогу в) к каталогу авторефератов диссертаций и диссертаций г) к систематическому каталогу д) к служебному каталогу</p>	г)	Основы информационной культуры
УК-1	<p>В БИБЛИОГРАФИЧЕСКОМ ОПИСАНИИ ЖУРНАЛЬНОЙ СТАТЬИ ОТСУТСТВУЕТ</p> <p>а) ISBN б) область выходных данных в) область авторов г) область заглавия д) область количества страниц</p>	а)	Основы информационной культуры
УК-1	<p>КНИГУ 3-Х АВТОРОВ НУЖНО ИСКАТЬ ПО</p> <p>а) по первому автору б) по всем авторам в) по заглавию г) по типу документа д) по году издания</p>	а)	Основы информационной культуры
ОПК-1	<p>ПОЛНОТЕКСТОВЫЕ ЭЛЕКТРОННЫЕ ИЗДАНИЯ СОТРУДНИКОВ КЕМГМУ НАХОДЯТСЯ В ЭЛЕКТРОННОЙ БИБЛИОТЕКЕ В БАЗЕ ДАННЫХ</p> <p>а) Книжный фонд б) Аналитическая роспись статей из сборников КемГМУ в) Электронные издания КемГМУ</p>	в)	Основы информационной культуры

	г) Периодические издания д) Авторефераты		
ОПК-1	ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ ИЗДАНИЯ «СИНЕЛЬНИКОВ Р.Д. АТЛАС АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА...» В 4-Х ТОМАХ МОЖНО НАЙТИ ВЭБС а) Консультант студента б) Консультант врача в) Юрайт г) Лань д) Букап	д)	Основы информационной культуры
ОПК-1	ДОКУМЕНТЫ ПО ГУМАНИТАРНЫМ ДИСЦИПЛИНАМ МОЖНО НАЙТИ В ЭБС а) Консультант врача б) Букап в) PubMed г) Юрайт д) Консультант врача	г)	Основы информационной культуры
ОПК-1	ИНФОРМАЦИЮ О ПРАВИЛАХ ОФОРМЛЕНИЯ СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ НА СТРАНИЦЕ НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКИ (САЙТ КЕМГМУ) МОЖНО НАЙТИ В РАЗДЕЛЕ а) Обучающимся б) Ресурсы в) Наши мероприятия г) Преподавателям и авторам д) О библиотеке	а)	Основы информационной культуры
ОПК-1	УЧЕБНИКИ ПО АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА МОЖНО НАЙТИ В ЭБС а) Юрайт б) Букап в) Кодекс г) Консультант студента д) Консультант +	г)	Основы информационной культуры
ОПК-1	МОНОГРАФИИ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ РУКОВОДСТВА ПО МЕДИЦИНСКИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ МОЖНО НАЙТИ В ЭБС а) Юрайт б) Букап в) Консультант врача г) Консультант студента д) Консультант +	в)	Основы информационной культуры
ОПК-1	ПРАВОВЫЕ И СПРАВОЧНО- НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ МОЖНО НАЙТИ В ЭБС а) Букап б) Юрайт в) Лань г) Консультант+ д) Консультант студента	г)	Основы информационной культуры

ЗАДАЧА №1

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка А. 20 лет предъявляет жалобы на появление пятен на зубах после ношения брекетов.

Анамнез: ортодонтическое лечение проводилось в течение года, уход за зубами был затруднён. В настоящее время зубы чистит один раз в день утром две минуты.

Объективно: на вестибулярной поверхности в пришеечной области почти всех зубов обнаружены белые пятна на эмали диаметром от 2 до 4 мм.

ОНИ-S=1,8; КПУ=10; проба Шиллера-Писарева отрицательная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 2

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент К.19 лет обратился с жалобами на боли от сладкого и холодного в зубах нижней челюсти справа. Беспокоит около трех недель.

Объективно: на дистально-жевательной поверхности зуба 4.5 глубокая кариозная полость, заполненная большим количеством размягченного пигментированного дентина, обследование затруднено ввиду нависающих краев эмали, зондирование и реакция на холод болезненные. ОНИ-S=3,0; КПУ=15. Проба Шиллера-Писарева положительная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.

4. Дайте характеристику используемых пломбировочных материалов.

ЗАДАЧА №3

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка А. 40 лет. жалуется на частичное разрушение пломбы в зубе 1.2

Анамнез: пломба была наложена 10 лет назад, когда проводилось лечение пульпита.

Объективно: на небно-медиально-вестибулярной поверхности зуба 1.2 кариозная полость с остатками пломбы. Перкуссия безболезненная. После препарирования на устье корневого канала сохранен пломбировочный материал. Для диагностики была проведена дентальная рентгенография.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия средств, применяемых для медикаментозной обработки корневых каналов.

ЗАДАЧА № 4

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент А. 30 лет обратился для санации полости рта. Жалоб на боли в зубе 4.6 нет.

Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.6 пломба из амальгамы удовлетворительного качества, на дистальной поверхности кариозная полость средней глубины, зондирование, реакция на холодное, перкуссия безболезненны. Эмаль на щечной поверхности сероватого цвета.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму
3. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 5

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент А. 30 лет обратился к стоматологу с просьбой заменить старые пломбы в зубах 1.1, 2.1, 2.2 на композитное световое отверждение.

Анамнез: пломбы были наложены 6 лет назад.

Объективно: на мезиально-вестибулярных поверхностях зубов 1.1, 2.1, 2.2 пломбы, не соответствующие цвету эмали, их краевое прилегание нарушено. На оральной поверхности всех зубов имеются минерализованные зубные отложения в большом количестве. ОНI-S=2,6, проба Шиллера-Писарева положительная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Обоснуйте выбор пломбировочного материала. Назовите особенности препарирования и пломбирования кариозных полостей данного класса.

ЗАДАЧА № 6

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка А. 35 лет жалуется на чувствительность верхних зубов к кислому, холодному, вследствие чего вынуждена почти отказаться от цитрусовых и соков. Чувствительность беспокоит около года. Стала раздражительной, плаксивой.

Объективно: на вестибулярной поверхности в области резцов, клыков и первых премоляров верхней челюсти, а также премоляров нижней челюсти округлые углубления эмали неодинаковой глубины, желтоватого цвета, болезненные при зондировании. Реакция на холодное болезненная, быстропроходящая. ОНI-S=1, проба Шиллера-Писарева отрицательная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику применяемым материалам и препаратам.

ЗАДАЧА №7
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка К. 50 лет обратилась для санации полости рта. Жалоб не предъявляет.

Объективно: в пришеечной области вестибулярных поверхностей верхних левых клыков, премоляров и моляров определяются дефекты эмали с гладкими, сходящимися под углом стенками, переходящие эмалево-дентинную границу. Зондирование, реакция на холодное, перкуссия безболезненны. Шейки зубов оголены, пародонтальных карманов нет. ОНI-S = 1,5; КПУ=8; проба Шиллера-Писарева отрицательная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику используемых пломбировочных материалов.

ЗАДАЧА № 8
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент Н. 40 лет жалуется на дефект пломбы в зубе 3.7.

Анамнез: зуб 3.7 пломбировался неоднократно, но пломбы быстро разрушались.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 3.7 в обширной кариозной полости пломба из цемента неудовлетворительного качества. Перкуссия зуба 3.7

безболезненна. При осмотре обнаружено значительное истончение щечной и язычной стенок в области дистальных бугров зуба 3.7. Проведена рентгенография зуба 3.7.



Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму.
2. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите пломбирочные материалы, необходимые в данном клиническом случае.

ЗАДАЧА № 9
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент И. 30 лет жалуется на самопроизвольные ноющие боли в зубе 3.6, усиливающиеся от горячего.

Анамнез: зуб ранее лечен, боли появились около недели назад.

Объективно: коронка зуба 3.6 разрушена на 1/3, закрыта пломбой из цемента неудовлетворительного качества. Перкуссия слабо болезненная. После удаления пломбы определяется обширно вскрытая полость зуба. Зондирование устьев корневых каналов безболезненное, глубокое зондирование в корневых каналах болезненное.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите этапы эндодонтического лечения.

ЗАДАЧА №10
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент Б. 43 лет предъявляет жалобы на боли в области зуба 3.6 от горячего.

Анамнез: боли появились 3 дня назад после посещения стоматолога по поводу лечения пульпита 3.6 зуба. Зуб лечен в два посещения.

Объективно: зуб 3.6 под пломбой, перкуссия безболезненная, слизистая оболочка в проекции верхушек корней зуба 3.6 бледно розового цвета. Реакция на холодное безболезненная, на горячее возникает длительная ноющая боль. Проведена рентгенография

зуба 3.6.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые используются при инструментальной обработке каналов.

ЗАДАЧА № 11

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент Б. 24 лет жалуется на самопроизвольные, приступообразные боли в области нижней челюсти слева, иррадиирующие в ухо, ночные боли, боли от горячего.

Анамнез: зуб болит 4 дня.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 3.6 глубокая кариозная полость, полость зуба не вскрыта, зондирование дна болезненное. Реакция на холодное зуба 3.6 безболезненная. Перкуссия слабо болезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, применяем при obturации корневого канала

ЗАДАЧА №12

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент А. 18 лет жалуется на боли и кровоточивость в области зуба 4.6 при приеме пищи.

Анамнез: жалобы предъявляет в течение месяца. При жевании этой стороной пользуется редко, щадит зуб.

Объективно: коронка зуба 4.6 разрушена на 1/2, полость заполнена грануляциями, межзубной сосочек гипертрофирован. Зондирование грануляций болезненное, отмечается кровоточивость. Перкуссия 4.6 безболезненная, реакция на холодное слабо болезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Обоснуйте выбор материалов для пломбирования.

ЗАДАЧА №13 (ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент В. 45 лет предъявляет жалобы на самопроизвольные, приступообразные боли в зубе 4.4 с иррадиацией, боли при приёме пищи, ночные боли.

Анамнез: боли беспокоят около недели, зуб ранее не лечен.

Объективно: на дистально-жевательной поверхности зуба 4.4 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, пульпа при зондировании болезненная, кровоточит, перкуссия безболезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. дайте характеристику медикаментозным средствам, применяемым при инструментальной обработке корневого канала.

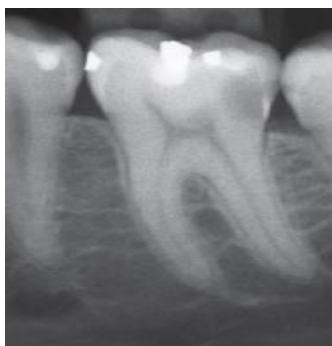
ЗАДАЧА №14

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка А. 19 лет обратилась с жалобами на периодически возникающую причинную боль от холодного в зубах нижней челюсти слева.

Анамнез: ранее зубы не болели, данные жалобы предъявляет около 2-х недель, день назад боли стали появляться чаще.

Объективно: на вестибулярной поверхности зубов 3.6, 3.7 значительное скопление мягкого зубного налёта, межзубной сосочек гиперемирован. Коронка зуба 3.6 у дистальной поверхности имеет сероватый оттенок. При зондировании зуба 3.6 зонд застревает в пришеечной области на дистальной поверхности. Перкуссия зубов 3.6, 3.7 безболезненная. При проведении реакции на холод в зубе 3.6 появляется боль, длящаяся до 10 секунд.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Охарактеризуйте инструменты для обработки корневого канала.

ЗАДАЧА №15

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка А. 40 лет обратилась с жалобами на периодически возникающую причинную боль от холодного в зубах нижней челюсти справа.

Анамнез: данные жалобы предъявляет около 2-х недель.

Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.6 глубокая кариозная полость с остатками пломбировочного материала. Перкуссия безболезненная. При проведении реакции на холод появляется боль, приобретающая разлитой характер, длительно не проходящая. Перкуссия слабо болезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Охарактеризуйте медикаментозные средства и эндодонтические инструменты, применяемые для прохождения корневого канала.

ЗАДАЧА № 16

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент К. 65 лет жалуется на периодически появляющиеся причинные боли от горячего в зубе 4.6.

Анамнез: зуб ранее болел, возникали приступообразные боли. Месяц назад в кабинете неотложной помощи была наложена временная пломба. Страдает гипертонической болезнью.

Объективно: в области зубов 4.6, 4.7 маргинальная десна гиперемирована, кровоточит при зондировании. После удаления повязки из зуба 4.6 - на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Глубокое зондирование в области устьев корневых каналов болезненное. Реакция на холодное безболезненная. Перкуссия слабо болезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Обоснуйте технику обработки корневого канала, необходимую в данном клиническом случае.

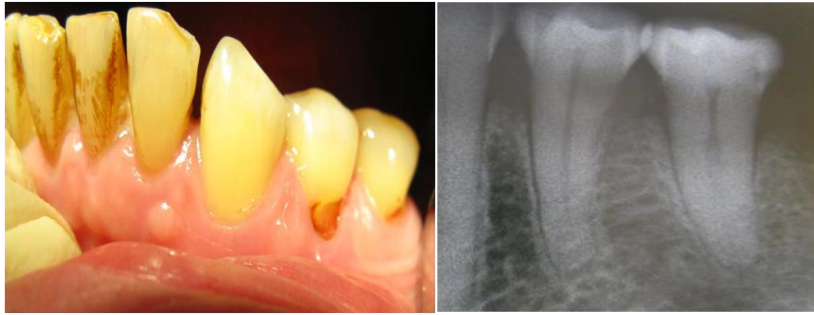
ЗАДАЧА №17

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент К. 29 лет жалуется на самопроизвольные, ночные приступообразные боли в области зуба 3.4, усиливающиеся от холодного.

Анамнез: данные жалобы предъявляет первый день.

Объективно: при осмотре зуба 3.4 отмечается наличие кариозной полости в пришеечной области. Зондирование дна кариозной полости резко болезненное в одной точке, полость зуба не вскрыта. Реакция на холодное резко болезненна, не проходит после устранения раздражителя. Перкуссия безболезненная. ЭОД со дна кариозной полости 25 мкА.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику этапов лечения зуба для данного клинического случая.

ЗАДАЧА №18 (ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент В. 20 лет жалуется на самопроизвольные пульсирующие боли в зубе 4.6, успокаивающиеся от холодного.

Анамнез: данные жалобы предъявляет второй день, но впервые такие боли появились 4 дня назад и сначала усиливались от холодного.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 4.6 глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта, зондирование дна безболезненное. Перкуссия зуба 4.6 слабоболезненная. Реакция на холодное безболезненная. От горячего возник приступ боли.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Опишите этапы эндодонтического лечения.

ЗАДАЧА № 19 (ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка Л. 35 лет обратилась с жалобами на неприятные ощущения в области зубов 1.5 и 1.4.

Анамнез: данные зубы лечены очень давно, из 1.5 пломба выпала год назад.

Объективно: на жевательно-медиальной поверхности зуба 1.5 кариозная полость с остатками пломбы. Реакция на холодное и перкуссия безболезненны. Зуб 1.4. под пломбой. В области проекции верхушки корня 1.5 определяется свищевой ход с серозно-гнойным экссудатом. Реакция на холодное безболезненная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, применяемым для временной obturации корневого канала.

ЗАДАЧА № 20
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент Р. 24 лет обратился с жалобами на постоянные боли в зубе 1.4, усиливающиеся при накусывании, отёк щеки справа, слабость, недомогание.

Анамнез: боли беспокоят 3 дня, после появления день назад отёка интенсивность болей снизилась.

Объективно: температура тела 37,6°. Асимметрия лица за счёт отёка щеки справа. На жевательно-дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, в кариозной полости остатки пломбирочного материала, перкуссия болезненна, подвижность зуба - I ст. Переходная складка в области зуба 1.4 гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, применяемым для медикаментозной обработки корневого канала.

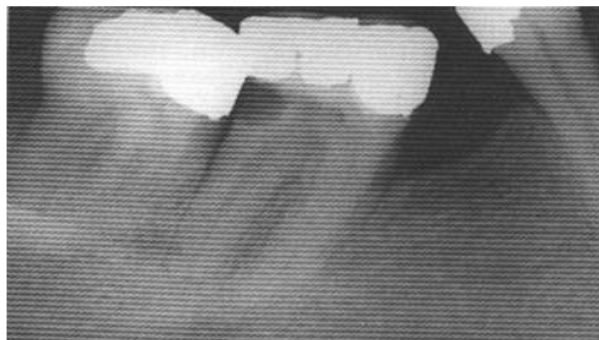
ЗАДАЧА №21

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент С. 36 лет жалуется на ноющие боли в зубах нижней челюсти справа при приёме горячего.

Анамнез: данные жалобы предъявляет в течение месяца.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 4.5, медиально-жевательной поверхности зубов 4.7 и 4.8 пломбы удовлетворительного качества. Зуб 4.6 отсутствует. Перкуссия перечисленных зубов и реакция на холодное безболезненны. На горячее в зубе 4.7 возникла ноющая боль. Проведена рентгенограмма.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите лекарственные препараты и пломбирочные материалы будете использовать в процессе лечения.

ЗАДАЧА № 22

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент К. 30 лет жалуется на боли в зубе 2.6 при накусывании, отёк щеки слева, недомогание и слабость.

Анамнез: 3 дня назад появились сильные боли в зубе 2.6, прикладывал к зубу анальгин, через день боли стихли, но появился отёк.

Объективно: отёк мягких тканей щеки и подглазничной области слева. Пальпируются поднижнечелюстные лимфатические узлы слева, увеличенные, болезненные. На дистально-жевательной поверхности зуба 2.6 глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование, реакция на холодное безболезненны, перкуссия болезненная, подвижность зуба I ст., переходная складка в области зуба 2.6 гиперемирована, отёчна.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите лекарственные препараты для общего лечения, назовите их механизм действия.

ЗАДАЧА №23

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент К. 48 лет жалуется на наличие кариозной полости в зубе 1.5, болей нет.

Анамнез: зуб ранее лечен, не беспокоил, пломба частично откололась 2 дня назад.

Объективно: на жевательно-дистальной поверхности зуба 1.5 частично разрушенная пломба, на дне кариозной полости сохранена прокладка, зондирование, реакция на холодное, перкуссия безболезненны. Переходная складка в области зуба 1.5 без патологических изменений.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите инструменты и лекарственные препараты применяемые в процессе лечения в данном клиническом случае.

ЗАДАЧА №24

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент К. 45 лет обратился для санации полости рта перед хирургическим лечением в офтальмологическом стационаре. Жалоб на боли в зубах не предъявляет.

Объективно: на дистально-жевательной поверхности зуба 2.4 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, зондирование, реакция на холодное, перкуссия

безболезненны, переходная складка в области зуба 2.4 без патологических изменений. ЭОД зуба 2.4 – 120 мкА. Проведена рентгенография.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите лекарственные препараты и пломбировочные материалы будете использовать в процессе лечения.

ЗАДАЧА № 25
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент М. 28 лет обратился с жалобами на появляющиеся иногда ноющие боли в зубе 4.6.

Анамнез: последний раз был на приеме у стоматолога 2 года назад. Настоящие жалобы беспокоят около 2-х месяцев.

Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.6 кариозная полость, частично заполненная пломбировочным материалом. Реакция на холодное безболезненна, перкуссия безболезненна. Десна в области зуба 4.6 бледно розового цвета. Проведена рентгенография зуба 4.6.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите лекарственные препараты и пломбировочные материалы для временной obturации канала в процессе лечения в данном клиническом случае.

ЗАДАЧА № 26

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка К. 19 лет жалуется на «разрастание» десен и нарушение эстетики.

Анамнез: страдает бронхиальной астмой с 14 лет, 1,5 года принимает нифедипин (препарат из группы блокаторов кальциевых каналов).

Объективно: внешний вид без особенностей, регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. При осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов определяется увеличение межзубных сосочков, покрывающих коронки зубов до 1/3 их высоты, отмечаются ложные десневые карманы. Гипертрофированная десна розового цвета, не кровоточит. Проба Шиллера-Писарева отрицательная.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Подберите средства индивидуальной гигиены.

ЗАДАЧА № 27

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент М. 28 лет обратился с жалобами на боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышение t до $38,6^{\circ}\text{C}$.

Анамнез: болен 3 дня. 2 недели назад перенёс ОРВИ. Зубы чистит нерегулярно.

Объективно: кожные покровы бледные, регионарные лимфоузлы увеличены, болезненные при пальпации. Гнилостный запах изо рта. Полость рта не санирована, обильный зубной налет и зубной камень, некроз межзубных сосочков и десневого края вокруг зубов 1.4 - 2.5, 3.3, 3.5, гиперемия и кровоточивость десны.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза и обоснования тактики лечения. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите фармакологические группы препаратов, применяемых для лечения, укажите механизм их действия.

ЗАДАЧА № 28 (ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка А. 18 лет жалуется на кровоточивость и болезненность десны при чистке зубов.

Анамнез: указанные симптомы появились в 14 лет. В настоящее время из-за неприятных ощущений в десне использует для чистки зубов мягкую зубную щетку. Чистит зубы один раз в день, перед сном в течение одной минуты.

Объективно: внешний вид без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Отмечается скученность фронтальных зубов на верхней и нижней челюсти, гиперемия и отечность межзубной и маргинальной десны в области всех зубов, кровоточивость при зондировании. Проба Шиллера-Писарева положительная, индекс РМА 65 %. При зондировании в области всех зубов определяется клиническая десневая борозда глубиной 1,5-2,0 мм. ОНI-S=2,6.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

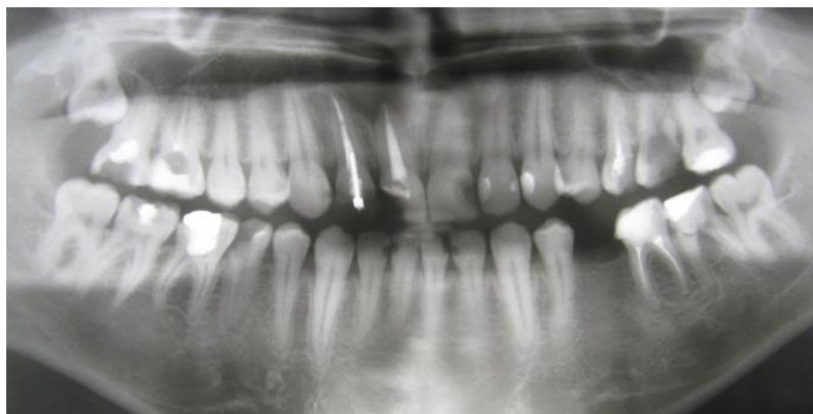
ЗАДАЧА № 29

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент А. 30 лет предъявляет жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и при пережевывании жесткой пищи.

Анамнез: кровоточивость появилась в возрасте 17 лет, обычно усиливается в весенне-осенний период. Зубы чистит 2 раза в день, в среднем по 1,5 мин. Использует мягкую зубную щетку. Курит. Страдает хроническим гастритом с повышенной кислотностью.

Объективно: внешний вид без особенностей. Межзубная и маргинальная десна гиперемирована и отечна в области всех зубов. Имеется отложение мягкого зубного налета и зубного камня. ОНI-S=2,1. В межзубных промежутках, особенно в области нижних передних зубов, а также в боковых отделах нижней челюсти определяются десневые карманы до 3 мм. На верхней челюсти – 2,0-2,5 мм. Зубы устойчивы. Травматическая окклюзия в области премоляров слева. Слюна вязкая, тягучая.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

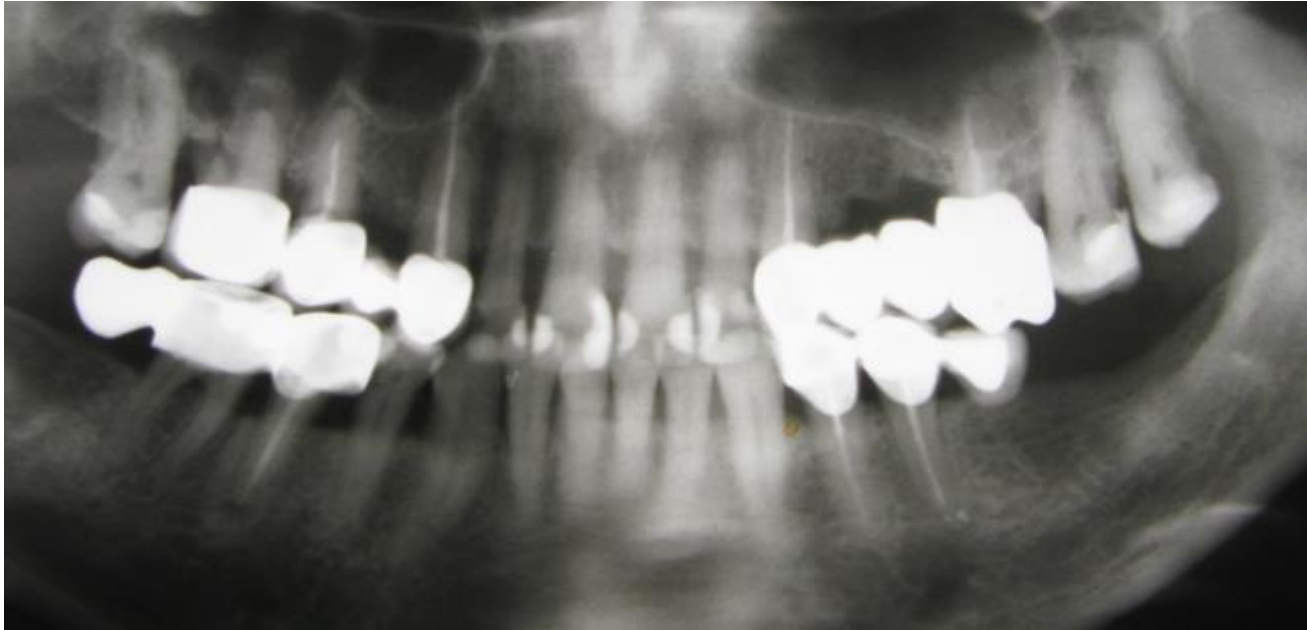
ЗАДАЧА № 30

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка П. 45 лет обратилась с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, появление промежутков между зубами.

Анамнез: кровоточивость периодически беспокоит в течение 10 лет. Запах изо рта и болезненность десен появились около двух лет назад. Ранее лечение заболевания пародонта не проводилось. Страдает язвенной болезнью желудка.

Объективно: внешний вид без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Имеется глубокое резцовое перекрытие, мелкое преддверие полости рта с выраженными тяжами слизистой оболочки и ишемизацией десны в области третьих и пятых зубов на обеих челюстях. Межзубная и маргинальная десна отечна и гиперемирована в области всех зубов. Увеличение межзубных промежутков в передних отделах обеих челюстей. Подвижность всех резцов и премоляров 1 степени. Обильные отложения зубного налета и зубного камня, пародонтальные карманы глубиной 4-5,5 мм. ОНI-S=2,8, ПИ=4,8. На окклюдограмме травматическая окклюзия в области третьих, четвертых, пятых и шестых зубов.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 31 (ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент Л. 39 лет обратился с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта.

Анамнез: считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на появление крови во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса.

Объективно: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, без видимых патологических изменений. Глубокое резцовое перекрытие, выраженные тяжи слизистой оболочки переходных складок у зубов 1.3, 1.5, 2.3, 2.5. В области зубов 1.3-2.3 и моляров обеих челюстей пародонтальные карманы 3,5-4мм. ОНI-S=1,8. ПИ=4,5. На ОПТГ горизонтальный тип резорбции межальвеолярных перегородок. В области резцов верхней челюсти и моляров обеих челюстей высота перегородок снижена до 1/3 длины корней.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 32

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент А. 39 лет жалуется на общую слабость, боль и кровоточивость в дёснах.

Анамнез: отмечалось неоднократное повышение температуры в периоды обострения. До 32-х лет жалоб со стороны полости рта не предъявлял. Заболеваний внутренних органов и систем не имеет. Зубы чистит 2 раза в день.

Объективно: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, при пальпации болезненные. Отмечается отек и гиперемия всей десны обеих челюстей. Пародонтальные карманы от 5 до 7 мм. Из карманов при надавливании на десну определяется гнойное отделяемое. Пародонтальные абсцессы в области зубов 1.7, 2.7. Подвижность этих зубов II степени. Большое количество мягкого зубного налета и зубного камня.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенограмму. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 33

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент Р. 47 лет обратился с жалобами на подвижность зубов, отсутствие фронтальных зубов, кровоточивость и боль в дёснах, неприятный запах из полости рта.

Анамнез: страдает с 14 лет инсулинозависимым сахарным диабетом, уровень глюкозы в периферической крови натошак 7,5 ммоль/л.

Объективно: кожные покровы бледные, регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Вторичное частичное незамещённое отсутствие зубов. Десна в области всех зубов застойно гиперемирована, рыхлая, рецессия десны до 1/2 длины корней. Пародонтальные карманы в области имеющихся зубов до 7-8 мм с гнойным отделяемым, подвижность зубов 2-3 степени.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 34
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент К. 60 лет предъявляет жалобы на неприятные ощущения в деснах, зуд, чувство дискомфорта, удлинение коронок зубов, появление межзубных промежутков. Беспокоит повышенная чувствительность зубов от температурных и химических раздражителей.

Анамнез: страдает гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом.

Объективно: десна бледно-розового цвета, уплотнена. Наблюдается генерализованная рецессия десны, небольшое количество плотных назубных отложений, отсутствие пародонтальных карманов. Отмечается травматическая окклюзия. Почти на всех зубах имеются клиновидные дефекты в пределах эмали и дентина, отмечается стираемость жевательных поверхностей и режущих краёв. ОНI-S=1,1.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Дообследуйте больного, опишите ожидаемые результаты.
3. Сформулируйте окончательный развернутый диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 35
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка Л. 62 лет жалуется на боль в языке при приёме пищи, особенно острой, и при разговоре.

Анамнез: боль в языке беспокоит около 2-х месяцев. Стоматолог сельской больницы назначал полоскания рта настойкой календулы и аппликации на язык витамина А. Улучшений нет. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

Объективно: видимые кожные покровы чистые. Рот открывает свободно. Полость рта санирована, имеются съёмные пластиночные протезы в области боковых зубов нижней и верхней челюстей. На боковой поверхности языка слева глубокий дефект размером 0,7х0,7см. неправильной формы, покрытый фибринозным налётом, после снятия которого возникает кровотечение. Вокруг дефекта и на слизистой оболочке щёк в задних отделах одиночные и слившиеся в причудливый рисунок образования белесоватого цвета размером с просыное зерно, слегка возвышающиеся над уровнем СОР. Определяется симптом прилипания зеркала.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 36

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Больная К. 32 лет жалуется на боль в полости рта при приёме пищи и разговоре.

Анамнез: в течение нескольких лет в полости рта периодически появляются болезненные «язвочки». Лечилась самостоятельно, использовала отвары трав и гормональные мази. «Язвочки» заживают в течение 7-10 дней. В последнее время рецидивы заболевания участились. Страдает хроническим колитом.

Объективно: видимые кожные покровы и слизистые оболочки без патологических изменений. Пальпируются единичные подчелюстные лимфатические узлы размером с горошину, безболезненные, подвижные. Прикус ортогнатический, имеются воспалительное заболевание пародонта и кариозные зубы. На кончике языка и на переходной складке в области 4.6 зуба имеются по 1 эрозии размером 0,5 см х 0,5 см, покрытые сероватым налётом, окружённые венчиком гиперемии. При цитологическом исследовании соскоба с эрозии определяются клетки различных слоёв эпителия с резидентной микрофлорой на клетках поверхностного слоя эпителия, лейкоциты.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 37

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Больной Н. 27 лет жалуется на слабость, разбитость, повышение температуры тела, боль в полости рта, невозможность приёма пищи.

Анамнез: заболел остро 2 дня назад. Начало заболевания ни с чем не связывает. Считает себя соматически здоровым.

Объективно: температура тела 38С°. Кожные покровы лица бледные. На губах имеются эрозии и геморрагические корки, губы отёчные. Открывание рта затруднено. На СОР на фоне разлитой гиперемии и отёка крупные множественные эрозии, покрытые белесоватым налётом. Имеется множество кариозных полостей, большое количество мягкого налёта. На коже патоморфологических элементов нет.

Результаты клинического анализа крови: Гемоглобин - 130 г/л; эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л; Лейкоциты - 10×10^9 /л; СОЭ - 16 мм/час. Сегментоядерные нейтрофилы - 37%; Палочкоядерные - 8%; Эозинофилы – 3 %; Базофилы - 0%; Моноциты - 12%; Лимфоциты - 40 %.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 38

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациент Б. 32 лет направлен на консультацию врачом сельской участковой больницы. Жалуется на жжение в области нижней губы.

Анамнез: заболевание началось в период весенних полевых работ. Лечение не проводилось. Считает себя практически здоровым.

Объективно: кожа лица загорелая, без патологических изменений. Красная кайма нижней губы ярко-красная, сухая, покрыта мелкими желтоватыми чешуйками. Зубы интактные, патоморфологических изменений на СОР нет.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 39

(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка А. 46 лет жалуется на боль в языке, возникающую при приёме пищи и разговоре.

Анамнез: боль в языке беспокоит около 2-х недель. Начало заболевания связывает с перенесенным гриппом, для лечения которого применяла антибиотики. Страдает гиперацидным гастритом. Курит.

Объективно: открывание рта затруднено, на 1.6, 2.7, 3.7, 3.8, 4.7 зубах обширные кариозные полости, на всех зубах обильные отложения зубного камня и мягкого зубного налёта. На боковой поверхности языка слева ближе к корню имеется язва размером 0,8 см x 1,0 см с уплотненными неровными краями. Дно язвы бугристое, покрыто серым налётом. Окружающая слизистая оболочка отёчна, гиперемирована. Пальпация области язвы болезненна.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 40
(ПК-1, ПК-5, ПК-9.)

Пациентка А. 56 лет жалуется на жжение и тяжесть в языке, усиливающиеся к концу дня.

Анамнез: указанные симптомы появляются периодически в течение 3-х лет. Возникновение заболевания связывает с психической травмой. Из общих болезней отмечает хронический гастрит и хронический колит. Страдает канцерофобией.

Объективно: выражение лица напряженное. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Десна бледная, шейки зубов обнажены. На фронтальных зубах верхней и нижней челюстей имеются клиновидные дефекты в пределах поверхностных слоёв дентина. Язык обычной формы, слегка обложен у корня. Сосочки языка умеренно атрофированы. На боковых поверхностях языка определяются отпечатки зубов. Симптом прилипания зеркала положительный.



Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дообследуйте пациента. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм действия препаратов, используемых при лечении.

ЗАДАЧА № 41
(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент К., 24 лет поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на болезненную припухлость в области нижней губы и подбородка, недомогание, повышенную температуру тела.

Из анамнеза выяснено, что 5 дней назад после переохлаждения появился фурункул подбородка, лечился народными средствами, однако воспаление продолжало увеличиваться в размерах.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, t тела $39,2^{\circ}\text{C}$. Нарушение конфигурации лица за счет припухлости мягких тканей нижней губы, подбородка и щечной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, лоснится, в складку не собирается. При пальпации определяется плотный, болезненный, буграми возвышающийся инфильтрат с четкими границами, с несколькими гнойно-некротическими стержнями. Подподбородочные лимфатические узлы справа увеличенные, болезненные при пальпации, подвижные. Рот открывает свободно, 4,5 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №42 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент С., 48 лет обратился с жалобами на попадание воздуха и жидкой пищи из полости рта в нос. Давность заболевания 8 дней, заболевание связывает с удалением зуба 1.6.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, раскрытие рта в полном объеме, слизистая оболочка полости рта без особенностей. Лунка зуба 1.6 без кровяного сгустка, не эпителизирована. При зондировании определяется попадание зонда в верхнечелюстную пазуху. Носовоздушная проба положительная. Пальпация альвеолярного отростка и передней стенки верхнечелюстной пазухи безболезненны. На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется затенение левой гайморовой пазухи. Визуализируется тень инородного тела по своей плотности, напоминающая ткань зуба.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №43 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент Б., 30 лет, обратился с жалобами на невозможность смыкания зубных рядов, боль в верхней челюсти, головокружение и тошноту.

Из анамнеза установлено: сутки назад был избит. Получил несколько ударов в область лица. Отмечал кратковременную потерю сознания, однократную рвоту, сильное кровотечение из носа.

Объективно: при внешнем осмотре определяется нарушение конфигурации лица за счет выраженного отека в его средней трети, гематомы верхних и нижних век с двух сторон. Лицо удлинено, рот полуоткрыт из-за невозможности сомкнуть передние зубы. Имеются кровоизлияния в склеру обеих глаз, спинка носа деформированная и отечная. При пальпации определяются костные выступы в области нижних краев глазниц справа и слева, а также на уровне переносья. Прикус открытый, за счет преждевременного смыкания моляров с обеих сторон.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА №44

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка А., 22 лет впервые обратилась к врачу-стоматологу-хирургу с жалобами на боли в области 3.8, ограничение открывания рта, боли при глотании слева.

Анамнез: боли в области 3.8 появились 3 дня назад. Появление болей связывает с прорезыванием зуба. Ограничение открывания рта появилось сутки назад.

Объективно: при внешнем осмотре асимметрия за счет отека мягких тканей в области угла нижней челюсти слева. Кожа телесного цвета, в складку собирается. В подчелюстной области слева пальпируется подвижный, эластической консистенции, безболезненный лимфоузел 2,0×1,6 см. Открывание рта 2,0-2,5 см. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический. Коронка зуба 3.8 на две трети покрыта «капюшоном» слизистой оболочки, которая отёчна и гиперемирована, болезненная при пальпации, из-под «капюшона» выделяется гной. ОПТГ прилагается.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №45

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка М., 20 лет обратилась к стоматологу-хирургу с жалобами на травму слизистой оболочки крыловидно-нижнечелюстной складки слева коронкой зуба 2.8.

Анамнез: данные ощущения у пациентки появились неделю назад, связывает с прорезыванием зуба 2.8.

Объективно: Лицо симметричное. Кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объёме. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический. Коронка зуба 2.8 интактная, наклонена в сторону щеки, прорезалась полностью, перкуссия безболезненна. На слизистой оболочке в области щеки и крыловидно-нижнечелюстной складки слева определяется травматическое повреждение в виде язвы, окружающая слизистая оболочка отёчна и слабо гиперемированная при пальпации умеренно болезненна.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №46 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент Б. 37 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в нижней челюсти справа, припухлость в подчелюстной области справа, боль при глотании, ограничение открывания рта, головную боль, общую слабость, повышенную температуру тела, озноб.

Анамнез: пять дней назад заболел ранее леченый 4.6 зуб, повысилась температура тела, появился озноб, боль и припухлость в подчелюстной области справа. В последующие дни боль и припухлость нарастали, глотание стало болезненным.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,7°C, кожные покровы бледные, влажные. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей щечной и поднижнечелюстной областей справа. Кожа в цвете не изменена, с трудом собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации. Определяется снижение болевой и тактильной чувствительности кожи нижней губы и подбородка справа. Открывание рта ограничено до 2 см между центральными резцами. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти с вестибулярной и язычной сторон в области зубов 4.5, 4.6, 4.7 гиперемирована, отечна. При пальпации в области этих зубов с обеих сторон определяется плотный, болезненный инфильтрат. Коронка зуба 4.6 разрушена на 1/2, зуб 4.5 отсутствует, зуб 4.7 интактный. Перкуссия 4.6, 4.7 зубов резко болезненна, подвижность I-II степени, из-под десневого края выделяется гнойный экссудат.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №47 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент С. 48 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на припухлость и гнойные выделения из свища на коже в области нижней челюсти справа, повышение температуры тела до 37,2-37,3°C по вечерам.

Анамнез: два месяца назад проводилось лечение зуба 4.6 по поводу хронического периодонтита. Через неделю после лечения появилась ноющая боль в этом зубе. Появилась разлитая припухлость лица, температура тела повысилась до 39°C. В стационаре проведено удаление 4.6 зуба, вскрытие флегмоны поднижнечелюстного треугольника справа, проведена периостотомия с двух сторон, проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, местное лечение гнойных ран. На 10 сутки пациент был выписан с улучшением. Через месяц после выписки в поднижнечелюстной области сформировался свищ с гнойным отделяемым.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Определяется припухлость в области нижней челюсти справа, при пальпации утолщение наружной поверхности и нижнего края тела нижней челюсти справа. Кожа в цвете не изменена. В поднижнечелюстной области рубец длиной 10 см. В центре его свищ с выбухающей грануляционной тканью и гнойным отделяемым. Открывание рта слегка ограничено, послеоперационные раны в полости рта зарубцевались. Из лунки зуба 4.6 выбухает грануляционная ткань. На рентгенограмме: в области среднего отдела тела нижней челюсти справа определяется очаг деструкции костной ткани с неровными краями размером 3 на 2 см, в центре которой участок отделившейся кости 1,3 на 1,0 см имеется неровность очертания нижнего края челюсти соответственно очагу деструкции в кости.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №48 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

У пациентки К. 50 лет с фурункулом в подглазничной области справа на пятый день лечения в условиях поликлиники (рана велась под повязкой с мазью Вишневского) ухудшилось состояние, температура тела повысилась до 38,6°C, увеличился отек мягких тканей подглазничной области. Пациентка госпитализирована в клинику челюстно-лицевой хирургии.

Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей в подглазничной области справа. Кожные покровы подглазничной области справа гиперемированы, лоснятся, в складку не собираются. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат, в центре которого на месте удаленного стержня имеется кратерообразная язва. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены, при пальпации болезненные, подвижные, размером 2 см. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

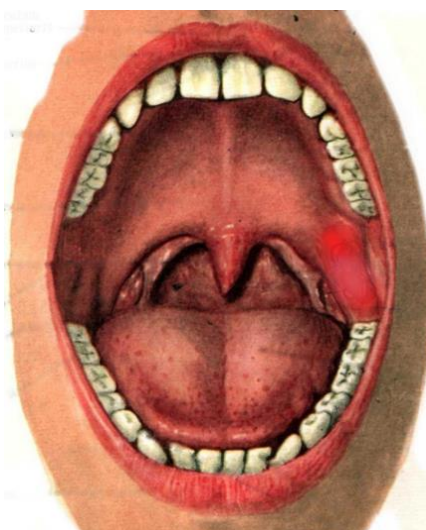
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №49 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент К., 35 лет поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на боль в области нижней челюсти слева, ограничение раскрытия рта, боль при глотании, повышение температуры тела до 38°C.

Из анамнеза установлено: 5 дней назад сильно болел зуб 3.8. Полтора года назад он был лечен по поводу осложненного кариеса. Ограничение раскрытия рта появилось сутки назад.

Объективно: при внешнем осмотре отмечается незначительная припухлость в области угла нижней челюсти слева. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат, локализующийся на уровне внутренней поверхности угла нижней челюсти. Рот открывает до 1.0 см, дальнейшее насильственное раскрытие рта с помощью шпателя вызывает острую боль. Крыловидно-челюстная складка слева отечная, гиперемированная, при ее пальпации боль. Коронка 3.8 наполовину разрушена, зуб подвижен, перкуссия вызывает мучительную боль. Определяется муфтообразный инфильтрат в области альвеолярного части нижней челюсти на уровне зубов 3.6, 3.7, 3.8.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

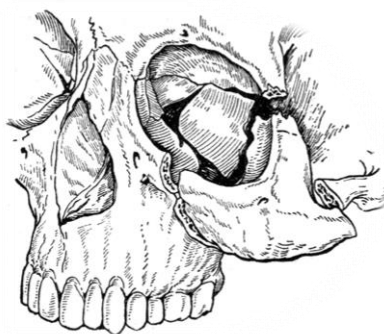
ЗАДАЧА №50

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент М., 25 лет жалуется на двоение в глазах, чувство онемения в области крыла носа, верхнего века, подглазничной области слева, ограничение раскрытия рта, головную боль и головокружение.

Из анамнеза выяснено: трое суток назад был избит на улице неизвестными, получил один удар ногой в область левой половины лица, отмечал кратковременную потерю сознания, тошноту, однократную рвоту.

Объективно: определяется нарушение конфигурации лица за счет гематомы век и подглазничной области слева, кровоизлияние в склеру левого глаза. Пальпируется костный выступ в области нижнего края глазницы слева. Рот раскрывает до 2,0 см. На уровне скулоальвеолярного гребня слева кровоизлияния в слизистую оболочку, крепитация отломков при ощупывании.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования и поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №51

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка Б., 56 лет обратилась с жалобами на наличие опухоли в области левой околоушной слюнной железы, которую обнаружила случайно около 2-х лет назад.

Анамнез: за последние полгода размер новообразования незначительно увеличился, боль не беспокоила. Из сопутствующих заболеваний отмечает гипертоническую болезнь и гастрит.

Объективно: при внешнем осмотре в области левой околоушной слюнной железы, определяется округлое новообразование, в диаметре до 4,0 см, с бугристой поверхностью, плотноэластической консистенции, ограниченно смещаемое в окружающих тканях, безболезненное при пальпации. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов. После проведенной биопсии в препарате обнаружены: эпителиальная ткань, хондроподобные структуры, костные трабекулы и миксоподобная ткань из которых состоит новообразование.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 52 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка Н., 23-х лет доставлена в клинику челюстно-лицевой хирургии бригадой скорой помощи.

Из анамнеза установлено, что пострадавшая была укушена собакой 1,5 часа назад. Во время получения травмы находилась в состоянии алкогольного опьянения.

Объективно: при внешнем осмотре определяется рана нижней губы справа с неровными фестончатыми краями. При ревизии раны обнаружен дефект красной каймы вместе с частью мышечного слоя и слизистой оболочки длиной до 3,0 см. Рана проникает в полость рта. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Перечислите этапы хирургического лечения данной патологии.
4. Назовите осложнения, которые могут развиваться при неправильной тактике лечения.

ЗАДАЧА № 53 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка Ю., 50 лет, жалуется на периодические боли и появление «опухоли» в подчелюстной области слева, особенно во время приема пищи.

Анамнез: припухлость в подчелюстной области появилась неделю назад, за прошедшие 2 дня боли усилились, «опухоль» увеличилась.

Объективно: асимметрия лица за счет припухлости в подчелюстной области слева. Кожные покровы телесного цвета. При пальпации в подчелюстной области слева определяется болезненное, бугристое, плотное образование, овоидной формы, размером с куриное яйцо, кожа над ним в цвете не изменена. Рот раскрывает в полном объеме. Слизистая оболочка подъязычной области справа выпячивается в виде валика, пальпация которого вызывает боль. Устье вартонова протока справа гиперемированное. При массаже железы из протока выделяется гной.



Вопросы и задания

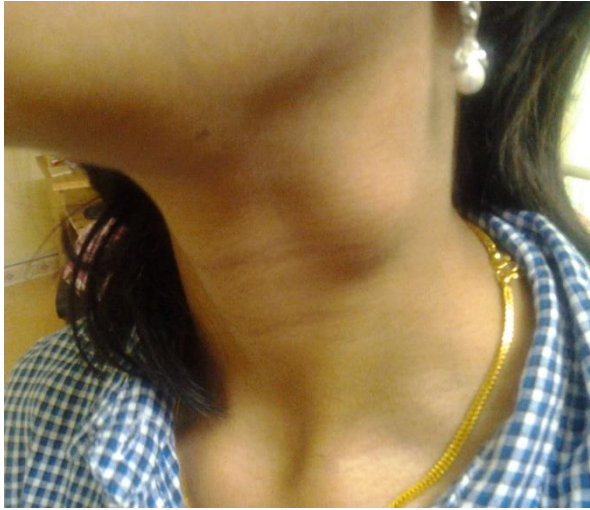
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 54 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка Н., 20 лет обратилась на прием к стоматологу с жалобами на появление болезненной «опухоли» в области верхней трети шеи слева.

Из анамнеза установлено: 7 дней назад, после переохлаждения, появилась боль в горле. За помощью к врачу не обращалась. 2 дня назад появилась болезненная припухлость области шеи слева.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, t тела $37,4^{\circ}\text{C}$. Асимметрия шеи за счет припухлости в верхней трети переднебокового отдела слева. Кожа над припухлостью в цвете не изменена. При пальпации определяется овоидное опухолевидное образование диаметром до 3,5 см, с четкими границами, смещаемое в мягких тканях, плотное, болезненное. Рот раскрывает свободно. Нёбные дужки и миндалины отечные, слегка гиперемированные, особенно слева. Патологии со стороны зубов и альвеолярных отростков челюстей не выявлено.



Вопросы и задания

Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 55

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент П., 35 лет жалуется на болезненную припухлость в околоушно-жевательной области справа, ограничение раскрывания рта, недомогание.

Анамнез: 1.5 месяца назад был избит. Лечился в стоматологической поликлинике по поводу перелома нижней челюсти по зубу 4.8. Иммобилизация отломков проводилась проволочными шинами с зацепными петлями на протяжении 4-х недель. После снятия шин пациенту удалили зуб 4.8. Через две недели появилась припухлость в околоушно-жевательной области справа и ограничение открывания рта.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, t тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Нарушение конфигурации лица за счет припухлости мягких тканей нижних отделов околоушно-жевательной области справа, кожа над припухлостью в цвете не изменена. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат в нижних отделах жевательной мышцы. Рот открывает до 1,5 см. На альвеолярной части в проекции удаленного зуба 4.8 свищ. Слизистая оболочка гиперемированная.



Вопросы и задания

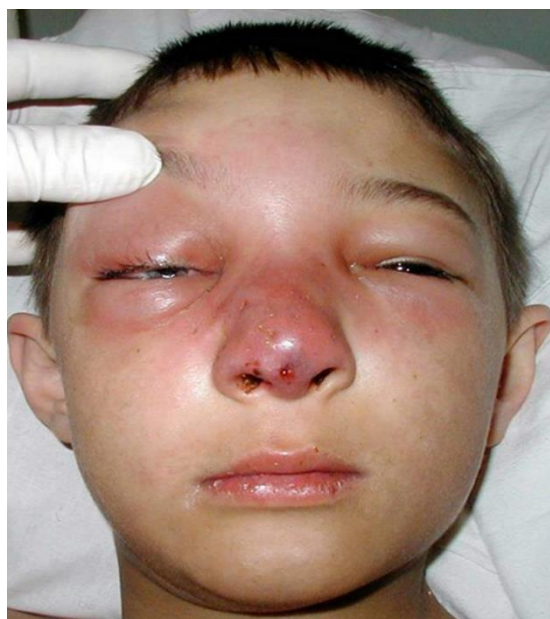
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 56 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент В., 16 лет, жалуется на болезненную припухлость в области носа, повышение температуры тела, головную боль.

Из анамнеза установлено: 3 дня назад выдавливал «прыщик» в области кончика носа, на следующий день, появилась припухлость, боль, присоединились головная боль и отек нижнего века справа.

Объективно: Состояние средней степени тяжести, t тела $38,5^{\circ}\text{C}$. Нарушение конфигурации лица за счет выраженной припухлости носа, отека век с обеих сторон. В области кончика носа имеется ограниченный инфильтрат, багрово- синюшного цвета, покрытый гнойной корочкой. В области ската носа справа гиперемия, болезненный тяж, идущий к внутреннему углу правого глаза. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены, при пальпации болезненные, подвижные, размером 2 см. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №57 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка З., 48 лет жалуется на появление опухолевидного образования на боковой поверхности языка слева.

Анамнез: появление новообразования заметила полгода назад, которое медленно увеличивалось, боли не отмечала. Несколько раз возникало незначительное кровотечение при травме во время приема пищи.

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. На боковой поверхности языка слева опухолевидное образование, округлой формы, на широком основании в диаметре до 1,5 см. Слизистая оболочка, покрывающая новообразование багрово-синюшного цвета. При пальпации новообразование эластической консистенции, безболезненное. При прикосновении кончиком зонда возникает точечное кровотечение.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №58

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент С., 67 лет, жалуется на длительно незаживающую язву нижней губы справа.

Из анамнеза установлено, что язва появилась 6 месяцев назад. За специализированной помощью не обращался.

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы телесного цвета. В области красной каймы нижней губы справа определяется язва, размером 1,5 X 2,0 см, покрытая корочками, при удалении которых определяется розовая, слегка кровоточащая поверхность. Края язвы несколько приподняты, у основания пальпируется уплотнение. В подподбородочной и подчелюстной областях справа обнаружены увеличенные лимфатические узлы, плотные, безболезненные, смещаемые. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 59

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент В., 57 лет, обратился с жалобами на припухлость мягких тканей нижних отделов щечной области справа, боли в области нижней челюсти справа, слабость, недомогание, повышение температуры тела.

Анамнез: боль в зубе 4.5 появились 4 дня назад. Ранее зуб не лечен. За помощью не обращался. Двое суток назад появилась припухлость мягких тканей, которая постепенно

увеличивалась, боли в зубе стихли, появились боли в челюсти, отмечается повышение температуры тела до 37,5°C.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8°C. При внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей нижних отделов щечной области справа. Кожа над припухлостью незначительно гиперемирована, собирается в складку. При пальпации отек мягкий, безболезненный. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличенные, болезненные при пальпации, подвижные. Рот открывает в полном объеме. Коронка зуба 4.5 наполовину разрушена. Перкуссия зуба 4.5 слабо болезненная. Слизистая оболочка по переходной складке на уровне зубов 4.6, 4.5, 4.4 отечная, гиперемированная, выбухает в полость рта в виде валика. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре инфильтрата флюктуация.

Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.



ЗАДАЧА №60 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент Т., 15 лет, обратился к стоматологу с жалобами на боль и припухание околоушных слюнных желез, сухость в полости рта, слабость, недомогание, периодические ознобы, повышение температуры тела до 37,5 - 38°C.

Анамнез: симптомы болезни появились 3 дня назад и постепенно нарастали. Месяца назад младшая сестра больного перенесла подобное заболевание, лечение проводилось в домашних условиях.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8°C. При внешнем осмотре обе околоушные слюнные железы увеличены в размерах, слегка уплотнены, незначительно болезненны при пальпации. Кожа над ними в цвете не изменена, собирается в складку. Правая железа увеличена в большей степени. Открывание рта ограничено до 2,5 см. Устье выводных протоков гиперемированные. При массировании обеих желез выделяется прозрачная слюна в небольшом количестве.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №61 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент З., 45 лет обратился с жалобами на боли в области верхней челюсти справа, припухлость верхней губы, слабость, недомогание, повышение температуры тела.

Анамнез: боль в зубе 1.2 появились 2 дня назад. Зуб лечен по поводу хронического периодонтита 4 года назад. После лечения периодически беспокоили боли при накусывании на зуб. Двое суток назад появилась боли в челюсти и отек верхней губы, отмечает повышение температуры тела до 37,5°C.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8°C. При внешнем осмотре определяется нарушение конфигурации лица за счет припухлости верхней губы справа. При пальпации отек мягкий, безболезненный. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает в полном объеме. Коронка зуба 1.2. восстановлена пломбой, изменена в цвете. Перкуссия зуба 1.2 болезненная. Слизистая оболочка по переходной складке в области зубов 1.1, 1.2 отечная, гиперемированная, при пальпации определяется болезненный инфильтрат.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 62

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент М, 18 лет, обратился к хирургу стоматологу с жалобами на опухоль нижней челюсти слева.

Из анамнеза установлено, что опухоль обнаружил случайно, ощупывая челюсть, боль не беспокоила.

Объективно: асимметрия лица за счет деформации нижней челюсти в области тела слева. Кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объёме. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без патологических элементов. В полости рта обнаружено «куполообразное выбухание» в области нижнего свода преддверия и альвеолярной части, на уровне зубов 3.2, 3.7, при пальпации определяется крепитация. При диагностической пункции новообразования получена прозрачная опалесцирующая жидкость соломенно-желтого цвета, в количестве до 5,0 мл.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №63

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка К., 48 лет, обратилась к хирургу стоматологу с жалобами на болезненную припухлость на твердом небе справа, боли при приеме пищи, недомогание, повышение температуры тела до 37,6 С.

Анамнез: неделю назад заболел зуб 1.2, через 3 дня появилась припухлость в области неба, боль в зубе прошла.

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объёме. Прикус ортогнатический. Коронка зуба 1.2 под пломбой, перкуссия зуба 1.2 слабо болезненная, подвижность I степени. На твердом небе справа значительное выбухание, резко болезненное при пальпации, в центре его флюктуация. Слизистая над инфильтратом отечная, гиперемированная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №64

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент Д., 20 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами боли при глотании, ограничение открывания рта, на припухлость под углом нижней челюсти слева, недомогание, повышение температура тела до 38°C.

Анамнез: в течение года прорезывается зуб 3.8. Несколько дней назад появились боли при глотании, припухлость под углом нижней челюсти слева. Применял согревающие компрессы на подчелюстную область.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38°C. Асимметрия лица за счет припухлости под углом нижней челюсти слева. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, в складку собирается. При пальпации в подчелюстной области слева определяются увеличенные и болезненные лимфоузлы. Раскрывание рта ограничено до 2,0 см. Коронка зуба 3.8 прорезалась на 1/2, перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка ретромолярной области слева отечная, гиперемированная. С язычной стороны определяется инфильтрат болезненный при пальпации, слизистая над инфильтратом отечная, гиперемированная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №65

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент Ю., 36 лет обратился к стоматологу с жалобами на отек подглазничной области справа, боли в верхней челюсти с одноименной стороны, повышение температуры тела до 37,5°C, нарушение сна, слабость, недомогание.

Из анамнеза выяснено, что 4 дня назад беспокоили сильные боли в зубе 1.2, после тепловых процедур и приема анальгетиков боли в зубе стихли, но появилась припухлость в подглазничной области, боли в верхней челюсти.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, t тела 37,8°C. Нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей подглазничной области справа, кожа над отеком лоснится, слегка гиперемирована, в складку не собирается. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот раскрывает в полном объеме. Коронка зуба 1.2 под пломбой, перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка по переходной складке в проекции зубов 1.3, 1.2, 1.1 отечная, гиперемированная, при пальпации определяется болезненный валикообразный инфильтрат.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №66

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент, 25 лет впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области зуба 3.4 со смещением. Наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга, от удаления зуба 3.4 отказался. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C.

Объективно: асимметрия лица за счет припухлости в подчелюстной области слева. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В левой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение нижней губы и подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Из зубодесневого кармана зуба 3.4 гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая по зубу 3.4. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.



Вопросы и задания

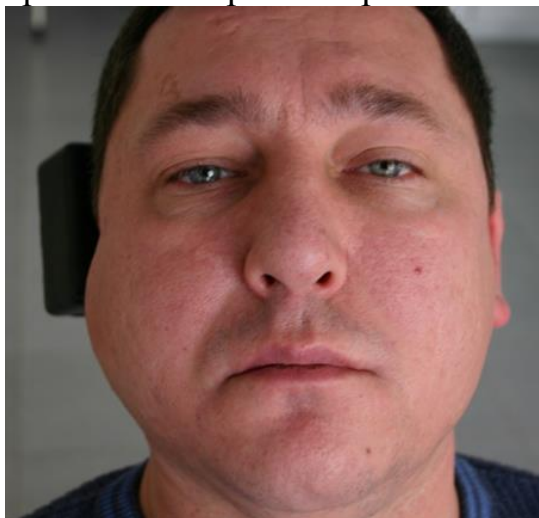
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 67 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент С., 35 лет предъявляет жалобы на боль и припухлость в околоушной области справа, недомогание, слабость.

Анамнез: Три дня назад возникла припухлость околоушной области справа, которая постепенно увеличивалась в размерах, уплотнилась. Отмечал подъем температуры до 38° С. Ранее, возникали периодические припухания, которые усиливались при приеме пищи и проходили самостоятельно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нарушение конфигурации лица за счет припухлости в околоушной области справа. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При пальпации околоушная слюнная железа увеличена, болезненна. Кожа над ней в цвете не изменена, в складку собирается. Открывание рта свободное. При массировании из протока правой околоушной слюнной железы выделяется гной.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА 68 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Ребенок К., 8 лет жалуется на боль в области верхней челюсти слева, отек мягких тканей подглазничной области слева, недомогание, слабость

Анамнез: боль беспокоит 4 дня, накануне обращения появилась припухлость щечной и подглазничной областей слева. Лечилась домашними средствами. Применяла анальгин, аспирин, прикладывала грелку к щечной области слева.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 38,1°C. Асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей левой щечной и подглазничной областей слева. Кожа над припухлостью несколько гиперемирована. При пальпации – припухлость мягкая, безболезненная. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. В полости рта – коронка зуба 6.4 разрушена, зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, подвижен, перкуссия зуба болезненна. Зубы 6.3 и 6.5 неподвижны, интактны, при перкуссии безболезненны. С вестибулярной стороны, соответственно зубу 6.4 слизистая оболочка переходной складки отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, определяется флюктуация. С небной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.



Вопросы и задания

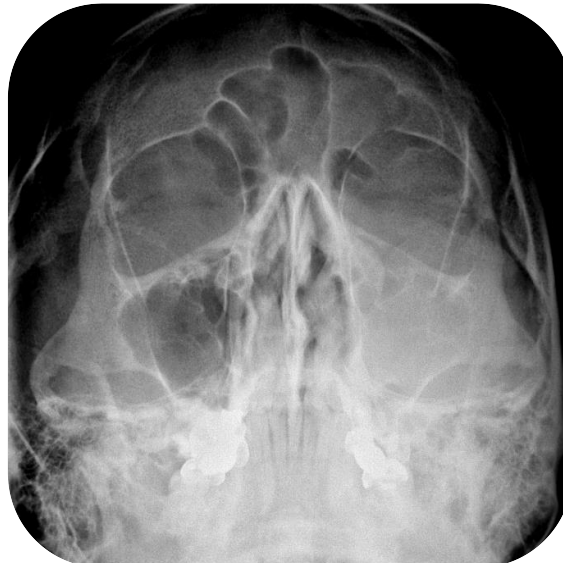
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 69 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент Р., 25 лет госпитализирован в клинику ЧЛХ с жалобами на боль в левой половине головы, которая усиливается при наклоне книзу, выделение гноя и слизи из левой половины носа, его заложенность, недомогание, повышение температуры тела до 37,8°C.

Из анамнеза заболел 7 дней назад. Свое заболевание связывает с лечением зуба 2.7 по поводу обострения хронического периодонтита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,8°C. При внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Из левой половины носа гнойное отделяемое, слизистая оболочка преддверия носа отечная. Рот открывает в полном объеме. Коронка зуба 2.7 под пломбой, перкуссия вызывает умеренную боль. Слизистая оболочка по переходной складке в области зубов 2.6, 2.7, 2.8 гиперемированная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №70

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка С., 28 лет, обратился с жалобами на попадание воздуха и жидкой пищи из полости рта в нос.

Из анамнеза установлено: 5 дней назад был удален зуб 2.6 по поводу обострения хронического периодонтита.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, кожные покровы телесного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта и альвеолярного отростка верхней челюсти без особенностей. Лунка зуба 2.6 без признаков эпителизации, кровяной сгусток отсутствует. При зондировании определяется свободное погружение кончика инструмента на глубину до 3,0 см. Проба Вальсальвы – положительная. Пальпация альвеолярного отростка и передней стенки верхнечелюстной пазухи безболезненная.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

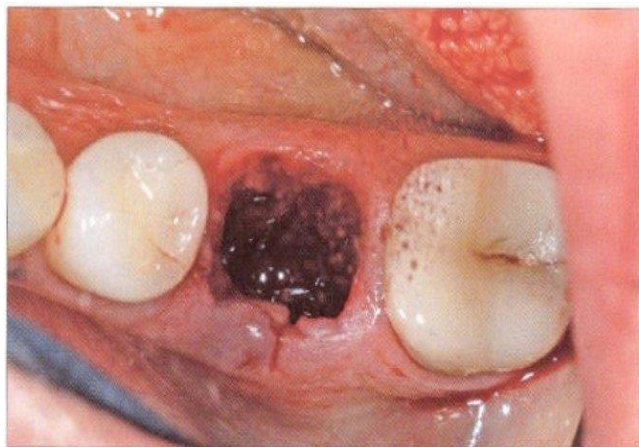
ЗАДАЧА № 71

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка М., 25 лет, жалуется на боль в лунке удаленного зуба 3.6, повышение температуры тела, запах изо рта.

Из анамнеза выяснено: 5 дней назад проводилась операция удаления зуба 3.6 по поводу хронического периодонтита. Операция выполнялась при помощи долота и бормашины.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, t тела $37,3^{\circ}\text{C}$. Асимметрия лица за счет припухлости левой подчелюстной области. Кожные покровы телесного цвета. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, при пальпации болезненные, подвижные. Открывание рта болезненное, изо рта гнилостный запах. Слизистая оболочка в области лунки удаленного зуба 3.6 отечная, гиперемирована, отмечаются её разрывы. Лунка зуба заполнена распадающимся кровавым сгустком. Пальпация альвеолярной части нижней челюсти слева вызывает боль.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 72

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент Д. 56 лет, госпитализирован в клинику ЧЛХ с жалобами на болезненную припухлость подглазничной области слева, боли в верхней челюсти с одноименной стороны недомогание, слабость, потерю сна и аппетита, повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$.

Из анамнеза выяснено, что 5 дня назад беспокоили сильные боли в зубе 2.3, после тепловых процедур появилась припухлость в подглазничной области и боли в верхней челюсти слева.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, t тела $38,9^{\circ}\text{C}$. Нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей подглазничной области слева, кожа над отеком лоснится, гиперемирована, в складку не собирается. Коллатеральный отек мягких тканей параорбитальных областей с обеих сторон и щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, при пальпации болезненные. Рот раскрывает в полном объеме. Коронка зуба 2.3 разрушена на половину, перкуссия болезненная.

Слизистая оболочка по переходной складке в проекции зубов 2.2, 2.3 2.4 отечная, гиперемированная, там же имеется ограниченный валикообразный инфильтрат, пальпация которого вызывает боль.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 73 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациента Ю., 56 лет доставили в стационар с жалобами на боли при глотании, припухлость подподбородочной области и подчелюстной области справа, недомогание, слабость, затрудненное дыхание, повышенную температуру тела.

Анамнез: семь дней назад заболел зуб 4.3, затем стали беспокоить боли в нижней челюсти справа. Через два дня появилась припухлость мягких тканей подподбородочной области, боли при глотании, болезненное открывания рта.

Объективно: общее состояние тяжелой степени, t тела $39,2^{\circ}\text{C}$. Положение вынужденное – сидя, опустив голову. Кожные покровы бледные. Нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей подподбородочной и подчелюстной области справа. Кожа над припухлостью гиперемирована, отечна, имеются бронзовые пятна. При пальпации определяется деревянистый, болезненный инфильтрат, крепитация. Открывание рта до 3 см. Язык приподнят к небу. Слизистая оболочка подъязычной области отечна и гиперемирована. В подъязычной области самопроизвольно вскрывшийся абсцесс со зловонным ихорозным отделяемым. При вскрытии флегмоны получена ихорозная, зловонная жидкость цвета мясных помоев. Мышцы бледные, серого цвета, напоминают вареное мясо.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №74 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациента В. 31 года, доставили в санпропускник машиной скорой помощи с жалобами на боли при глотании, припухлость подподбородочной и подчелюстных областей, затрудненное дыхание, недомогание, повышенную температуру тела.

Анамнез: в течение недели находился на лечении у хирурга стоматолога по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти от зуба 3.5. Удален зуб 3.5, проведена периостотомия, назначена противовоспалительная терапия. Через 3 дня появилась припухлость мягких тканей подподбородочной области, на следующий день боли при глотании и болезненное открывание рта.

Объективно: общее состояние тяжелой степени, t тела $39,2^{\circ}\text{C}$. Положение вынужденное – сидя, опустив голову. Кожные покровы бледные. Нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей подподбородочной и подчелюстных областей. Кожа над припухлостью гиперемирована, отечна, в складку не собирается. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат. Открывание рта до 3 см. Слизистая оболочка подъязычной области отечна и гиперемирована. Язык приподнят к небу.



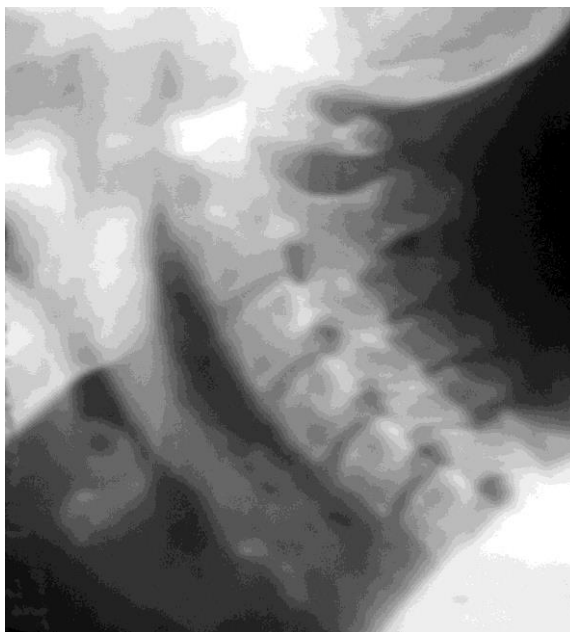
Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.

4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 75 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступила пациентка 33 лет с флегмоной дна полости рта и верхней трети шеи слева. В экстренном порядке была вскрыта флегмона. Назначена антибактериальная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия. Через два дня состояние больной резко ухудшилось: появилась боли за грудиной, удушье, покашливание, озноб, температура тела 39,5°C. Пациентка переведена в отделение интенсивной терапии.



Вопросы и задания

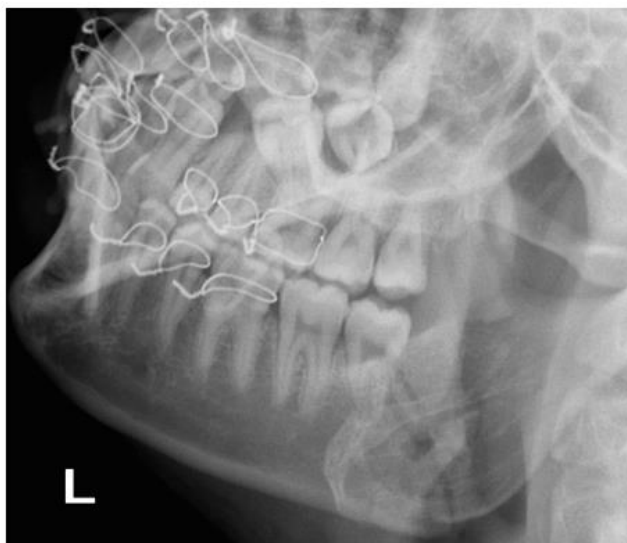
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 76 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент П., 22-х лет, жалуется на нарушение смыкания зубных рядов, боль при раскрывании рта и невозможность полноценного приема пищи.

Анамнез: сутки назад получил несколько ударов в область лица кулаком. Отмечалась кратковременная потеря сознания. Во время получения травмы находился в состоянии алкогольного опьянения. За помощью обратился на следующий день.

Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека и гематомы мягких тканей подчелюстной и щечной областей слева. При пальпации определяется боль в области угла нижней челюсти слева. Рот раскрывает до 2,5 см. Прикус, открытый в боковом отделе справа из-за преждевременного смыкания зубов 2.8 и 3.8. В области 3.8 разрыв слизистой оболочки, «ступенька» на высоту коронки между зубами 3.7 и 3.8. Во время осмотра у пострадавшего отмечалась однократная рвота.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 77

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациент М., 62 лет, обратился к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на язву, локализирующуюся в области боковой поверхности языка справа.

Из анамнеза выявлено, что язва появилась 5 месяцев назад. Больной связывает появление язвы с травмой языка зубами 4.5 и 4.4.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы телесного цвета. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, округлой формы, смещаемые безболезненные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная. На боковой поверхности языка справа язва размером более 2,0 см, овальной формы, с вывернутыми краями, покрытая налетом фибрина, при удалении которого обнажается розовая, слегка кровоточащая поверхность. Движения языком причиняют боль. У основания язвы определяется хрящеподобной плотности инфильтрат.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
4. Составьте план лечения.

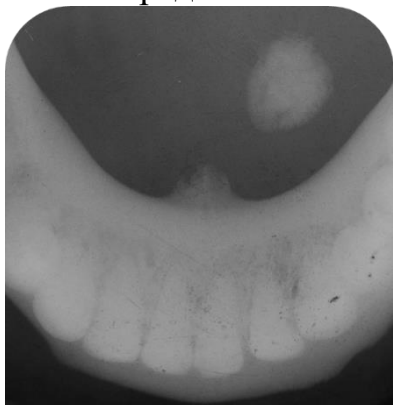
ЗАДАЧА № 78

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка В., 33 лет обратился с жалобами на боль, распирающие и появление припухлости в поднижнечелюстной области слева во время приёма пищи.

Из анамнеза выявлено, что последние 2 дня пациент отмечает появление болезненной припухлости в поднижнечелюстной области слева во время приёма пищи. В течение 10-15 минут припухлость исчезает.

Объективно: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков воспаления. При массировании поднижнечелюстной слюнной железы слева выделяется прозрачная слюна в умеренном количестве. При бимануальной пальпации по ходу поднижнечелюстного протока слева в передней трети определяется небольшое ограниченное уплотнение. При зондировании протока определяется шероховатая поверхность. На рентгенограмме дна полости рта слева определяется тень, округлой формы, примерно 5 мм в диаметре.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА № 79

(ПК-2; ПК-6; ПК-10)

В стационар машиной скорой помощи доставлен ребенок 3 лет с жалобами на высокую температуру тела, слабость, отсутствие аппетита и нарушение сна.

Анамнез: заболел около недели назад. Появилась сыпь в околоротовой области, нарушение дыхания из-за слизисто-гнойных выделений из носа.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, t тела $38,2^{\circ}\text{C}$. Нарушение конфигурации лица за счет припухлости мягких тканей в подбородочной области. Кожа над припухлостью гиперемирована, в складку не собирается. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат. На коже подбородка, верхней губы имеются герпетические высыпания.



Вопросы и задания

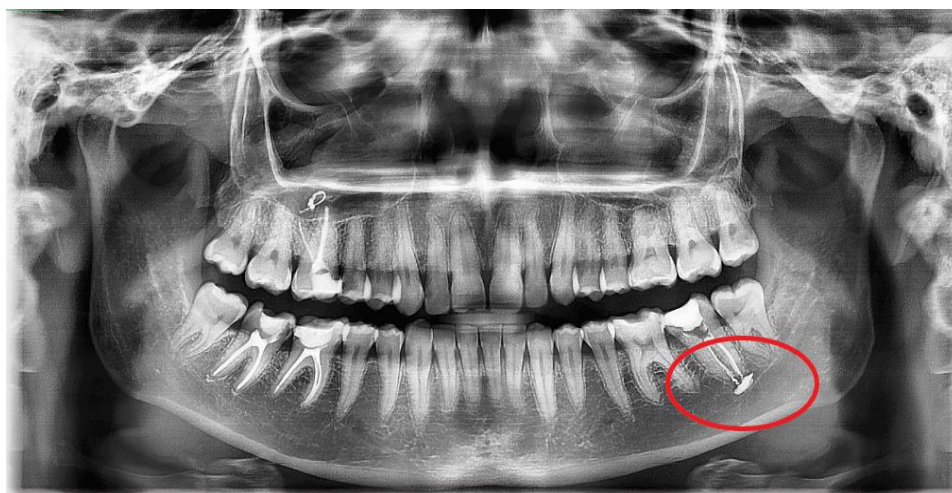
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите этапы хирургического вмешательства, которое показано в данном случае.

ЗАДАЧА №80 (ПК-2; ПК-6; ПК-10)

Пациентка С., 25 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянные боли в области нижней челюсти слева, онемение в области нижней губы и подбородка слева. Боли иррадиируют в ухо и височную область слева.

Из анамнеза выяснено, что боли появились неделю назад после лечения зуба 3.7 по поводу периодонтита.

Объективно: конфигурация лица не изменена, подчелюстные лимфоузлы слева незначительно увеличенные, малоблезненные. Определяется гипостезия в области кожи подбородка и нижней губы слева. Открывание рта свободное. Зуб 3.7 под пломбой, перкуссия резко положительна, слизистая оболочка десны и по переходной складке в области зуба 3.7 гиперемирована. На ОПТГ канал зуба 3.7 запломбирован, за верхушкой корня зуба 3.7 визуализируется рентгеноконтрастная тень размером 0,3 x 0,7 см, распространяющаяся в нижнечелюстной канал.



Вопросы и задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику, поставьте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.

4. Дайте характеристику препаратам, которые назначаются для лечения данной патологии.

Задача № 81 (ПК-3, ПК-7)

Больная Л., 50 лет, обратилась с жалобами на значительное уменьшение коронковой части зубов, чувствительность передних зубов на температурные и механические раздражители.

Из анамнеза выяснено, что больная в течение 30 лет проработала в химической лаборатории п/о “Азот” г.Кемерово, имела дело с большим количеством вредных веществ: 1958-64 гг. (цех Азотной кислоты) - пары азотной кислоты, окислы азота; 1964-83 гг. (производство капролактама) - бензол, ацетон, циклические амины, циклогексанол, трихлорэтилен, серная, соляная кислоты; в 1970 г. - отравление парами ртути; с 1985 г. работа с аммиаком, с диоксидом углерода, метаном.

Объективно: Нижняя треть лица снижена. Губы плотно сжаты, подбородок выступает вперед, носогубные и подбородочные складки углублены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений.

Прикус глубокий.

Зубная формула:

о		о													о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о															о

Коронки верхних и нижних передних зубов имеют клиновидные дефекты, вертикальную и горизонтальную стираемость, величина коронок нижних передних зубов уменьшена до 1/3 нормальной величины коронок, величина коронок верхних передних зубов уменьшена на 1/2.

Разница между высотой нижней трети лица в состоянии относительного физиологического покоя и высотой нижней трети лица при смыкании зубов составляет 9 мм. Коронки жевательных зубов имеют хорошо сохранившуюся поверхность. Коронки зубов 4.5, 4.4, 3.4, 3.5, 3.6 имеют стираемость на вестибулярной поверхности.

Отсутствует верхний первый моляр справа.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 82 (ПК-3, ПК-7)

Больной К., 45 лет, обратился с жалобами на косметический дефект, затрудненное пережевывание пищи.

Из анамнеза выяснено, что зубы начал удалять с 18 лет по поводу осложнений кариеса,

несколько раз протезировался несъемными конструкциями. Около года назад были удалены 16 зуб, служивший опорой в мостовидном протезе из-за разрушения его под коронкой, и 37, 38 зубы по поводу осложнения кариеса. Спустя несколько месяцев возникли боли под коронкой 45 зуба, мостовидный протез был снят, зуб - депульпирован.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочные складки углублены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

о	о	о		о							о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	о	о	п										о	о	о

Коронки нижних передних зубов и верхних боковых резцов стерты на 1/3, верхние резцы имеют стираемость на небной поверхности, у нижних премоляров стертые вестибулярные бугры. Зубы 1.5, 1.3, 4.5, 4.8 обработаны под коронки металлические. Зуб 4.8 наклонен в сторону дефекта.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 83 (ПК-3, ПК-7)

Пациентка И., 43 года, обратилась с жалобами на косметический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что 7 лет назад был изготовлен консольный металлический паянный протез с опорой на 24 зуб, 35 зуб был покрыт восстановительной металлической коронкой. 6 месяцев назад удален 14 зуб по поводу осложнения кариеса, тогда же были сняты протезы, которые не устраивали пациенту эстетически и функционально (коронки на жевательных поверхностях протерлись). Протезирование после снятия коронок не проводилось из-за финансовых затруднений пациентки.

Объективно: Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений.

Прикус ортогнатический.

Зубная формула:

о	п	п								п		о		п	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
п	п	о										п	п	п	о

Зубы, ограничивающие включенные дефекты (1.5, 1.3, 2.6), интактные. Зубы 2.4 и 3.5 обработаны под металлические коронки. Зуб 3.5 депульпирован, перкуссия безболезненна, на рентгенограмме – канал запломбирован до верхушки корня. Зубы 4.8 и 4.7 перемещены горизонтально в сторону отсутствующего первого моляра.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 84
(ПК-3, ПК-7)

Пациент М., 65 лет, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пользования ранее изготовленными протезами.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса, в последнее время причиной удаления зубов - заболевания пародонта и функциональная перегрузка оставшихся зубов. Неоднократно протезировался.

Пять лет назад были изготовлены мостовидный протез с опорой на зубы 4.2, 3.3, частичный съемный пластинчатый протез на нижнюю челюсть с опорой на зубы 4.5, 3.3, частичный съемный пластинчатый протез на верхнюю челюсть с опорой на зубы 1.7, 1.5. В течение последнего года пациенту были удалены зубы 1.7, 1.5, 3.3, 4.2, 4.4, 4.5 по поводу заболеваний пародонта.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о	о	о	о	о		о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	

Клык на нижней челюсти покрыт металлической коронкой, коронка протерта по режущему краю.

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 85
(ПК-3, ПК-7)

Пациент П., 54 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пережевывать пищу, затрудненную речь.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса, в течение 30 лет работал на химическом производстве. Неоднократно протезировался.

Три месяца назад под опорными зубами мостовидных протезов возникли боли. Протезы были сняты, зубы 1.6, 1.3, 1.1, 2.2, 2.4, 2.6, 3.7, 3.4 удалены.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

о	п	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	п	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о								о	о	о	о	о

Зубы 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 зубы стерты на 1/2 высоты коронки. Зубы 1.7, 2.7, 3.3, 4.4 обработаны под металлические коронки.

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 86 (ПК-3, ПК-7)

Пациент П., 54 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пережевывать пищу, затрудненную речь.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены несколько лет назад в результате автокатастрофы. На верхнюю челюсть был изготовлен полный съемный протез, которым пациент не пользовался из-за плохой фиксации.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о			о						о		о	о	о	о	о

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз

2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 87
(ПК-3, ПК-7)

Пациент Н., 44 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалены в течение несколько лет по поводу заболеваний пародонта и осложнения кариеса. Ранее протезами не пользовался.

Объективно: При внешнем осмотре отмечается западение верхней и нижней губы.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

о		о	о	о			о	о			о		о	о	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о		о		о		о	о	о	о		о	о	о		

Коронки оставшихся зубов интактные, высокие, с хорошо выраженной анатомической формой.

Прикус ортогнатический.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 88
(ПК-3, ПК-7)

Пациент Ж., 32 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический дефект.

Анамнез: Верхние центральные резцы отломлены несколько дней назад в результате травмы. После травмы зубы депульпированы.

Объективно: Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

		о		п		п			п		п	п	о		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	п	п		п								п	п	п	

Коронки верхних центральных резцов отломлены на 2/3 высоты, каналы запломбированы.

Прикус глубокий. Верхние зубы перекрывают нижние на 3/4 высоты (рис. 1).



Рис. 1.

На внутриротовой рентгенограмме каналы верхних центральных резцов запломбированы до верхушек корней.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 89 (ПК-3, ПК-7)

Пациент Г., 55 лет, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса. Неоднократно протезировался.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен. Неравномерная атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	о	о	о	о		о	о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	

Сохранившийся центральный резец на верхней челюсти имеет подвижность I степени.

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.

4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 90 (ПК-3, ПК-7)

Пациентка Н., 45 лет, обратилась на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалены в течение несколько лет по поводу осложнения кариеса. Ранее протезами не пользовалась.

Объективно: При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица. Носогубные и подбородочная складки углублены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

о		о	о								о		о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о	п							п	о	о	о	о

Коронки передних верхних и нижних зубов стерты на 1/3 высоты.

Прикус – глубокое резцовое перекрытие, дистальный сдвиг нижней челюсти.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 91 (ПК-3, ПК-7)

Больная К., 45 лет, библиотекарь. Обратилась в клинику с жалобами на отсутствие большого количества зубов, перемещение оставшихся зубов, нарушение эстетики, функции жевания и речи.

Находится на диспансерном наблюдении у пародонтолога по поводу пародонтоза в течение 5 лет.

При осмотре отмечается снижение нижней трети лица, углубление подбородочной и носогубных складок.

Зубная формула:

о	о		о	о	о	о					о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	о	о		о			о	о						о	

Вторичный дистальный сдвиг нижней челюсти, глубокий прикус, вторичное вестибулярное смещение зубов 2.1, 2.2, инфраокклюзия зуба 2.1, вторичное горизонтальное и вертикальное смещение зубов 4.8, 4.3, 4.2, 3.1.

Зуб 3.6 покрыт металлической коронкой (рис.1).



Рис. 1.

На рентгенограмме в области зубов 2.1, 2.2, 3.2, 4.2 атрофия костной ткани на 1/2 величины корней, у остальных – на четверть.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 92 (ПК-3, ПК-7)

Больная В., 56 лет. Обратилась в клинику с жалобами на нарушение функции жевания, речи, эстетики.

Из анамнеза выяснено, что у больной в результате заболевания пародонта, сочетающегося с дефектами зубных рядов, произошло вторичное вестибулярное смещение верхних резцов. Между верхними передними зубами появились промежутки (диастемы, тремы), зубы приобрели патологическую подвижность. Вестибулярное смещение зубов нарушило конфигурацию лица, сделало затруднительным смыкание губ, которые в состоянии относительного физиологического покоя находились в разомкнутом состоянии. Больная обратилась к стоматологу, которым было принято решение устранить промежутки между зубами вестибулярной реставрацией. Зубы стали выглядеть плотными, но их вестибулярное положение сохранилось. Такой вариант лечения, естественно, не мог удовлетворить больную, и она обратилась в нашу клинику.

При осмотре отмечается затрудненное смыкание губ.

Зубная формула:

о	о		о	о							о	о	о		о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	о	о												о	

Вестибулярное смещение зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, горизонтальное перемещение зуба 1.6 (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1.

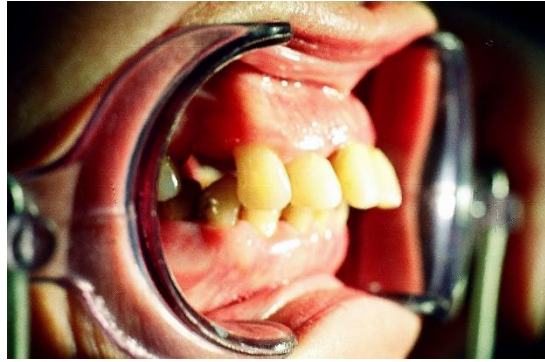


Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 93 (ПК-3, ПК-7)

Больная М., 25 лет обратилась с жалобами на затрудненное пережевывание пищи. Из анамнеза выяснено, что нижние зубы удалены несколько лет назад по поводу осложнения кариеса. Ранее не протезировалась.

Объективно: нижняя треть лица незначительно снижена.

Зубная формула:

				о												
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
		о	о	о												

Верхние передние зубы перекрывают нижние на 2/3.

Глубокое резцовое перекрытие.

Задержка прорезывания зуба 2.3.

Вторичные вертикальные перемещения зубов 1.6, 1.5 с гипертрофией альвеолярного отростка (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.

4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 94 (ПК-3, ПК-7)

Больной Б, 49 лет, обратился клинику с жалобами на подвижность и изменение положения передних зубов; отсутствие жевательных зубов, невозможность откусывания и пережевывания пищи; нарушение речи и эстетики (рис.1).



Рис. 1.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены в течение последних нескольких лет по поводу заболеваний пародонта. Ранее не протезировался.

Объективно: высота нижней трети лица снижена.

Зубная формула:

o	o	o	o	o							o	o	o	o	o
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
o	o	o	o				o	o			o	o			o

Оставшиеся верхние передние зубы имеют вторичное вестибулярное смещение, подвижность 3 степени. Нижние боковые резцы имеют подвижность 2 степени.

На рентгенограмме в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 4.2 отмечается резорбция костной ткани на 3/4 корней зубов.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 95 (ПК-3, ПК-7)

Больной К., 43 года, обратился с жалобами на эстетический дефект (уменьшение высоты коронок передних зубов), боли при приеме кислой пищи.

Объективно: высота нижней трети лица не изменена. Носогубные и подбородочная складка умеренно выражены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без особенностей.

Зубная формула:

		о													
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
													о		

Верхние центральные и боковые резцы имеют стираемость на 1/3 высоты коронок. У остальных зубов – физиологическая стираемость (рис. 1).



Рис. 1.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 96 (ПК-3, ПК-7)

Больной Н., 56 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, нарушение речи, эстетики, боли при приеме пищи.

Из анамнеза выяснено, что зубы начал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса. Неоднократно протезировался. Последний протез удалил 4 месяца назад в связи с разрушением под коронкой опорных зубов, которые тогда же были удалены.

Объективно: нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складка углублены, углы рта опущены.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	о	о	о			о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	о	о				о	о	о	о			о	о	о	о

Верхние центральные резцы стертые на 1/4 высоты коронки, нижние клыки и премоляры стертые на 1/3 коронки с обнажением дентина.

Зуб 4.8 имеет вторичное горизонтальное перемещение, пришеечный кариес. Зуб 2.7 имеет вторичное вертикальное перемещение с обнажением корня зуба на 1/4, без гипертрофии альвеолярного отростка (рис. 1).

Прикус не фиксированный (рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача № 97 (ПК-3, ПК-7)

Больная Я., 52 года, обратилась с жалобами на эстетический дефект, боли при приеме кислой пищи.

Объективно: высота нижней трети лица не изменена. Носогубные и подбородочная складка умеренно выражены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без особенностей.

Отсутствуют зуб 1.5. Верхние боковые резцы имеют стираемость на 1/4 высоты коронок, верхние центральные резцы – на 1/3.

У нижних центральных и боковых резцов отмечается атрофия десны с обнажением шеек зубов, подвижность первой степени (рис. 1).



Рис. 1

На внутриротовой рентгенограмме в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 атрофия костной ткани на 1/4 длины корня.

Прикус прямой.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.

4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 98 (ПК-3, ПК-7)

Больной К., 42 года, кадровый военный. Обратился с жалобами на затрудненность пережевывания пищи из-за болей при действии термических и механических раздражителей.

Из анамнеза выяснено, что больной на протяжении 20 лет находится на службе в вооруженных силах. Неоднократно находился в «горячих точках», в том числе 2 года проходил службу и принимал участие в боевых действиях в республике Афганистан.

Объективно: высота нижней трети лица снижена. Носогубная и подбородочные складки углублены.

Зубной ряд интактный. (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

Отмечается горизонтальная стираемость всех верхних и нижних зубов.

Стираемость жевательных зубов на 1/3 высоты коронки с обнажением дентина, стираемость передних зубов от 1/3 до 1/2 высоты коронки так же с обнажением дентина.

На верхних передних зубах – вертикальная стираемость, клиновидные дефекты в пришеечной области.

Разница между состоянием относительного физиологического покоя и положением центральной окклюзии составляет 8 мм.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 99 (ПК-3, ПК-7)

Больная М., 50 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на полное отсутствие верхних и нижних зубов, невозможность пережевывания пищи, боли в эпигастральной области.

Больная удаляла зубы в течение 20 лет по поводу осложненного кариеса. Боли в эпигастральной области больная связывает с отсутствием зубов. Ранее съемными протезами не пользовалась. Удаление последних зубов (12) было проведено 2 недели назад.

Внешний осмотр. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, выраженные носогубные, подбородочные складки.

Объективные данные. На верхней челюсти альвеолярный отросток высокий, равномерно покрытый плотной слизистой, хорошо выраженные верхнечелюстные бугры, глубокий небный свод, торус слабо выражен. Прикрепление уздечек верхней губы и щечных тяжей – у основания гребня альвеолярного отростка. На нижней челюсти имеется хорошо выраженный альвеолярный отросток, выраженная переходная складка как с вестибулярной, так и с оральной сторон, при перемещении мягких тканей нижней челюсти (тканей щек, дна полости рта, языка), мягкие ткани, покрывающие альвеолярный отросток, неподвижны, при пальпации в складку не собираются, челюстно-подъязычные линии округлой формы, при давлении безболезненны.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 100 (ПК-3, ПК-7)

Больной К., 60 лет, обратился в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов на нижней челюсти, частичное на верхней челюсти.

Анамнез. Больной удалял зубы в течение 30 лет, в последний раз удалил зубы 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 по поводу пародонтоза, на нижней челюсти зубов нет 7 лет. Больной пользуется полным съемным протезом в течение 5 лет. Обратился по поводу плохой фиксации протеза на нижней челюсти.

Внешний осмотр. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, имеются выраженные носогубные и подбородочные складки, в углах рта – заеды.

Объективные данные.

Зубная формула:

о	о				о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о

На съемном протезе имеются стертые пластмассовые зубы. Имеется выраженная атрофия альвеолярного отростка. Альвеолярный отросток и тело нижней челюсти атрофированы таким образом, что прикрепление мышц находится на уровне гребня альвеолярного отростка. Имеются подвижные тяжи слизистой оболочки, расположенные продольно и легко смещающиеся при незначительном давлении.

1. Предварительный диагноз

2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 101 (ПК-3, ПК-11)

На кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ в 2015 году обратилась пациентка 28 лет, которой в 2000 году была проведена операция резекции половины верхней челюсти по поводу злокачественного образования.

В 2001, 2003, 2007 году ей изготавливались пострезекционные съемные протезы верхней челюсти с базисом из акриловой пластмассы и монолитной obturating частью. Фиксация протеза осуществлялась гнутыми проволочными кламперами. Пациентка отмечала, что существенными недостатками конструкции являлись неудовлетворительная герметизация полости рта и носа, «отвисание» наиболее массивной части протеза. В 2011 году был изготовлен протез с акриловым базисом и пустотелой obturating частью. Протез стал легче, отвисание незначительным. Герметизация полости рта и носа, по-прежнему неудовлетворительная, неоднократные перебазировки приводили к кратковременному улучшению, при этом отмечалось хроническое воспаление слизистой носовой полости.

На кафедру пациентка обратилась с целью протезирования в связи с неудовлетворительным функциональным состоянием протеза, боли в опорных зубах возникающие от повышенной горизонтальной экскурсии протеза.

При внешнем осмотре лицо симметричное. На верхней губе справа – слабовидимый постоперационный рубец. Высота нижней трети лица не изменена.

При осмотре полости рта: съемный протез с проволочными металлическими кламперами располагающимися на 2.2, 2.5, 2.7 зубах (рис. 1).



Рис.1.

После снятия протеза: мелкое преддверие полости рта в области дефекта, отсутствие переходной складки в дистально-боковом отделе дефекта, пострезекционный дефект половины верхней челюсти (рис. 2).



Рис. 2.

Гиперемия слизистой носовых ходов и по краю дефекта, в местах контакта с obtурирующей частью протеза. На здоровой половине верхней челюсти сохранены 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.7 зубы (рис. 3).



Рис. 3.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача №102 (ПК-3, ПК-11)

Пациентка 76 лет в 2014 году обратилась на кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ с жалобами на отсутствие фиксации съёмного протеза верхней челюсти, затрудненный прием пищи и воды (рис. 1).



Рис. 1.

При открывании рта протез не фиксируется, речь без протеза не разборчива (рис. 2).



Рис. 2.

Из анамнеза: В 2002 году проведена операция резекции половины верхней челюсти по поводу злокачественного образования. В 2003 году на кафедре ортопедической стоматологии КемГМУ был изготовлен пострезекционный протез верхней челюсти с телескопической системой фиксации. Ранее пострезекционный протез ей не изготавливался.

В 2008 году изготовлен новый протез, так же с телескопической системой фиксации.

С 2012 года пациентка удаляла оставшиеся зубы на здоровой половине верхней челюсти. После удаления зубов в стоматологических поликлиниках к ранее изготовленному протезу приваривались искусственные зубы (рис. 3).



Рис. 3.

После удаления последнего зуба пациентка направлена на консультацию на кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ.

При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица. Со стороны дефекта верхней челюсти – постоперационные рубцовые изменения в области верхней губы, крыла носа и щеки, опущение глаза. Высота нижней трети лица снижена.

При осмотре полости рта: полное отсутствие зубов на верхней челюсти, мелкое преддверие полости рта, неравномерная атрофия альвеолярного отростка, постоперационный дефект верхней челюсти (рис. 4).



Рис. 4.

1. Предварительный диагноз

2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача №103 (ПК-3, ПК-11)

Больная Н, 73 лет обратилась на кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ для протезирования.

Из анамнеза выяснено, что год назад женщина перенесла операцию по удалению злокачественной опухоли мягкого неба и теперь не может внятно говорить, свободно принимать пищу.

При осмотре полости рта – на мягком небе дефект округлой формы размером 15×12 мм. (рис. 1).



Рис. 1.

На ортопантомограмме видна деструкция костной ткани верхней челюсти (рис. 2).



Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).
- 5.

Задача №104 (ПК-3, ПК-11)

На кафедру ортопедической стоматологии КемГМУ в 2014 году обратилась больная В., 16 лет с жалобами на плохую фиксацию съемного пострезекционного протеза. Из анамнеза выяснено, что два года назад ей был поставлен диагноз рак твердого неба. Внутриротовым доступом проведена резекция части альвеолярного отростка верхней челюсти, части твердого и мягкого неба, после операции наложен пострезекционный имедиат-протез. Через полгода после операции изготовлен постоянный пустотелый протез из акрилового базиса. Девочка отмечала хорошую фиксацию протеза, которая впоследствии ухудшилась. На момент обращения пострезекционный протез фиксировался только при закрытом рте.

При внешнем осмотре асимметрии лица не выявлено, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Высота нижней трети лица не изменена.

При осмотре зубных рядов в положении центральной окклюзии – прикус ортогнатический (рис. 1).



Рис. 1.

При осмотре полости рта: отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти слева вместе с зубами 2.6, 2.7, 2.8, отсутствие части твердого и мягкого неба. Зубы, ограничивающие дефект верхней челюсти и нижний зубной ряд интактны (рис. 2).



Рис. 2.

На ортопантограмме – дефект верхней челюсти (рис. 3).



Рис. 3.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 105 (ПК-3, ПК-7)

Пациент С., 32 года, обратился с жалобами на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи. Работает преподавателем.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены по поводу осложнения кариеса. Несколько лет назад был изготовлен пластмассовый мостовидный протез с опорой на зубы 1.2 и 2.1, который сломался неделю назад. Другие дефекты зубных рядов не замещались.

Объективно: Лицо симметрично, нижняя треть не изменена.

Слизистая полости рта бледно-розового цвета.

Зубная формула:

o			o	o			o				o	o			o
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	o	o	o								o		o		o

На зубе 2.1 штифтовая конструкция удовлетворительного качества (рис. 1). Протяженный включенный дефект нижнего зубного ряда (рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 106 (ПК-3, ПК-7)

Пациент Р., 62 года, обратился с жалобами на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи, поломку мостовидного протеза.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалялись по поводу осложнения кариеса, пациент неоднократно протезировался. Протезы, находящиеся в полости рта, изготовлены 10 лет назад. Ранее съемными протезами не пользовался.

Объективно: Лицо симметрично, нижняя треть не изменена.

Слизистая полости рта бледно-розового цвета.

Зубная формула:

о	о	о	о	о		о			и	к	с	к	и	к	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
к	и	и	и	к	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о

Зубы 1.3, 1.1, 2.1 стерты на 1/3 коронки зуба.

Корни зубов 1.3, 1.1, 2.1, 2.4 оголены на 1/3.

Искусственные коронки не доходят до десны. Мостовидный протез с опорой на зубы 4.8, 4.4 треснут по месту спайки искусственного зуба с опорной коронкой (рис 1).



Рис. 1.

После снятия коронок состояние твердых тканей зубов показаны на рисунках 2–4.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 107 (ПК-3, ПК-7)

Пациентка С., 75 лет, обратилась с жалобами на невозможность пользования старыми съемными протезами, отлом коронки зуба 1.3.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалялись в течение жизни по поводу осложнения кариеса, пациентка неоднократно протезировалась. Последние протезы изготовлены 8 лет назад.

Объективно: Лицо симметрично, нижняя треть снижена, носогубные и подбородочная складки углублены.

Слизистая полости рта бледно-розового цвета.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	г	о	о	о	о	о	о	о	о	к	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о	о	о	о	о	к	с			к	о	о	о	о	о	о	

Искусственные коронки на зубах 4.2, 3.2 протерты (рис 1).



Рис. 1.

На внутриротовой рентгенограмме канал зуба 1.3. запломбирован до верхушки корня.

1. Предварительный диагноз

2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 108
(ПК-3, ПК-7)

Больная К., 65 лет, обратилась с жалобами затрудненное пережевывание пищи.

Из анамнеза выяснено, что зубы начала удалять с 20 лет по поводу осложнений кариеса, несколько раз протезировалась несъемными конструкциями. Около года назад были удалены 4.6, 4.4 зубы, служившие опорой в мостовидном протезе из-за разрушения их под коронкой, и 3.5, 3.6, 3.7 зубы по поводу осложнения кариеса. Пять лет назад был изготовлен частичный съемный пластинчатый протез на верхнюю челюсть с опорно-удерживающими кламерами на 1.1, 1.3.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочные складки углублены, углы рта опущены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений. Коронки нижних зубов стертые на 1/4, клиновидные дефекты в пришеечной области. Зубы 1.1 и 1.3 имеют подвижность 1 степени (рис.1).

Зубная формула:

о	о	о	о	о		о		о	о	о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о	о							о	о	о	о	о



Рис.1

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 109
(ПК-3, ПК-7)

Больной Я., 52 года, обратился с жалобами на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи, боли при приеме кислой пищи.

Из анамнеза выяснено, что зубы начал удалять с молодого возраста по поводу

осложнения кариеса. Неоднократно протезировался. Мостовидный протез с опорой на зубы 3.2, 3.4 сломался 2 года назад. 4 года назад были удалены зубы 1.4, 1.5, 1.7, и 2.4, 2.7, служащие опорой в мостовидных протезах, в связи с их разрушением.

Объективно: высота нижней трети лица снижена. Носогубные и подбородочная складка выражены, углы рта опущены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без особенностей.

Верхние резцы имеют стираемость на 1/3 высоты коронок, зубы 3.1, 4.1, 4.2 стертые на 1/2 высоты коронок, зуб 4.4 стерт на 1/4 высоты коронок.

Зубы 3.2, 3.4 покрыты металлическими коронками (рис.1).



Рис.1

Зубная формула:

о	о	о	о	о							о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о									к	о	к				

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 110

(ПК-3, ПК-7)

Больной К., 56 лет, строитель. Обратился с жалобами на затрудненное пережевывания пищи, на боли при действии термических и механических раздражителей.

Из анамнеза выяснено, что больной начал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса. Ранее не протезировался.

Объективно: высота нижней трети лица снижена. Носогубные и подбородочные складки углублены, углы рта опущены.

Отмечается горизонтальная стираемость всех нижних зубов и всех верхних резцов на 1/4высоты коронок. Диастемы на верхней и нижней челюсти.

Зубы 1.6, 2.6, 2.7 имеет вторичное вертикальное перемещение с обнажением корня зуба на 1/4, с гипертрофией альвеолярного отростка (рис. 1).



Рис.1.

Зубы 4.1, 4.2, 3.1, 3.2 имеют подвижность 1 степени. На рентгенограмме в области зубов 4.1, 4.2, 3.1, 3.2 отмечается резорбция костной ткани на 1/4 корней зубов.

Зубная формула:

о	о			о							о	о			о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о	о									о	о	о

Разница между состоянием относительного физиологического покоя и положением центральной окклюзии составляет 4мм. Прикус прямой.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 111 (ПК-3, ПК-7)

Пациент И, 53 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пережевывать пищу, затрудненную речь.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса, в течение 30 лет работал на химическом производстве. Неоднократно протезировался.

Три месяца назад под опорными зубами мостовидных протезов возникли боли. Протезы были сняты, зубы 1.6, 1.3, 1.1, 2.2, 2.4, 2.6, 3.7, 3.4 удалены.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

о	п	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	п	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о									о	о	о	о

Зубы 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 зубы стертые на 1/2 высоты коронки. Зубы 1.7, 2.7, 3.3,

4.4 обработаны под металлические коронки.

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 112

(ПК-3, ПК-7)

Пациент Т., 53 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты, невозможность пережевывать пищу, затрудненную речь.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены несколько лет назад в результате автокатастрофы. На верхнюю челюсть был изготовлен полный съемный протез, которым пациент не пользовался из-за плохой фиксации.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о			о						о		о	о	о	о	о	

Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 113

(ПК-3, ПК-7)

Пациент И., 42 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалены в течение нескольких лет по поводу заболеваний пародонта и осложнения кариеса. Ранее протезами не пользовался.

Объективно: При внешнем осмотре отмечается западение верхней и нижней губы. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических

изменений.

Зубная формула:

о		о	о	о			о	о			о		о	о	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о		о		о		о	о	о	о		о	о	о		

Коронки оставшихся зубов интактные, высокие, с хорошо выраженной анатомической формой.

Прикус ортогнатический.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 114 (ПК-3, ПК-7)

Больной Л., 43 года, кадровый военный. Обратился с жалобами на затрудненность пережевывания пищи из-за болей при действии термических и механических раздражителей.

Из анамнеза выяснено, что больной на протяжении 20 лет находится на службе в вооруженных силах. Неоднократно находился в «горячих точках», в том числе 2 года проходил службу и принимал участие в боевых действиях в республике Афганистан.

Объективно: высота нижней трети лица снижена. Носогубная и подбородочные складки углублены.

Зубной ряд интактный. (рис. 1, рис. 2).



Рис. 1.



Рис. 2.

Отмечается горизонтальная стираемость всех верхних и нижних зубов.

Стираемость жевательных зубов на 1/3 высоты коронки с обнажением дентина, стираемость передних зубов от 1/3 до 1/2 высоты коронки так же с обнажением дентина.

На верхних передних зубах – вертикальная стираемость, клиновидные дефекты в пришеечной области.

Разница между состоянием относительного физиологического покоя и положением центральной окклюзии составляет 8 мм.

1. Предварительный диагноз

2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 115 (ПК-3, ПК-7)

Больная М., 50 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на полное отсутствие верхних и нижних зубов, невозможность пережевывания пищи, боли в эпигастральной области.

Больная удаляла зубы в течение 20 лет по поводу осложненного кариеса. Боли в эпигастральной области больная связывает с отсутствием зубов. Ранее съемными протезами не пользовалась. Удаление последних зубов (12) было проведено 2 недели назад.

Внешний осмотр. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, выраженные носогубные, подбородочные складки.

Объективные данные. На верхней челюсти альвеолярный отросток высокий, равномерно покрытый плотной слизистой, хорошо выраженные верхнечелюстные бугры, глубокий небный свод, торус слабо выражен. Прикрепление уздечек верхней губы и щечных тяжей – у основания гребня альвеолярного отростка. На нижней челюсти имеется хорошо выраженный альвеолярный отросток, выраженная переходная складка как с вестибулярной, так и с оральной сторон, при перемещении мягких тканей нижней челюсти (тканей щек, дна полости рта, языка), мягкие ткани, покрывающие альвеолярный отросток, неподвижны, при пальпации в складку не собираются, челюстно-подъязычные линии округлой формы, при давлении безболезненны.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 116 (ПК-3, ПК-7)

Больной К., 58 лет, обратился в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов на нижней челюсти, частичное на верхней челюсти.

Анамнез. Больной удалял зубы в течение 30 лет, в последний раз удалил зубы 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 по поводу пародонтоза, на нижней челюсти зубов нет 7 лет. Больной пользуется полным съемным протезом в течение 5 лет. Обратился по поводу плохой фиксации протеза на нижней челюсти.

Внешний осмотр. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, имеются выраженные носогубные и подбородочные складки, в углах рта – заеды.

Объективные данные.

Зубная формула:

о	о				о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о

На съемном протезе имеются стертые пластмассовые зубы. Имеется выраженная атрофия альвеолярного отростка. Альвеолярный отросток и тело нижней челюсти атрофированы таким образом, что прикрепление мышц находится на уровне гребня альвеолярного отростка. Имеются подвижные тяжи слизистой оболочки, расположенные продольно и легко смещающиеся при незначительном давлении.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 117 (ПК-3, ПК-7)

Пациент И., 33 года, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический дефект.

Анамнез: Верхние центральные резцы отломлены несколько дней назад в результате травмы. После травмы зубы депульпированы.

Объективно: Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

		о		п		п			п		п	п	о		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	п	п		п								п	п	п	

Коронки верхних центральных резцов отломлены на 2/3 высоты, каналы запломбированы.

Прикус глубокий. Верхние зубы перекрывают нижние на 3/4 высоты.

На внутриротовой рентгенограмме каналы верхних центральных резцов запломбированы до верхушек корней.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 118 (ПК-3, ПК-7)

Пациент В., 56 лет, обратился на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Анамнез: Зубы стал удалять с молодого возраста по поводу осложнения кариеса.

Неоднократно протезировался.

Объективно: Нижняя треть лица снижена, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Подбородок выступает вперед.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Средневыраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти. Свод неба умеренно выражен. Неравномерная атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	о	о	о	о		о	о	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	

Сохранившийся центральный резец на верхней челюсти имеет подвижность I степени. Прикус не фиксированный.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 119

(ПК-3, ПК-7)

Пациентка М., 46 лет, обратилась на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический и функциональный дефекты.

Из анамнеза выяснено, что зубы удалены в течение несколько лет по поводу осложнения кариеса. Ранее протезами не пользовалась.

Объективно: При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица. Носогубные и подбородочная складки углублены.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

о	о	о	о								о		о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	о	о	о	п							п	о	о	о	о

Коронки передних верхних и нижних зубов стертые на 1/3 высоты.

Прикус – глубокое резцовое перекрытие, дистальный сдвиг нижней челюсти.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

Задача № 120

(ПК-3, ПК-7)

Пациент Л., 33 года, обратился с жалобами на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи. Работает преподавателем.

Из анамнеза выяснено, что зубы были удалены по поводу осложнения кариеса. Несколько лет назад был изготовлен пластмассовый мостовидный протез с опорой на зубы 1.2 и 2.1, который сломался неделю назад. Другие дефекты зубных рядов не замещались.

Объективно: Лицо симметрично, нижняя треть не изменена.

Слизистая полости рта бледно-розового цвета.

Зубная формула:

о			о	о			о				о	о			о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	о	о	о								о		о		о

На зубе 2.1 штифтовая конструкция удовлетворительного качества. Протяженный включенный дефект нижнего зубного ряда.

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования. Окончательный диагноз.
3. План лечения.
4. Лечение (Клинико-лабораторные этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции).

ЗАДАЧА № 121

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Настя, 1,8 года

Жалобы: на температуру тела 38,2°, наличие болезненных высыпаний в полости рта и пузырьков на губах. Ребенок не ест, плохо спит.

Анамнез: со слов матери у ребенка 4 дня назад поднялась температура тела до 38,7°, через 3 дня появились пузырьки на коже вокруг рта и красной кайме губ, затем эрозии на слизистой оболочке полости рта. К ребенку был приглашен педиатр, который направил на лечение к стоматологу.

Объективно: ребенок беспокоен, в контакт не вступает. Кожные покровы лица бледные. Подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены до 0,5 см, подвижные, болезненные при пальпации. Красная кайма губ гиперемирована, на коже губ – пузырьки размером до 0,3 см с прозрачным содержимым, кожа в углах рта мацерирована. На слизистой оболочке верхней губы, на слизистой щек, по переходным складкам, на языке имеются множественные афты, покрытые фибринозным налетом и окруженные венчиком гиперемии. Десневой край гиперемирован, отечен, кровоточит при дотрагивании.



			II	I	I	II			
			II	I	I	II			

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте алгоритм местного и общего лечения.
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий.

ЗАДАЧА № 122
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Саша Т., 7 лет.

Жалобы: мальчик жалуется на боль и потемнение коронки зуба 2.1, температуру тела до 37,3°C.

Анамнез: 1 месяц назад получил удар мячом в область верхней губы, к врачу не обращался. 3 дня назад после переохлаждения появились отек верхней губы, тупая ноющая боль в зубе 2.1.

Объективно: Асимметрия лица за счет отека верхней губы. Кожа в цвете не изменена. Подчелюстные лимфатические увеличены слева, болезненные при пальпации, подвижные, округлой формы, величиной 0,5 на 0,5 см. Слизистая оболочка верхней губы гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена, болезненная с вестибулярной стороны. Коронка зуба 2.1. серого цвета. Перкуссия зуба болезненная.

	п	п		с			с		п	Pt	
6	V	IV	III	II	1	1	II	III	IV	V	6
с	0	Pt							Pt	с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 124
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Егор Е., 13 лет

Жалобы: на наличие эстетического дефекта 21 зуба, боли ноющего характера от горячего.

Анамнез: Неделю назад при падении ударился о парту и отломил коронку 2.1 зуба. Зуб сильно болел 2 дня, принимал обезболивающие, затем боли стихли, зуб стал беспокоить только от горячего. Остаток коронки изменился в цвете. К врачу не обращался.

Объективно: при осмотре отсутствует 2/3 коронки 2.1 зуба, полость зуба вскрыта, зондирование устья корневого канала болезненное. Перкуссия 2.1 зуба безболезненная. Слизистая в области 2.1 зуба без патологических изменений. Прикус ортогнатический. **ГИ=1,2, РМА=19,3%**

С	П/С	П/С							П/С	П/С	0
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
П	С							С		П/С	П



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 125

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Вика Ш., 14 лет обратилась с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов. Впервые кровоточивость заметила около года назад. К врачу не обращалась.

Объективно: Видимой асимметрии лица нет, кожа сухая. Дыхание через нос. Функции глотания и жевания нарушены. Прикус дистальный, с глубоким резцовым перекрытием, без смещения. Десна на всем протяжении гиперемирована, десневые сосочки верхних и нижних фронтальных зубов гипертрофированы, покрывают коронки на $\frac{1}{2}$ величины. В области всех зубов имеются зубодесневые карманы с серозным экссудатом, глубина их – 3 мм. В пришеечной области зубы покрыты мягким зубным налетом, над- и поддесневой зубной камень. Проба Шиллера положительная. **РМА=65%, индекс гигиены = 2,5.**

На рентгенограмме выявлено наличие четких кортикальных пластинок вершин межальвеолярных перегородок. Корни зубов сформированы.

	С												
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
	П											С	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным средствам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 126

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Ира Т., 1 год 9 месяцев. Осмотр стоматолога проводится с целью диспансеризации.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности. Беременность у матери протекала с явлениями угрозы прерывания, для лечения которой была госпитализирована в сроки 12, 20, 32 недели. Ребенок родился в срок, весом 2100 г., с оценкой по шкале Апгар 7 баллов. На естественном вскармливании находилась 1 месяц. Часто болеет ОРВИ.

Объективно: кожные покровы лица бледные. Поднижнечелюстные лимфатические

узлы увеличены до 1 см, мягкие, безболезненные. Губы в покое не сомкнуты, ребенок дышит ртом. При глотании наблюдается напряжение подбородочной мышцы. Преддверие полости рта средней глубины. Фронтальная группа зубов верхней челюсти выступает вперед на 0,5 см и не перекрывает одноименную группу зубов нижней челюсти. На пришеечных и апроксимальных поверхностях зубов 51, 52 и 61, 62 глубокие кариозные полости, полость зубов не вскрыта, реакция на холод болезненная, кратковременная, препарирование болезненное. На зубах обильные отложения мягкого зубного налета. **ГИ=3,4**

			С	С	С	С			
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 127

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Родители **Димы К., 2-х лет**, перенесшего две недели назад ОРВИ, обратились с **жалобами** на подъем температуры тела до 39 С°, периодически возникающую рвоту, отказ ребенка от пищи, наличие высыпаний в полости рта и на губах.

Анамнез заболевания: заболел четыре дня назад. Поднялась температура тела до 39 С°, появилась общая слабость, ребенок отказывался от пищи. Затем появилась заложенность носа и обильные выделения из него. Педиатром был поставлен диагноз ОРВИ. Через три дня в полости рта появились болезненные высыпания, и педиатр рекомендовал лечение у стоматолога.

Анамнез жизни: родился в срок, вскармливание искусственное. На первом году жизни перенес отит, ветряную оспу; 3-4 раза в год болеет ОРВИ.

Объективно: на 5-й день заболевания. Поведении ребенка безучастное. Кожные покровы лица бледные. Дыхание ротовое. В поднижнечелюстной области с обеих сторон пальпируются увеличенные до 1х1 см, плотные лимфатические узлы. На красной кайме и коже верхней губы имеются сгруппированные пузырьки, содержащие экссудат. Отмечается обильное слюноотделение. На гиперемированной слизистой оболочке обеих губ, щек и кончике языка имеются мелкие, множественные эрозии (около 20 элементов поражения), с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 129

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Света Л., 10 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль в области зуба 1.6.

Анамнез заболевания: Боль возникала самопроизвольно и от температурных раздражителей. Спала плохо, аппетит снижен.

Объективно: коронка зуба 1.6 с кариозной полостью, полость зуба вскрыта, зондирование вскрытой точки болезненное. Слизистая оболочка в области причинного зуба в цвете не изменена. Коронки зубов 1.4, 1.5 интактные, но имеют пигментированную эмаль желтовато-коричневого цвета. РМА=41%, ГИ=2,6

С								О			С
6	5	4	III	2	1	1	2	III	4	5	6
С	О							О			С



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 130

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Родители ребенка 5 лет обратились в поликлинику с жалобами на отек верхней губы, повышенную температуру тела до 37,5 С°, нарушение сна, аппетита.

Анамнез: год назад ребенок получил удар качелей по зубам верхней челюсти. Кровотечение остановили самостоятельно, за квалифицированной помощью не

обращались. В течение года коронки зубов 51 и 61 изменили свой цвет. Отек верхней губы мама связывает с переохлаждением ребенка.

Объективно: асимметрия лица за счет отека верхней губы, легкая гиперемия кожи губы. Пальпация верхней губы и переходной складки болезненная. Переходная складка сглажена в области зубов 51 и 61. Коронки зубов серого цвета, коронка зуба 61 смещена в небную сторону. Перкуссия зубов болезненная. Из дополнительных методов обследования было проведено рентгенологическое.

	С	С		С	С	С	С			С	
6	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	6
		С							С	С	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 131

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Вова Д., 1 год 8 мес.

Жалоб на боли в 51, 52, 61, 62 нет, обратился с целью санации полости рта.

Анамнез жизни. Ребёнок рождён от второй беременности, протекавшей с ранним токсикозом. На сроке 12 недель мать перенесла ОРВИ. На первом году жизни ребёнок перенёс ОРВИ, дисбактериоз, обструктивный бронхит, наблюдались диспепсические явления. Вскармливание искусственное с 2-х месяцев. Экссудативный диатез.

Анамнез заболевания. 51, 52, 61, 62 ранее не лечены. Разрушение коронок происходило постепенно с момента прорезывания.

Объективные данные. Коронки 51, 52, 61, 62 разрушены на 1/2, полости зубов легко вскрываются при зондировании, эмаль и дентин маломинерализованы, мягкие, влажные, светлого цвета. Зондирование точек вскрытия резко болезненное, реакция на термические раздражители (холод) болезненная, длительная. Перкуссия 51, 52, 61, 62 безболезненная.

Гигиена полости рта нерегулярная. ГИ=3,4

	С		С	С	С	С			
--	---	--	---	---	---	---	--	--	--



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 134
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Валентина А., 9 лет

Жалобы на наличие кариозных зубов, появление болей от термических раздражителей в 11, 21 и 22 зубах

Из анамнеза выяснено, что девочка к стоматологу не обращается, за полостью рта не следит.

Объективно: На смежных апроксимальных поверхностях 11, 21, 22 зубов пломбы, по периферии, окруженные размягченными тканями зуба. Пломба из 21 зуба удалена частично из-за болезненного препарирования. Визуально и инструментально определяется глубокая кариозная полость с размягченным, болезненным при зондировании дном. Реакция на холодное болезненная, длительная. **РМА=84%, ИГРУ=3,4**

				ПС	ПС	ПС	ПС				П
6	V	4	3	2	1	1	2	3	4	V	6
П	С									П	П



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 135
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Данил М., 14 лет.

Жалобы на боли в области десны, невозможность приёма пищи, неприятный запах изо рта, повышение температуры до 38.

Анамнез: симптомы появились 3 дня назад. Недавно перенёс ОРВИ, ангину.

Объективные данные: десневые сосочки в области фронтальных верхних и нижних зубов изъязвлены и некротизированы, покрыты грязно-серым налётом, на зубах обильный, мягкий, с трудом снимающийся мягкий налёт. Язык обложен. Слюна вязкая, тягучая. Изо рта гнилостный запах. **ГИ = 3,6**

	П											П	
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
	П											П	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 136
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Миша Л., 5 лет находится на лечении у стоматолога.

Жалоб на боли в зубах не предъявляет.

Анамнез: 74 зуб лечен по поводу глубокого кариеса 1 год назад. В течение года, со слов мамы, зуб не беспокоил.

Объективно: на жевательной поверхности 74 зуба пломба герметична. Перкуссия безболезненная. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в проекции корней 74 зуба цианотична. Ребенок направлен на рентгенограмму. После удаления пломбы обнаружено размягченное безболезненное при зондировании дно кариозной полости. Реакция на температурные раздражители отсутствует, перкуссия безболезненная.

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
	C							П	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 137

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Коля, 13 лет.

Жалобы на слабость, головную боль, повышенную температуру тела (38,2 С), отсутствие аппетита, плохой сон, боли в десне. Болеет в течение двух дней. Обратил внимание на боль в десне при приеме пищи, кровоточивость и болезненность десны при попытке чистки зубов. Постепенно боль в десне усилилась, прием пищи и гигиенические манипуляции стали невозможными, появился неприятный запах из полости рта. Ночь провел беспокойно, поднялась температура (38,7 С). Заболевание связывает с переохлаждением во время занятия спортом. В течение последнего месяца перенес ангину и ОРВИ.

Объективно: физическое развитие соответствует возрасту. Мальчик бледный, гиподинамичный. Красная кайма губ без особенностей. Рот открывает свободно. На всех зубах обильное отложение мягкого зубного налета. Десна гиперемирована, отечна, кровоточит при прикосновении. В области 11 и 12 зубов десневой сосочек некротизирован, раневая поверхность покрыта серым налетом. В области 41 и 42 зубов десневой сосочек отечен, гиперемирован, изъязвлен, десневой край гиперемирован, отечен. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены в размере до 1 см в диаметре с обеих сторон, подвижные, безболезненные при пальпации.

Общий анализ крови:

Э – $3,6 \times 10^{12}$ /л;

НЬ – 110г/л;

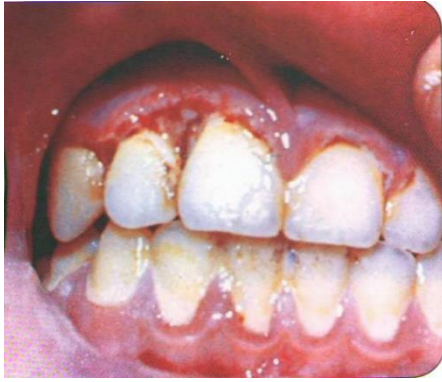
ЦП – 0,91;

СОЭ – 18 мм/ч;

$L - 9,8 \times 10^9 / \text{л}$

Лейкоцитарная формула

Б - 0, Э - 3, Ю - 2, П/я - 6, С - 62, лимфоциты - 23, моноциты - 4.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 138

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Девочка, 14 лет, направлена на консультацию к стоматологу.

Жалобы: на подвижность зубов, болезненность при приеме пищи, периодическое обострение гингивита. С двухлетнего возраста у ребенка отмечена цикличность процесса, периодически (через 24 дня) возникает повышение температуры до 38 – 39,5, увеличиваются шейные, подчелюстные лимфатические узлы. Обострение длится 5-7 дней, после чего температура падает. В возрасте 3-4 лет у ребенка была спонтанная ремиссия болезни в течение года. С возрастом заболевание стало более доброкачественным, отсутствует температурная реакция, хотя цикличность течения остается.

При осмотре: видимой асимметрии лица не выявлено, кожа лица сухая, бледная. Тургор кожи не нарушен. Дыхание смешанное. Функция жевания нарушена. Вредных привычек нет. Уздечки губ и языка средние. Преддверие полости рта среднее. Слизистая оболочка полости рта розовая. Десна гиперемированная, цианотична, рыхлая. Имеются пародонтальные карманы в области всех зубов глубиной до 5 мм. Подвижность зубов III степени. Зубы покрыты мягким зубным налетом, $GI=4,0$ (по Грину-Вермиллиону), обильные отложения над- и поддесневого зубного камня. **Индекс РМА – 100%. КПУ=3.**

Клинический анализ крови в период кризиса:

Нв – 103 г/л
СОЭ – 53 мм/ч
Э – $3,8 \times 10^{12} / \text{л}$
ЦП – 0,81
L – $3,8 \times 10^9 / \text{л}$

Лейкоцитарная формула в период кризиса:

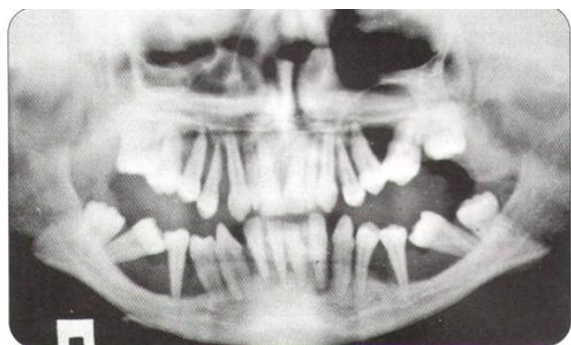
Б -, Э -, Ю - 0, П/я -, С - 13,
лимфоциты – 58, моноциты - 42

Клинический анализ крови в период ремиссии:

Нв – 113 г/л
Э – $4,18 \times 10^{12} / \text{л}$
ЦП – 0,81
СОЭ – 17 мм/ч
L – $8 \times 10^9 / \text{л}$

Лейкоцитарная формула:

Б -, Э - 3, Ю -, П/я - 5, С - 28,
лимфоциты – 48, моноциты - 16



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Сделайте заключение по гемограмме и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Определите тактику лечения.
4. Определите рентгенологические симптомы заболевания.

ЗАДАЧА № 139

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Пациент К., 12 лет обратился с жалобами на разрастание десен, их кровоточивость при чистке зубов и боль вовремя приема пищи.

Анамнез: подобные жалобы появились год назад, в раннем детстве перенес рахит, имеет дефицит массы тела.

Объективно: в области верхних и нижних фронтальных зубов 14,13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 десневые сосочки отёчны, рыхлые, кровоточат при зондировании, гипертрофированы, покрывают на $\frac{1}{2}$ коронки зубов, десна покрыта ярко-красными грануляциями, при пальпации мягкой консистенции, болезненны и кровоточат, присущая для десны фестончатость нарушена. Имеются десневые карманы глубиной до 3-4 мм с серозным экссудатом. В пришеечной области зубы покрыты зубным налётом, значительные отложения зубного камня.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 140

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Родители ребенка 2х лет, перенесшего 2 недели назад ОРВИ, обратились с жалобами на подъем температуры тела до 39 С, периодическую возникающую рвоту, отказ ребенка от пищи, наличие болезненных язвочек в полости рта.

Анамнез заболевания: заболел 4 дня назад. Поднялась температура тела до 39 С, появилась общая слабость, ребенок отказывался от пищи. Педиатром был поставлен диагноз ОРВИ. Через 3 дня в полости рта появились болезненные высыпания и было рекомендовано лечение у стоматолога.

Анамнез жизни: родился в срок, вскармливание искусственное. На первом году жизни перенес отит, ветряную оспу; 3-4 раза в год болеет ОРВИ.

Объективно: 5 день заболевания. Поведение ребенка безучастное. Кожные покровы лица бледные, дыхание через рот. В поднижнечелюстной области с обеих сторон пальпируются увеличенные до 1х1 см плотные лимфатические узлы. На красной кайме и коже подбородка имеются пузырьки с серозным экссудат. Отмечается обильное слюноотделение. На гиперемированной слизистой оболочке обеих губ, щек и кончике языка имеются мелкие, множественные эрозии (около 20 элементов поражения), с четкими очертаниями, покрытые фибринозным налетом. На боковой поверхности языка слева эрозии сливаются между собой с образованием некротической поверхности. Десневой край гиперемирован, отечен, кровоточит при зондировании.

Клинический анализ крови:

Нб – 90 г/л

СОЭ – 25 мм/ч

ЦП – 0,77

Э – $2,5 \times 10^{12}$ /л

L – $18,8 \times 10^9$ /л

Лейкоцитарная формула

Б -0, Э -4 , Ю -2 , П/я -8 , С - 42,

лимфоциты – 36, моноциты – 8

Токсическая зернистость

нейтрофилов ++

Общий анализ мочи:

Уд. Вес – 1018

Цвет – соломенно-желтый

Реакция – слабокислая

Белок – 0,06г/л

Эпителий – ед. в поле зрения

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения

Эритроциты – ед. в поле зрения

Цилиндры – отсутствуют

Слизь – отсутствует.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №141

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Миша М., 7 лет.

Жалобы со слов мамы на постоянное облизывание губ и приоткрытый рот в течение 3 месяцев.

Анамнез жизни: часто болеет простудными заболеваниями.

Объективно: рот ребенка приоткрыт, тип дыхания смешанный, постоянно

облизывает губы. Красная кайма губ гиперемированная, сухая, покрытая сероватыми чешуйками и трещинами. На нижней губе в центральной части трещина в пределах слизистой оболочки. При пальпации трещина мягкая, умеренно болезненная. Кожа в периоральной области без патологических изменений.

Гигиенический индекс ОНІ-S = 3,4

	п	п		с			с		п	Pt	
6	V	IV	III	II	1	1	II	III	IV	V	6
с	0	Pt							Pt	с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №142

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Федор, 8 лет.

Родители ребенка обратились к стоматологу по направлению педиатра.

Жалобы: на подъем температуры тела до 37,6°C, плохой сон, снижение аппетита, наличие высыпаний на коже нижней губы и подбородке.

Анамнез: высыпания появились 2 дня назад, до этого в течение 10 дней ребенок находился на лечении у педиатра с диагнозом ОРВИ.

Объективно: На коже подбородка и нижней губы имеются напряженные пузыри с серозным и гнойным содержимым, а также корки желто-коричневого цвета. Заболевание сопровождается зудом. В подбородочной области пальпируются болезненные, увеличенные лимфоузлы, кожа над ними не изменена. Высыпания на слизистой оболочке полости рта и губ отсутствуют. На коже в области углов рта имеются линейные трещины, покрытые желтыми корками. **Гигиенический индекс ОНІ-S = 3,4**

	п	п		с			с		п	Pt	
--	---	---	--	---	--	--	---	--	---	----	--

6	V	I V	II I	2	1	1	2	II I	I V	V	6
c	0	Pt							Pt	c	c



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №143

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Павел Р. 17 лет. Находится на ортодонтическом лечении по поводу исправления прикуса. Лечение начато 11 мес. назад. В течение всего периода лечения у пациента отмечается неудовлетворительная гигиена полости рта.

Жалобы на кровоточивость и боль в десне при приёме пищи, при чистке зубов.

Объективно: на вестибулярной поверхности зубов верхнего и нижнего зубных рядов зафиксирована брекет-система. Отмечается яркая гиперемия и отечность десны по десневому краю на всем протяжении, зубные сосочки в области всех зубов отечны, гиперемированы. При пальпации десна болезненна, легко кровоточит. В области шеек зубов большое количество мягкого зубного налёта. **ГИ – 2,9, РМА – 72%.**

		п								с			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
	с	с								с	с		



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 144
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Павел К., 12 лет

Обратился с жалобами на отсутствие и подвижность зубов.

Анамнез: подвижность зубов появилась несколько лет назад, постепенно нарастала, некоторые зубы были удалены. В дошкольном возрасте часто болел острыми респираторными заболеваниями.

Объективно: экзофтальм, увеличение лимфатических узлов, десна в области резцов и моляров синюшная. Пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм, с грануляциями. Подвижность зубов 2 степени. На рентгенограмме в области резцов и моляров отмечается ограниченный остеопороз костной ткани альвеолярного отростка и тела нижней челюсти.

Анализ крови: лейкоцитоз, тромбоцитоз, эозинофилия (8-4%). При морфологическом исследовании грануляционной ткани отмечается скопление ретикулоцитов и эозинофильных гранулоцитов.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 145
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Иванова М., 15 лет.

Жалобы: на кровоточивость десен, их «припухлость», неприятный запах изо рта.

Анамнез: у ребенка частые проявления фурункулеза. Бабушка страдает сахарным диабетом.

Объективно: кожный покров лица бледный, сухой, смыкание губ полное, правильное. Отмечается сухость красной каймы губ, в углах рта трещины, инфильтрация. Глубина преддверия полости рта 3 мм. Десневой край цианотичен, десневые сосочки рыхлые, кровоточат при дотрагивании. Имеется над- и поддесневой зубной камень. На боковых поверхностях языка имеются отпечатки зубов, на спинке языка белый налет. Тесное положение зубов 31, 32, 33, 44, 45.

Гигиенический индекс ОНI-S = 2,9. Индекс РМА = 88%



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 147

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Родители ребенка 5 лет обратились в поликлинику с жалобами на отек верхней губы, повышенную температуру тела до 37,5 С°, нарушение сна, аппетита.

Анамнез: год назад ребенок получил удар качелей по зубам верхней челюсти. Кровотечение остановили самостоятельно, за квалифицированной помощью не обращались. В течение года коронки зубов 51 и 61 изменили свой цвет. Отек верхней губы мама связывает с переохлаждением ребенка.

Объективно: асимметрия лица за счет отека верхней губы, легкая гиперемия кожи губы. Пальпация верхней губы и переходной складки болезненная. Переходная складка сглажена в области зубов 51 и 61. Коронки зубов серого цвета, коронка зуба 61 смещена в небную сторону. Перкуссия зубов болезненная. Из дополнительных методов обследования было проведено рентгенологическое.

	С	С		С	С	С	С			С	
6	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	6
		С							С	С	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 148
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Вова Д., 1 год 8 мес.

Жалоб на боли в 51, 52, 61, 62 нет, обратился с целью санации полости рта.

Анамнез жизни. Ребёнок рождён от второй беременности, протекавшей с ранним токсикозом. На сроке 12 недель мать перенесла ОРВИ. На первом году жизни ребёнок перенёс ОРВИ, дисбактериоз, обструктивный бронхит, наблюдались диспепсические явления. Вскармливание искусственное с 2-х месяцев. Экссудативный диатез.

Анамнез заболевания. 51, 52, 61, 62 ранее не лечены. Разрушение коронок происходило постепенно с момента прорезывания.

Объективные данные. Коронки 51, 52, 61, 62 разрушены на 1/2, полости зубов легко вскрываются при зондировании, эмаль и дентин маломинерализованы, мягкие, влажные, светлого цвета. Зондирование точек вскрытия резко болезненное, реакция на термические раздражители (холод) болезненная, длительная. Перкуссия 51, 52, 61, 62 безболезненная.

Гигиена полости рта нерегулярная. ГИ=3,4

	С		С	С	С	С			
	IV	III	II	I	I	II	III	IV	
	С							С	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №149

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Саша Р., 5 лет.

Жалоб на боли в 75 нет, обратился с целью санации полости рта.

Анамнез заболевания. 75 ранее не лечен.

Объективные данные. На жевательной поверхности 75 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, зондирование точки вскрытия резко болезненно, реакция на термические раздражители (холод) болезненная, длительная. Перкуссия 75 безболезненна.

ГИ= 2,9, РМА=15%

	П							П	
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
С	С							П	П



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 150
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Роман Е., 17лет.

Жалобы на эстетические дефекты в области фронтальных зубов.

Пятна появились в процессе ортодонтического лечения несъёмным аппаратом. Находился на ортодонтическом лечении с использованием брекет системы в течение 20 мес. При каждом посещении врач-ортодонт обращал внимание на неудовлетворительную гигиену полости рта. С пациентом проводились разъяснительные беседы, обучение гигиене полости рта, давались рекомендации. Требования врача пациентом не выполнялись. Было принято решение о досрочном прекращении лечения несъемным ортодонтическим аппаратом и окончании лечения с помощью съёмного функционального аппарата.

Объективные данные: на вестибулярной поверхности 11, 12, 13, 21, 22, 23, 43 в пришеечной области меловидные пятна. В центре пятен на 12, 13, 22, 23 – размягчение эмали. Зондирование участков размягчения безболезненно, реакция на термические раздражители безболезненна, перкуссия 11, 12, 13, 21, 22, 23, 43 безболезненна. Слизистая оболочка десен гиперемированна, отечна.

ГИ – 2,6 РМА – 70%

												П	
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
	П											П	



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА №151
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Алексей Р., 10 лет, на приёме у стоматолога.

Жалобы на разрушение резцов верхней челюсти.

Анамнез: со слов мамы первые признаки изменений на поверхности эмали в виде белых пятен появились 2 месяца назад, затем образовались полости. Такое быстрое разрушение зубов мама связывает с перенесённой ангиной, её осложнением-гломерулонефритом.

Анамнез жизни: Мальчик любит сладкое, за зубами ухаживает нерегулярно.

Объективно: десна в области шеек фронтальной группы зубов отёчна, гиперемирована, десневые сосочки при прикосновении кровоточат. На вестибулярной поверхности зубов множественные меловидные изменения эмали, имеются несколько неглубоких кариозных полостей со светлым размягчённым дентином.

РМА=40%, ИГ=3,5

				С	С	С	С				П
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
П											П



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 152
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Ребенку 7 мес.

Мама обратила внимание на измененную форму и желто-коричневого цвета дефект коронок прорезавшихся центральных зубов.

Анамнез: ребенок рожден от второй беременности, которая протекала на фоне анемии и гестоза. Ребенок родился в срок. Вскармливание искусственное.

Объективно: аплазия эмали на 2/3 вестибулярных поверхностей центральных резцов, обнаженный дентин светло-коричневого цвета, на правом центральном резце в центральной части дентин размягчен, зонд застревает. Дентин в б1 зубе плотный.

				I	I				



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 153
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Саша П., 8 лет

Поступила в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии.

Объективно: Ребенок гиподинамичен, вялый, на вопросы не отвечает.

Из анализа истории болезни выяснилось, что заболевание началось остро: поднялась температура до 37,5, появилось общее недомогание, чувство разбитости, головная боль. Принимала аспирин. Через сутки состояние резко ухудшилось, температура достигла 40, появилась сыпь на коже и в полости рта. Девочка была госпитализирована в отделение интенсивной терапии детской клинической больницы. **При поступлении:** на всей поверхности кожи красно-багровая папулезная сыпь и множественные пузыри, до 4 см в диаметре с серозными и серозно-геморрагическим экссудатом. На месте вскрывшихся пузырей болезненные кровоточащие эрозии. Симптом Никольского положительный. Поражены конъюнктивы глаз и слизистая оболочка гениталий. Открывание рта затруднено.

В полости рта: слюна обильная, вязкая с гнилостным запахом. На красной кайме и слизистой оболочке губ большие подэпителиальные пузыри с сероватой плотной покрывкой. На месте вскрытия пузырей - эрозии, окруженные обрывками эпителия. Язык отечен, обложен. Периферические лимфатические узлы увеличены незначительно, малоблезненные, подвижные.

Клинический анализ крови:

Э – $3,8 \times 10^{12}$ /л Нб – 104 г/л.
 ЦП – 0,82 L – 19×10^9 /л
 СОЭ – 60 мм/ч
Лейкоцитарная формула
 Б -, Э – 5, Ю - 1, П/я – 3, С - 56,
 лимфоциты – 34, моноциты - 1

Общий анализ мочи:

Плотность – 1012
Цвет – соломенно-желтый
Реакция – кислая
Белок – 0,066 г/л
Лейкоциты – 2 - 3 в поле зрения
Эритроциты – 6 - 8 в поле зрения.
Эпителий – большое количество



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 154

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Девочка, 14 лет, направлена на консультацию к стоматологу.

Жалобы: на подвижность зубов, болезненность при приеме пищи, периодическое обострение гингивита. С двухлетнего возраста у ребенка отмечена цикличность процесса, периодически (через 24 дня) возникает повышение температуры до 38 – 39,5, увеличиваются шейные, подчелюстные лимфатические узлы. Обострение длится 5-7 дней, после чего температура падает. В возрасте 3-4 лет у ребенка была спонтанная ремиссия болезни в течение года. С возрастом заболевание стало более доброкачественным, отсутствует температурная реакция, хотя цикличность течения остается.

При осмотре: видимой асимметрии лица не выявлено, кожа лица сухая, бледная. Тургор кожи не нарушен. Дыхание смешанное. Функция жевания нарушена. Вредных привычек нет. Уздечки губ и языка средние. Преддверие полости рта среднее. Слизистая оболочка полости рта розовая. Десна гиперемированная, цианотична, рыхлая. Имеются пародонтальные карманы в области всех зубов глубиной до 5 мм. Подвижность зубов III степени. Зубы покрыты мягким зубным налетом, ГИ=4,0 (по Грину-Вермиллиону), обильные отложения над- и поддесневого зубного камня. **Индекс РМА – 100%. КПУ=3.**

Клинический анализ крови в период кризиса:

Клинический анализ крови в период ремиссии:

НЬ – 103 г/л
 СОЭ – 53 мм/ч
 Э – $3,8 \times 10^{12}$ /л
 ЦП – 0,81
 L – $3,8 \times 10^9$ /л

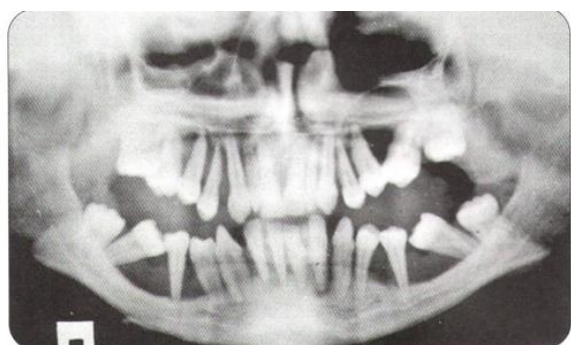
Лейкоцитарная формула в период кризиса:

Б -, Э -, Ю - 0, П/я -, С - 13,
 лимфоциты – 58, моноциты -42

НЬ – 113 г/л
 Э – $4,18 \times 10^{12}$ /л
 ЦП – 0,81
 СОЭ – 17 мм/ч
 L – 8×10^9 /л

Лейкоцитарная формула:

Б -, Э – 3, Ю - , П/я – 5, С - 28,
 лимфоциты – 48, моноциты -16



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 155

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Аня, 4 года, обратились в стоматологическую поликлинику с острой болью.

Жалобы на самопроизвольные боли в зубе 7.5, ночные боли с короткими светлыми промежутками, боли усиливаются от холодного.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы увеличенные, слизистая оболочка в области зуба 7.5 гиперемирована. В зубе 7.5 глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После удаления дентина экскаватором зондирование дна полости болезненно, реакция на холод длительная, перкуссия слабоболезненная.

с	с			с	с			с	с
V	IV	III	II	I	I	II	III	V	IV
с	с							с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 156
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Иван, 8 лет. Обратился для проведения санации полости рта.

Жалобы на ноющие боли в зубе 3.6.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области зуба 3.6 бледно-розового цвета. На жевательной поверхности зуба 3.6 глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, полость зуба вскрыта, зондирование болезненно, реакция на холод длительная, перкуссия безболезненная, ЭОД = 20 мА.

с	п	п							с	п	с
б	V	IV	III	2	1	1	II	III	V	IV	б
с	с	с							с	с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 157
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Оля, 3 года. Обратились с мамой после проведения профилактического осмотра в детском саду.

Анамнез: ранее беспокоили ноющие боли в зубе 7.4 зубе, за помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка в области зуба 7.4 бледно-розового цвета, без изменений. На жевательной поверхности зуба 7.4 обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на температурные раздражители, перкуссия безболезненны.

с	с							с	
V	IV	III	II	I	I	II	III	V	IV
п	п							с	с



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику материалам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 158
(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Андрей, 2 месяца.

Жалобы на отказ от пищи, беспокойное поведение.

Анамнез: родился недоношенным, вскармливается искусственно. Неделю назад начал отказываться от приема пищи, плакать во время кормления. Педиатр направил на консультацию к стоматологу.

Объективно: на границе твердого и мягкого неба на гиперемизированной слизистой оболочке слева и справа розовая поверхность овальной формы 1,5x1,5 см, покрытая беловато-желтым фибринозным налетом.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Определите тактику лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 159 (ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Дима, 10 лет.

Жалобы: сухость и жжение слизистой оболочки полости рта.

Анамнез: две недели назад закончили лечение пневмонии антибиотиками. В процессе лечения появились сухость и жжение слизистой оболочки полости рта, затем образовался творожистый налет на языке. мать счищала налет, но он возникал вновь. В это же время на слизистой оболочке щек появился белый точечный налет, который легко снимался тампоном. К врачу не обращались, полоскали рот отваром ромашки.

Объективно: на гиперемизированной слизистой оболочке губ, щек и языка диффузно расположен творожистый налет серо-белого цвета, снимающийся тампоном с трудом. После снятия налета слизистая оболочка ярко-гиперемизирована.

Вопросы:



1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 160

(ПК-4, ПК-8, ПК-12)

Ярослав, 6 лет. Обратились к стоматологу по направлению врача-педиатра.

Жалобы боли при приеме пищи, разговоре, связанные с появлением пузырей на слизистой оболочке полости рта, которые вскрываются, обнажая кровоточащие эрозии.

Анамнез: месяц назад перенес острый бронхит, сопровождавшийся двумя курсами антибактериальной терапии. На фоне приема антибиотиков резко повысилась температура до 38С, появились симптомы интоксикации, стали появляться пятна на руках, груди. На слизистой оболочке полости рта возникли пузыри, которые стали сливаться, вскрываться самостоятельно, обнажая кровоточащую слизистую оболочку.

Объективно: на красной кайме верхней и нижней губ определялись обширные эрозии, покрытые кровяными корками. Открывание рта затруднено из-за резкой болезненности эрозий. На слизистой оболочке нижней губы и подъязычной области определяются обширные эрозии размером 3х5 см, расположенные на отечном, гиперемизированном фоне, покрытые фибриновым налетом, резко болезненные при пальпации. Симптом Никольского отрицательный. При снятии налета эрозии кровоточат. При осмотре на коже туловища, рук и ног отмечаются различные по виду высыпания: чётко очерченные круглые красно-синюшные пятна; плоские отёчные папулы, плотные при прощупывании и склонные к слиянию, размер — от 2–3 мм до 3 см, по краям образовывается отёчный валик, а центр папул, постепенно западая, приобретает цианотичный (синюшный) оттенок.



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте окончательный диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте характеристику лекарственным препаратам, используемым для лечения данной патологии.