

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Пропедстоматология»

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.03 – РФ, 560004 – КР Стоматология
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-стоматолог

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека	Блок А, D – задания репродуктивного уровня - тест;
	<u>Уметь:</u> применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных медицинских изделий при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Блок В, D – задания реконструктивного уровня - контрольная работа.
	способностью верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов	Блок С, D – задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - работа на фантомах

Технологическая карта дисциплины

«Пропедстоматология»

Курс 2, семестр 1, Количество ЗЕ – 2, Отчетность - ЗАЧЕТ

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Раздел 1. Введение в терапевтическую стоматологию	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями	10	15	7 неделя
	Рубежный	Письменный опрос, тесты	10	20	
Модуль 2					
Раздел 2. Введение в карнесологию, основы эндодонтии	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	10	15	15 неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

ТЕСТЫ

Пропедевтическая хирургическая стоматология

1 Основоположник стоматологии в Кыргызстане в 1936 г.

1. Евдокимов А.И.
2. Снежко Я.М.
3. Лимберг А.А.
4. Мухин М.В.
5. Васильев Г.А.

2 Помещение для ожидания больных должно быть

1. 1,2м² на одного больного
2. 3,5м² на одного больного
3. 4м² на одного больного
4. 5м² на одного больного
5. 6м² на одного больного

3 Площадь хирургического кабинета в поликлинике на одно стоматологическое кресло

1. 14 м²
2. 28 м²
3. 30 м²
4. 15 м²
5. 10 м²

4 Полы в операционной покрываются

1. керамической плиткой
2. водоземulsionной краской
3. известью
4. ламинатом
5. хлопчато-бумажной тканью

5 Площадь предоперационной в отделении

1. 10 м²
2. 25 м²
3. 12 м²
4. 15 м²
5. 18 м²

6 Штатный норматив предусматривает 4 врача стоматолога

1. на 10 000 населения
2. на 15 000 населения
3. на 80 000 населения
4. на 200 населения
5. на 12000 населения

7 Ятрогенные заболевания это

1. патологические состояния, вызванные деятельностью врача
2. патологические состояния слизистой оболочки полости рта
3. патологические состояния костной ткани
4. патологические состояния тканей пародонта
5. патологические состояния твердых тканей зуба

8 Основную ответственность за клинический диагноз несет

1. зубной техник
2. врач стоматолог

3. медицинская сестра
4. ассистент врача без сертификата
5. зубной гигиенист

9. В каком случае позволительно ассистенту сделать пациенту инъекцию

1. после того, как ассистент самостоятельно оценил статус полости рта
2. после того, как помощник проверил надписи на лекарстве
3. после самостоятельной проверки ассистентом аллергической реакции
4. только по строгому предписанию врача стоматолога

10. Если пациент просит лекарство при постоперационных болях ассистенту позволено

1. ввести медикамент
2. позвонить фармацевту и самостоятельно рекомендовать лекарство
3. записать на бумаге его просьбу
4. дать обезболивающее после согласования с врачом
5. самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре

11 Асептика это

1. комплекс мероприятий направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану
2. комплекс мероприятий направленных на уничтожение микроорганизмов в ране
3. комплекс мероприятий направленных на уборку помещений
4. комплекс мероприятий направленных на проверку стерильности инструментов
5. комплекс мероприятий направленных на уничтожение микроорганизмов

12 Антисептика это

1. комплекс мероприятий направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану
2. комплекс мероприятий направленных на уничтожение микроорганизмов в ране
3. комплекс мероприятий направленных на уборку помещений
4. комплекс мероприятий направленных на обработку рабочих поверхностей
5. комплекс мероприятий направленных на лечение больного

13 Вирусный гепатит «В» может быть перенесен

1. аэробными микроорганизмами
2. кровью, слюной
3. мочой
4. спорами микроорганизмов
5. воздушно-капельным путем

14 Стерилизацию стоматологического инструментария в сухожаровом шкафу необходимо проводить

1. при температуре 100°C
2. при температуре 180°C
3. при температуре 160°C
4. при температуре 80°C
5. при температуре 250°C

15 Основным недостатком автоклавирования инструментов является

1. не уничтожает споры
2. недостаточная очистка инструментов
3. повреждение инструментов, особенно режущих
4. затрата времени
5. не убивает вирусную инфекцию

16 Объективными методами клинического обследования являются

1. анамнез болезни, жалобы
2. перкуссия, пальпация, зондирование
3. цитологическое
4. гистологическое
5. микробиологическое

17 Субъективными методами клинического обследования являются

1. перкуссия, пальпация
2. анамнез болезни, жалобы
3. цитологическое
4. гистологическое
5. Rg-скопическое

18 Объективной диагностикой зубов и окружающей костной ткани является

1. гистологическое
2. цитологическое
3. рентгенологическое
4. пальпаторное
5. перкуторное

19 Цитологическое и гистологическое методы исследования относятся

1. к инструментальному
2. к лабораторному
3. к общеклиническому
4. к методам лечения
5. к методам определения высоты прикуса

20 История болезни не является

1. юридическим, научным документом
1. стоматологическим документом
2. общеклиническим документом
3. документом, куда фиксируется сбор анамнеза, и объективные данные
4. документом, куда фиксируется только проделанная работа врачом

21 Двигательной ветвью нижнечелюстного нерва является

1. язычная
2. жевательная
3. щечная
4. нижнеальвеолярная
5. ушно-височная

22 Площадь хирургической стоматологической операционной должна быть

1. 8 м²
2. 11 м²
3. 9 м²
4. 23 м²
5. 10 м²

23 Верхнечелюстная ветвь тройничного нерва из полости черепа выходит

1. через овальное отверстие
2. через круглое отверстие
3. через верхнюю глазничную щель
4. через рваное отверстие
5. нижнюю глазничную щель

24 Нижнечелюстная ветвь тройничного нерва из полости черепа выходит

1. через круглое отверстие
2. через овальное отверстие
3. через верхнюю глазничную щель
4. через шило-сосцевидное отверстие
5. через рваное отверстие

25 Третья ветвь тройничного нерва является

1. только чувствительной
2. только двигательной

3. чувствительной и двигательной
4. чувствительной и секреторной
5. двигательной и секреторной

26 Лицевая артерия отходит

1. от наружной сонной артерии
2. от внутренней сонной артерии
3. от верхнечелюстной артерии
4. от восходящей небной артерии
5. от плече-головного ствола

27 Жевательная и височная мышцы относятся

1. к мышцам, опускающим нижнюю челюсть
1. к мышцам, поднимающим нижнюю челюсть
2. к мышцам, опускающим и поднимающим нижнюю челюсть
3. к мышцам, участвующим при глотании

28 Верхний первый моляр имеет

1. корня
2. корня
3. корень
4. корня

29 Абсолютным показанием к операции удаления зуба является

1. кариес
1. пульпит
2. острый периодонтит
3. хронический периодонтит не поддающийся лечению и являющийся причиной развития осложнений
4. хронический периодонтит после эндолечения

30 Верхнечелюстной синус иннервируется ветвью тройничного нерва

1. первой
2. второй
3. третьей
4. первой и второй
5. второй и третьей

31 Создаваемая местным источником освещенность не должна превышать уровень общей освещенности более чем

1. в 5 раз
2. в 10 раз
3. в 15 раз
4. в 20 раз

32 Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачно лечения

1. тщательная запись выполненных манипуляций
2. запись предписаний
3. сниженный прейскурант
4. запись обращений к специалистам
5. запись полного анамнеза

33 Исследование болевой чувствительности мягких тканей челюстно-лицевой области путем покалывания иглой это

1. эхостеометрия
2. эстезиометрия
3. электроодонтометрия

4. реография

5. электрокардиография

34 Дополнительные методы обследования

1. осмотр, зондирование, перкуссия

2.термодиагностика, лабораторные методы

3.расспрос, осмотр, зондирование

4. осмотр, пальпация

35 Основные методы обследования

1.электроодонтометрия, термодиагностика

2.термодиагностика, рентгенодиагностика

3. оценка гигиенического состояния, УЗИ

4. расспрос, осмотр, зондирование, пальпация

36 Основная задача стоматологической поликлиники

1. медицинская помощь на дому

2. лечебно-диагностическое обслуживание

3. экспертиза временной нетрудоспособности

4. профилактика кариеса

37 Требования к освещению рабочего места стоматолога

1. два источника освещения

2. естественное освещение

3. три источника освещения

4. четыре источника освещения

38. Первая школа по подготовке дантистов в России была открыта

1. дантистом Ф.И.Воложанином 1861 г.

2. врачом А. Арнштейном в 1879 г.

3. Н.В. Склифосовским в 1879г.

4. В.В.Шмидтом в 1980г.

5. А.П. Синициным в 1885г.

39. Первый русский зубоврачебный журнал «Зубоврачебный вестник» основан

1. дантистом Ф.И.Воложанином 1861 г.

2. врачом А. Арнштейном в 1879 г.

3. Н.В. Склифосовским в 1879г.

4. В.В.Шмидтом в 1980г.

5. А.П. Синициным в 1885г.

40. В каком году впервые было организовано челюстно-лицевое отделение в КР

1. в 1962г.

2. в 1930г.

3. в 1836г.

4. в 1983г.

5. в 1890г.

41. Первым заведующим отделением челюстно-лицевой хирургии в КР был

1. Шейнман В.Ю.

2. Снежко Я.М

3. Сабурова Л.Б

4. Бернштейн Б.И

5. Лавров Н.Н.

42. В норме, при максимальном открывании рта, резцовое расстояние равно:

1. 20-30 мм;

2. 30-40 мм;

3. 40-50 мм;

4. 50-60 мм;

5. 60 -70 мм.

43. Краевая ветвь - это часть какого нерва?:

1. лицевого нерва;
2. тройничного нерва;
3. блуждающего нерва;
4. языкоглоточного нерва
5. нижнечелюстного нерва

44 Верхняя челюсть состоит из:

1. тела и двух отростков;
2. тела и трех отростков;
3. тела и четырех отростков;
4. тела и пяти отростков
5. тела и одного отростка

45 Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1. челюстно-подъязычная;
2. двубрюшная;
3. подбородочно-подъязычная;
4. медиальная крыловидная;
5. подбородочно-язычная.

46 Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1. жевательная;
2. двубрюшная;
3. височная;
4. медиальная крыловидная;
5. латеральная крыловидная.

47 Мышца двигающая нижнюю челюсть в сторону

1. жевательная;
2. двубрюшная;
3. височная;
4. медиальная крыловидная;
5. латеральная крыловидная.

48 Боковую стенку ротовой полости образует:

1. мышца смеха;
2. мышца, опускающая угол рта;
3. мышца, опускающая нижнюю губу;
4. щёчная мышца;
5. мышца, поднимающая верхнюю губу

49 К поверхностным мышцам шеи относится:

1. лестничные мышцы;
2. длинная мышца шеи;
3. подкожная мышца шеи,
4. прямые мышцы головы
5. длинная мышца головы

50 Угловая артерия является ветвью:

1. лицевой артерии;
2. верхнечелюстной артерии;
3. поверхностной височной артерии;
4. язычной артерии.
5. внутренней сонной артерии

51 Нижнеальвеолярная артерия является ветвью:

1. лицевой артерии;
2. верхнечелюстной артерии;
3. поверхностной височной артерии;
4. язычной артерии.

5. внутренней сонной артерии

52 Внутренняя сонная артерия в области шеи:

1. ветвей не отдаёт;
2. отдаёт одну ветвь,
3. отдаёт две ветви;
4. отдаёт три ветви
5. отдаёт много сосудов.

53 При обследовании пациента обязательно бимануально пальпируется следующая область

1. преддверие полости рта
2. слизистая оболочка щеки
3. контуры губ
4. уздечка языка
5. дно полости рта

54 Выберите правильный режим стерилизации стоматологических инструментов в сухожаровом шкафу

1. при температуре 140° - 45 минут
2. при температуре 180° - 60 минут
3. при температуре 160° - 90 минут
4. при температуре 120° - 20 минут
5. при температуре 100° - 120 минут

55 Один раз в неделю в операционной проводится –

1. предварительная
2. текущая
3. послеоперационная
4. заключительная
5. генеральная

56 В конце рабочего дня в операционной проводится –

1. предварительная
2. текущая
3. послеоперационная
4. заключительная
5. генеральная

57 Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивает

1. дезинфекция
2. антисептика
3. асептика
4. бактериостатика
5. обработка 95% спиртом

58 Обследование стоматологического больного начинают с

1. с пальпации лимфатических узлов
2. с осмотра полости рта
3. с внешнего осмотра
4. с рентгенологического обследования
5. с перкуссии зубов

59 Основной метод обследования стоматологического больного

1. цитологический
2. рентгенологический
3. клинический
4. лабораторный
5. иммунологический

60 К путям передачи ВИЧ-инфекции не относится

1. транспланцентарный
2. парентеральный
3. воздушно-капельный
4. половой

61 Против ВИЧ-инфекции вакцинация

1. проводится обязательно
2. проводится по желанию
3. не проводится
4. проводится раз в три года

62 Медицинская этика - это раздел этики, изучающий проблему

1. взаимоотношений родителей и детей
2. взаимоотношений соседей и коллег
3. взаимоотношений учителей с учениками
4. взаимоотношений медицинских работников с пациентами и коллегами
5. взаимоотношений рабочего и работодателя

63 Какие из ниже перечисленных средств не относятся к биологической антисептике?

1. вакцины;
2. специфические сыворотки;
3. антибиотики;
4. дезинфектанты;
5. переливание крови.

64 Какие из перечисленных лечебных мероприятий относятся к методам биологической антисептики?

1. первичная хирургическая обработка раны;
2. промывание раны водородом пероксидом;
3. внутримышечное введение антибиотиков;
4. белковая диета.
5. удаление некротических тканей из раны

65 Какой из перечисленных методов относится к физической антисептике?

1. первичная хирургическая обработка раны;
2. удаление некротических тканей из раны;
3. дренирование раны тампоном смоченном в гипертоническом растворе;
4. промывание раны антисептиком;
5. внутримышечное введение антибиотиков

66 Что относится к механической антисептике?

1. орошение раны раствором водорода пероксида;
2. дренирование раны марлевым тампоном;
3. удаление из раны нежизнеспособных тканей;
4. иммобилизация конечности гипсовой повязкой;
5. внутримышечное введение антибиотиков.

67 Неблагоприятное воздействие на больного со стороны медицинских работников в процессе обследования и лечения это

1. эгротогния
2. эгогния
3. ятрогения
4. эндодонтия

68 Добросовестное заблуждение врача, которое повлекло или могло повлечь определенный ущерб здоровью больного это

1. несчастный случай
2. профессиональное правонарушение
3. врачебная ошибка

69 Небрежные или умышленные действия медицинского работника, повлекшие причинение вреда жизни и здоровью пациента это

1. несчастный случай
2. профессиональное правонарушение
3. врачебная ошибка

70 Подбородочное отверстие находится на нижней челюсти на уровне

1. резцов
2. клыков
3. премоляров
4. моляров
5. зубов мудрости

71 Какого отростка нет на верхнечелюстной кости

1. лобного
2. альвеолярного
3. верхнечелюстного
4. небного
5. скулового

72 Ветви каких нервов участвуют в формировании так называемых больших «гусиных лапок»:

1. ветви тройничного нерва
2. ветви лицевого нерва
3. ветви подъязычного нерва
4. ветви подбородочного нерва
5. ветви подглазничного нерва

73 К мышцам, поднимающим нижнюю челюсть относится

1. челюстно-подъязычная
2. двубрюшная
3. подбородочно-подъязычная
4. медиально-крыловидная
5. подбородочно-язычная

74 Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва

1. до входа нерва в глазницу
2. в заднем отделе подглазничного канала
3. в переднем отделе подглазничного канала
4. после выхода нерва из подглазничного канала.

75 К ветвям тройничного нерва относится

1. подглазничный нерв
2. лицевой нерв
3. блуждающий нерв
4. языкоглоточный нерв
5. подъязычный нерв

76 Язычные ветви языкоглоточного нерва содержат

1. только чувствительные волокна
2. только двигательные волокна
3. только вкусовые волокна
4. чувствительные и вкусовые волокна
5. двигательные вкусовые волокна

77 Латеральная-крыловидная мышца:

1. начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти
2. занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти
3. начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти

4. начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее крыловидного отростка и прикрепляется к сумке, к диску височно-нижнечелюстного сустава и основанию мышечкового отростка

78 Жевательная мышца:

1. Начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги и прикрепляется к наружной поверхности ветви и углу нижней челюсти
2. Занимает все пространство височной ямы черепа образует сухожилие которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти
3. Начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти
4. Начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мышечкового отростка

79 Сколько помещений должно быть в хирургическом отделении

1. 5
2. 3
3. 4
4. 6
5. 7

80 Какова площадь предоперационной

1. не менее 10 кв м
2. не менее 20 кв м
3. не менее 5 кв м
4. не менее 4 кв м
5. не менее 15 кв м

81 Какова площадь стерилизационной

1. 8 кв м
2. 2 кв м
3. 3 кв м
4. 5 кв м
5. 6 кв м

82 В помещении, отвечающем требованиям санитарных норм площадью 14 кв м полагается установить стоматологические кресла

1. 4
2. 3
3. 2
4. 1
5. 0

83 К дезинфицирующим средствам не относят:

1. дистиллированная вода
2. лизоформин 3000 ед
3. раствор пергидроля 33%
4. гипохлорид кальция 79% акт
5. раствор этилового спирта 96%

84 Учение о должном поведении медицинских работников, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного называется

1. медицинское право
2. медицинская деонтология
3. судебная медицина
4. гражданское право

85 Выберите наиболее эффективный антисептик для обработки полости рта перед операцией удаления зуба:

1. фурацилин

2. хлорамин
3. перманганат калия
4. спирт 96%
5. дистиллированная вода

86 Физическая антисептика

1. заключается в промывании, диализе, вакуумном отсасывании, тампонаде
2. предусматривает влияние на микрофлору клеточные элементы в ране
3. предусматривает применение лекарств
4. обработка, некротомия, очищение раны

87 Предотвращение попадания микробов в лунку после удаления зуба относят к:

1. антисептике
2. асептике
3. абластике
4. антибластике
5. химиотерапии

88 Обработка хирургических стоматологических инструментов после их применения начинается с:

1. смывания крови
2. дезинфекции
3. стерилизации
4. дезинсекции
5. не имеет значение, в каком порядке обработать

89 Контроль стерильности инструментов в сухожаровом шкафу осуществляется:

1. по времени стерилизации
2. по инструкции, прилагаемой к стерилизатору
3. по термоиндикаторам
4. по химиоиндикаторам
5. по часовому будильнику

90 Биологическая антисептика

1. предусматривает применение антибактериальных средств
2. предусматривает применение химических средств борьбы с микроорганизмами
3. предусматривает применение физических средств борьбы с инфекцией
4. предусматривает очищение, некротомию, тампонаду операционной раны

91 В отделениях хирургической стоматологии влажную уборку проводят

1. 2 раза
2. 3 раз
3. 1 раз
4. 4 раза

92 Анамнез заболевания

1. при опросе следует выявить причину, течение заболевания и эффективность предыдущего лечения
2. при опросе следует иметь в виду только на общие симптомы заболевания
3. при опросе следует иметь в виду только на местные симптомы заболевания
4. при опросе следует обратить внимание на состояния здоровья в целом организме
5. при опросе следует иметь в виду на наличие вредных привычек

93 Выяснение жалоб, данных анамнеза заболевания, уточнение перенесенных и сопутствующих заболеваний, анамнеза жизни, труда, быта, отдыха относят к каким методам обследования:

1. дополнительный
2. основной
3. не относится к выше перечисленным
4. к дополнительным и к основным

94 Анамнез жизни

1. собирают сведения об особенностях родов, здоровье родителей, занятие физической культурой, наличие вредных привычек (курение, алкоголь, употребление наркотических средств)
2. собирают сведения обобщенных симптомов заболевания
3. собирают сведения о месте работы
4. собирают сведения только на наличие заболевания у родителей

95 Для исследования кровообращения тканей ЧЛЮ используют:

1. рентгенографию
2. реографии
3. эстезиометрию
4. электроодонтодиагностику
5. электромиографию

96 Для определения жизнеспособности пульпы используют:

1. реографию
2. электромиографию
3. электроодонтометрию
4. рентгенографию
5. эстезиометрию

97 К анамнезу жизни относят:

1. жалобы
2. наличие непереносимости медицинских препаратов
3. течение заболевания
4. давность заболевания
5. лечение

98 Местное обследование

1. внешний осмотр, пальпация тканей, осмотр полости рта, инструментальные исследования
2. только пальпация тканей
3. только осмотр челюстно-лицевой области
4. только рентгенологическое исследование
5. только инструментальное исследование

99 Дополнительные методы исследования

1. рентгенологические снимки, УЗИ, ангиография, МРТ, сиалография, лабораторные исследования и т.д.
2. только наличие лабораторных данных
3. только наличие рентгенологических данных
4. ничего из выше перечисленных не относится к дополнительным методам обследования

100 Хирургическая стоматология

1. наука о заболеваниях органов полости рта, костей лицевого скелета, тканей прилежащих отделов лица и шеи, требующих хирургических методов лечения
2. наука о заболеваниях организма в целом
3. наука о заболеваниях зубов
4. наука о заболеваниях костей лицевого скелета
5. наука о заболеваниях тканей лица

Пропедевтика терапевтической стоматологии

101. Инструменты для осмотра полости рта в терапевтической стоматологии:

1. зеркало, зонд, пинцет
2. шпатель, экскаватор, зеркало
3. зеркало, экскаватор
4. зеркало, серповидный крючок
5. зеркало, зонд, экскаватор.

102.Инструменты для окончательной обработки пломб:

1. диски, карборундовый камень, шаровидный бор
2. финир, полир, гладилка
3. полир, матрица
4. фрезы, кюретка, штопферы
5. финир, полир.

103.Инструменты для пломбирования кариозных полостей зубов:

1. шпатель, зонд, кюретка
2. штопфер, гладилка, боры стоматологические
3. экскаватор, крючки, гладилка
4. шпатель, гладилка, экскаватор
5. шпатель, штопфер, гладилка.

104.Виды стерилизации стоматологических инструментов:

1. суховоздушный метод, антисептическая обработка, кипячение
2. холодная стерилизация, мытье под проточной водой
3. обработка спиртом, прокаливание
4. паровой, воздушный, химический
5. кипячение, обработка хлорамином.

105.Какими свойствами должны обладать временные пломбировочные материалы:

1. хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного воздействия на пульпу.
2. иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
3. не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
4. обладать большой твердостью, так как пломба подвергается сильному давлению во рту
5. верно 1,3.

106. Для чего применяются временные пломбировочные материалы:

1. для прокладок под постоянные пломбы
2. для пломбирования корневых каналов
3. для пломбирования фронтальных зубов
4. при обширных дефектах зубов
5. в качестве изоляции нетвердеющих паст, для временных пломб.

107.С какой целью используются «Кальцин», «Кальмексин»:

1. с целью защиты пульпы от свободного мономера быстротвердеющих пластмасс
2. с целью стимулирования образования вторичного дентина
3. для защиты пульпы от свободной фосфорной кислоты
4. с целью уменьшения теплопроводности амальгамы
5. с целью девитализации пульпы.

108.Основные недостатки композиционного материала "Компосайт":

1. не применяется при пломбировании кариозных полостей 3, 4 и 5 класса
2. быстрое отверждение материала
3. раздражение пульпы зуба и требует абсолютной сухости кариозной полости;
4. механическая и химическая неустойчивость

5. не соответствует цвету зуба.

109. Основные положительные качества пломбировочного материала

" Компосайт ":

1. механическая и химическая устойчивость, соответствует цвету зуба, хорошая адгезия
2. чрезмерное быстрое отвердевание
3. не оказывает вредное действие на пульпу зуба
4. не происходит амальгирование золотых коронок, не происходит отравления организма
5. низкая теплопроводность.

110. Показания к применению пломбировочного материала " Компосайт ":

1. 1, 2 классы
2. 3, 4 классы
3. все классы - 1, 2, 3, 4, 5
4. 2 - 4 классы
5. при 1 и 4 классе;

111. Можно ли применять фосфат-цемент в качестве постоянной пломбы:

1. можно, так как этот материал относится к постоянным пломбировочным материалам
2. нельзя, так как он раздражает пульпу
3. нельзя, так как он быстро рассасывается и механически не прочен
4. можно, в зубах готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до смены осталось не более полугода
5. недостаточная стабильность цвета.

112. Как правильно наложить изолирующую прокладку:

при лечении кариеса:

1. прокладка накладывается только на дно кариозной полости
2. прокладка накладывается на дно и стенки до эмалево-дентинной границы, ее толщина не должна быть более 2-3 мм.
3. прокладка не накладывается, пломбу вносят в полость и тщательно притирают к стенкам
4. прокладка заполняет большую часть кариозной полости и накладывают пломбу с помощью матрицы или колпачка
5. прокладка накладывается сверх искусственного дентина;

113. Какие недостатки амальгамы считаются основными:

1. плохая прилипаемость, высокая теплопроводность, способность амальгировать искусственные коронки и протезы из золота (микротоки)
2. высокая чувствительность к влаге
3. невысокая механическая и абразивная устойчивость
4. несоответствие коэффициента термического расширения
5. высокая прочность.

114. Назовите основные положительные качества галлодента

1. незначительная краевая проницаемость
2. высокая прочность
3. незначительная усадка
4. отсутствие отрицательного влияния ртути на

организм

5. не изменяет цвет зуба.

115. Требования, предъявляемые к пломбировочным материалам для корневых каналов:

1. должен соответствовать цвету эмали
2. должны быть проницаемы для тканевой жидкости
3. легко вводиться в канал, заполнять его на всем протяжении, не уменьшается в объеме, быть R-контрастным
4. быстрое твердение в канале
5. антисептическое свойство.

116.В каких случаях применяются твердые корневые пломбировочные материалы (штифты):

1. для фиксации постоянной пломбы
2. для герметического закрытия верхушечного отверстия
3. для фиксации коронок, мостовидных протезов
4. для обеспечения рентгенконтрастности пломб
5. для улучшения качества пломбирования, и для ускорения его заполнения.

117.Цель окончательной обработки пломбы:

1. для создания контактного пункта
2. для косметического эффекта
3. для исключения травмирования языка
4. создать анатомическую форму зуба, сделать поверхность пломбы гладкой, исключить завышение прикуса
5. для усиления механической прочности;

118.Как стерилизуют перевязочный материал:

1. в сухожаровом шкафу
2. кипячением
3. автоклавированием
4. холодная стерилизация.

119.Какие инструменты не стерилизуются в сухожаровом шкафу:

1. зонд, штопфер
2. зеркало, иглы, ножницы, пластмассовые шпатели
3. матрицы, кюретажные ложки
4. шпатель, штопфер, боры
5. зонд, кюретажные ложки.

120.Инструменты и материалы, стерилизующиеся в автоклаве:

1. зеркало, ножницы, перчатки, маски, халаты
2. шовный материал, ватные тампоны, простынь для стерильного стола, халаты, чепчики, маски, перчатки
3. наконечники, боры
4. стаканы, ножницы, штопферы
5. гладилка, шпателя, шовный материал, маски, халаты.

121.Деонтология – это:

1. учение об обязанностях и правилах поведения медицинских работников по отношению к больному
2. изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача
3. система норм нравственного поведения человека или группы людей
4. наука о поведении и психических процессах человека

122. Виды стоматологических наконечников:

1. прямой, угловой, турбинный
2. шаровидный
3. механический
4. прямой, изогнутый.

123. Укажите пробы для определения стерильности инструментов:

1. проба Кулаженко, гистаминовая проба, Волдырная проба
2. амидопириновая проба, бензидиновая проба, фенолфталеиновая проба
3. реакция Вассермана, кожная проба, бензидиновая проба
4. проба Кулаженко, Волдырная проба
5. проба Шиллера-Писарева, Гистаминовая проба.

124. Особенность стерилизации режущих инструментов:

1. погружают в 96% раствор спирта на 1,5-2ч
2. только кипячением в течение 2 часов
3. достаточно обработки 25%, хлорамином в течение 10 секунд
4. обработка перекисью водорода 3 % в течение 10 минут
5. нет верных ответов.

125. Особенность стерилизации стоматологического зеркала:

1. только кипятят полностью
2. только сухожаровым методом под давлением при температуре - 180С
3. замачивают в 6% перекиси водорода на 1 час
4. хорошо моют в проточной воде
5. замачивают в моющем растворе на 10 минут с последующим промыванием в проточной воде.

126. Временные пломбировочные материалы:

1. кальмецин, кальцин паста
2. фосфат-цемент, висфат-цемент
3. дентин-паста, виноксол, искусственный дентин, цинк-эвгенольный цемент
4. норакирил-65, акрилоксид, норакирил-100
5. амальгама, галлодент-М.

127. Показания к применению искусственного дентина на воде:

1. для наложения постоянной пломбы
2. для пломбирования корневого канала
3. для временного закрытия полости зуба
4. при наложении лечебной прокладки
5. для фиксации штифтов.

128. Показания к применению искусственного дентина на масле:

1. для наложения постоянной пломбы
2. для герметизации фиссур
3. для наложения лечебной прокладки
4. для пломбирования каналов:
5. для временного закрытия полости зуба.

129. Пломбировочные материалы для постоянных пломб - импортные композиционные:

1. белодонт, силидонт
2. медная амальгама, Галлодент-М
3. норокрил-65, эндодент
4. дегуфил, харизма
5. стомодент, комподент.

130. Требования, предъявляемые к постоянным пломбам:

1. иметь большую твердость, не изменять цвет, не обладать теплопроводностью

2. иметь хорошую механическую прочность обладать длительным антисептическим действием
3. обладать одонотропными свойствами
4. хорошо прилипать к стенкам полости, обладать антимикробными свойствами
5. обладать противовоспалительным действием.

131. Какими положительными свойствами обладают фосфатные цементы:

1. пластичность, безвредность для пульпы, рентгеноконтрастность
2. одонотропное действие
3. цветостойкость
4. соответствие к эмали зуба
5. обладает твердостью, хорошими физико-механическими свойствами.

132. Какими отрицательными свойствами обладают фосфатные цементы:

1. быстро твердеет, механически и химически неустойчивый, не подходит по цвету к эмали
2. токсическое воздействие на пульпу зуба
3. гальванизм
4. окрашивают зуб
5. проницаем для тканевой жидкости.

133. Каковы показания к применению силикофосфатных цемента:

1. применяют для пломбирования кариозных полостей 1 и 2 кл.
2. фронтальные зубы, на поверхности коронок недоступные для осмотра
3. применяют для пломбирования молочных зубов
4. верно 1 2 3
5. применяют для пломбирования только жевательных зубов.

134. Чем объяснить токсичность силикатных и силикофосфатных цемента:

1. токсичность объясняется содержанием в составе фосфорной кислоты
2. содержанием ртути
3. за счет травления эмали зуба
4. за счет токсичности мономера
5. за счет содержания остатков органических кислот.

135. Как исключить токсическое действие на пульпу силикатного и силико-фосфатного цемента:

1. наложение пасты кальция
2. наложение прокладки из резорцин-формалиновой пасты
3. наложение прокладки из иодоформной пасты
4. обязательное наложение изолирующей прокладки.

136. Какова методика восстановления контактного пункта при наложении пломбы из цемента:

1. с помощью матрицы, путем давления штопфера на пломбу
2. применение матрицы не обязательно
3. с помощью шпателя
4. с помощью ватной турунды.

137. Укажите: когда и чем следует полировать пломбы из цемента:

1. следует полировать корбундовыми головками спустя 5-7 мин
2. через 48ч с помощью эластичной головки
3. на следующий день
4. полировать не следует
5. через 8-12 часов.

138. Укажите пломбировочные материалы на основе сплавов ртути с металлами:

1. галлодент-М
2. серебряная амальгама, медная амальгама
3. консайс, беладент
4. харизма, силидонт.

139. Показания к применению серебряной амальгамы:

1. для пломбирования кариозных полостей 1,2 и 5 класс у (моляров)
2. для пломбирования резцов, клыков, премоляров
3. для пломбирования резцов, клыков премоляров 3,4 класс
4. для пломбирования клиновидных дефектов, участков гипоплазии молочных и постоянных зубов
5. для пломбирования атипичных полостей.

140. Положительные свойства серебряной амальгамы:

1. пластична, достаточно тверда, обладает устойчивостью к механическим, химическим факторам, а также к влаге
2. обладает теплопроводностью
3. обладает антимикробной активностью
4. способна уменьшить чувствительность твердых тканей зуба
5. обладает антисептическими свойствами, не окрашивает зуб, рентгеноконтрастен.

141. Укажите недостатки серебряной амальгамы:

1. высокая теплопроводность, плохая прилипаемость, способность амальгамировать искусственные коронки из золота
2. токсическое действие к эмали зуба
3. пластичность
4. быстро твердеет, антисептическое свойство непродолжительно.

142. Техника приготовления серебряных амальгамных пломб:

1. на бумажном блокноте берут 1 каплю жидкости и 2 ложечки порошка замешивают пластмассовым шпателем в теч. 30-40с
2. на стеклянную пластинку наносится 4 части опилок и 1 часть ртути замешивается металлическим шпателем
3. в капсулу смешивают в равном количестве порошок и ртуть и закрепляют в амальгамосмесителе на 1 мин
4. в тигель накапывают жидкость и постепенно добавляют порошок до полного насыщения, чтобы поверхность была влажной, замешивают 40-50 сек.

143. Методика пломбирования серебряной амальгамой:

1. для пломбирования вводят пломбировочный материал единой порцией
2. перед наложением пломбы производят травление эмали в теч. 1 мин жидкостью
3. пломбу вносят в подготовленную полость порциями и конденсируют трегером
4. материал наносят частями и подвергают фотополимеризации.

144. Осложнения при нарушении правил пломбирования амальгамой:

1. возможно возникновение явлений гальванизма
2. отсутствие контактного пункта
3. окрашивает зуб
4. верно 1 2
5. отлом коронки и возникновение вторичного кариеса.

145. Укажите показания к пломбированию галлодентом:

1. 3 и 4 класс
2. 1 и 4 класса полости

3. полости 1 и 2 класса временных и постоянных зубов
4. все классы
5. 1 - 4 класс.

146. Протравливание эмали проводится для:

1. бактерицидных свойств композитов
2. улучшения эстетического вида
3. удаления налета
4. краевого прилегания композитов.

147. Чем лучше запломбировать канал после полной экстирпации пульпы:

1. резорцин-формалиновой пастой
2. цинк-эвгеноловой пастой, штифтами
3. металлической пломбой, Галлодент-М
4. Эвикрол, Акрилоксид
5. паста кальцин, кальмецин, Карбодент.

148. Укажите материалы, для пломбирования корневых каналов:

1. резорцин-формалиновая паста, фосфат-цемент, парацин, эндаметазон
2. цинк-эвгеноловая паста, эндодент, цебанит
3. кальмецин, кальцин-паста, эвикрол
4. акрилоксид, фосфат-цемент
5. 1+2.

149. От чего зависит выбор пломбировочного материала для пломбирования корневых каналов:

1. от принадлежности зуба
2. от проходимости канала
3. от методики лечения
4. от постановки диагноза
5. 1+2.

150. Когда для пломбирования корневого канала применяют резорцин-формалиновую пасту:

1. для пломбирования многокорневых зубов, в труднопроходимых каналах
2. для пломбирования однокорневых зубов
3. при лечении пульпитов
4. при лечении молочных зубов
5. для пломбирования клыков и многокорневых зубов.

151. Каким свойством обладает цинк-эвгеноловая паста:

1. противовоспалительным
2. одонтотропным
3. кровоостанавливающим
4. противогрибковым.

152. Какова техника замешивания фосфат-цемента для пломбирования каналов:

1. замешивание производят на целлофановой пленке до консистенции густой сметаны
2. на стекле берут порошок, и жидкость замешивают до консистенции крутого теста
3. замешивание производят на бумажном блокноте, пластмассовым шпателем до сметанообразной консистенции
4. в тигель капают жидкость и добавляют порошок до насыщения
5. на стекле берут порошок и жидкость и замешивают так, чтобы он стекал со шпателя тонкой непрерывной струйкой.

153. Какова техника приготовления резорцин-формалиновой пасты:

1. на стекле берут одну каплю 40% раствора формалина+кристаллы резорцина, до насыщения окись цинка до пастообразной консистенции
2. на стекле берут порошок и жидкость, замешивают до пастообразной консистенции
3. 1 каплю эвгенола добавляют окись цинка, перемешивают до консистенции пасты
4. порошок перемешивают с жидкостью до жидкой консистенции на стеклянной пластинке
5. пасту вносят в тигель и добавляют порошок.

154. Основные принципы препарирования кариозных полостей по Лукомскому:

1. создание ретенционных пунктов на небной поверхности
2. создание дополнительных площадок и расширение основной полости
3. расширение полости до видимо здоровых участков эмали и дентина
4. расширение основной полости и создание дополнительных площадок
5. профилактическое расширение полости до иммунных зон.

155. Основной принцип формирования кариозных полостей по Блеку:

1. расширение полости до видимо здоровых участков эмали и дентина
2. иссечение нависающих краев эмали
3. создание ретенционных пунктов
4. профилактическое расширение полости до иммунных зон
5. создание дополнительных площадок.

156. Какова цель создания дополнительных площадок:

1. предотвращение рецидивов кариеса
2. правильное распределение давления пломбировочного материала на стенки полости
3. лучшая фиксация материала в полости и создание устойчивой основы для пломбы
4. для предотвращения изменения цвета зуба;

157. Особенности при препарировании кариозной полости 3 класса:

1. кариозная полость на щечной поверхности и в фиссурах жевательной поверхности могут быть объединены в одну
2. дно полости должно под углом переходить в дополнительную площадку, может быть валикообразной формы
3. создание прямого угла, который должен находиться не менее 14 небной (язычной) поверхности зуба
4. перед препарированием обязательно аппликационное обезболивание
5. полость дентина должна быть крестообразной формы.

158. Основная особенность формирования кариозных полостей 4 класса:

1. создание ящикообразной полости
2. формирование краев кариозной полости
3. создание дополнительных площадок
4. создание крестообразной полости
5. расширение основной полости.

159. Укажите, какая форма полости предпочтительна при 5 классе:

1. крестообразная форма кариозной полости
2. ящикообразная форма кариозной полости
3. овальная форма кариозной полости
4. треугольной формы кариозная полость
5. округлой формы кариозная полость.

160. Укажите способы препарирования, улучшающие фиксацию пломбы в полостях 5 класса:

1. ретенционные пункты в виде бороздок на боковых стенках
2. создание ящикообразной формы
3. создание дополнительных площадок с контактной поверхностью

4. расширение жевательной поверхности
5. соединение жевательной и контактной поверхности.

161. Особенности формирования атипичных кариозных полостей:

1. из расширения основной полости
2. из комбинации вариантов форм полостей с созданием дополнительной площадки, насечек
3. дополнительная площадка должна быть меньших размеров
4. перед препарированием обязательно аппликационное обезболивание
5. при препарировании надо обязательно сушить кариозную полость.

162. Какие жалобы при завышении пломбы:

1. приступообразные боли
2. постоянные ноющие боли
3. боли при накусывании
4. ощущение оскомины
5. длительные боли при температурных раздражителях.

163. Какие осложнения могут быть в результате неправильного подбора пломбировочного материала:

1. изменение цвета зуба, некроз пульпы, явления гальванизма
2. общее отравление организма
3. отлом части коронки
4. вторичный кариес
5. болезненная перкуссия.

164. Какие кариозные полости относятся к 1 классу:

1. области естественных фиссур моляров и премоляров, а также в слепых ямках резцов и клыков
2. на контактных (боковых поверхностях) моляров и премоляров
3. на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности угла и режущего края коронки
4. на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности угла и режущего края коронки
5. в пришеечной области.

165. Какие кариозные полости относятся ко 2 классу по БЛЭКУ:

1. в пришеечной области
2. в области естественных фиссур моляров и премоляров, а также в слепых ямках резцов и клыков
3. на контактных (боковых поверхностях) моляров и премоляров
4. на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности угла и режущего края коронки
5. на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности угла и режущего края коронки.

166. Какие кариозные полости относятся к 3 классу по БЛЭКУ:

1. на контактных (боковых поверхностях) моляров и премоляров
2. на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности угла и режущего края коронки
3. в области естественных фиссур моляров и премоляров, а также в слепых ямках резцов и клыков
4. в пришеечной области
5. на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности края коронки.

167. Какие кариозные полости относятся к 4 классу по БЛЭКУ:

1. на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности угла и режущего края коронки
2. в области естественных фиссур моляров и премоляров, а также слепых ямках резцов и клыков
3. на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности угла и режущего края коронки
4. в пришеечной области
5. на контактных (боковых поверхностях) моляров и премоляров.

168. Какие кариозные полости относятся к 5 классу по БЛЭКУ:

- 1 на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности угла и режущего края коронки
2. в области естественных фиссур моляров и премоляров, а также в слепых ямках резцов и клыков
3. в пришеечной области
4. в области естественных фиссур моляров и премоляров, а также в слепых ямках резцов и клыков
5. на контактных (боковых поверхностях) моляров и премоляров.

169. Какими борами лучше препарировать эмаль зуба:

1. боры размерами 1
2. металлическими полирами
3. фрезами
4. алмазными и твердосплавными борами
5. стальными борами.

170. Укажите участки дентина наиболее болезненные при препарировании:

1. глубокие слои дентина
2. дентино-эмалевая граница
3. участки первичного дентина
4. участки склерозированного дентина
5. участки плащевого дентина.

171. Что такое контактный пункт?

1. это контакт зубов на окклюзионной поверхности
2. это промежутки между зубами, возникающие после удаления зуба
3. это точечное соприкосновение боковых поверхностей рядом стоящих зубов
4. это контакт между зубами, восстановленных пломбировочными материалами
5. это контактный, дополнительный пункт, который создается на придесневой стенке.

172. Каково физиологическое значение контактного пункта:

1. контактный пункт создает целостность зубного ряда, повышает его функциональную активность
2. контактный пункт восстанавливает анатомическую форму зуба
3. контактный пункт повреждает межзубной сосочек
4. контактный пункт обеспечивает связь между твердыми тканями зуба и пломбой
5. контактный пункт способствует образованию патологического десневого кармана.

173. Почему нельзя оставлять подрытыми края эмали:

1. потому что края эмали плотные и трудно поддаются сглаживанию, а это ведет к рецидиву кариеса
2. потому что через подрытые края эмали просачивается жидкая часть пломбировочного материала
3. потому что отлом подрытых краев эмали ведет к рецидиву кариеса
4. потому что через подрытые края эмали трудно проводить медикаментозную обработку кариозной полости

5. потому что ровные и гладкие края эмали необходимы для материалов, не обладающих адгезией.

174. Укажите средства, применяемые для медикаментозной обработки дна и стенок кариозной полости:

1. резорцин-формалиновая жидкость
2. перекись водорода 3%, 0,1% гипохлорит Na
3. перекись водорода 6%, спиртовой раствор календулы
4. борная кислота 2%, эфир, спирт
5. йодиол, раствор хлоргексидина 3%.

175. Каким требованиям должна отвечать сформированная полость:

1. стенки и дно должны быть под прямым углом, должны быть хорошо выражены углы, края эмали должны быть ровными и гладкими
2. дно кариозной полости должно быть шероховатое, стенки должны иметь зазубрины для лучшей фиксации пломбы
3. основная полость должна быть больше дополнительной, т.к. основная масса пломбы в основной полости
4. дно основной и дополнительной полостей должно быть одинаковых размеров
5. основная и дополнительная полости должны быть объединены между собой.

176. Укажите элементы кариозной полости

1. стенки, борозды, первая ступень полости
2. края, стенки, фальц, контактный пункт
3. стенки, дно, края
4. углы, дно, устья корневых каналов
5. дно, верхушечное отверстие, края.

177. Пломбировочные материалы для пломбирования корневых каналов при периодонтите:

1. кальцецин паста, биопаста
2. эндометазон
3. фосфат цемент, резорцин-формалиновая паста, эндодонт
4. дентин паста, лак
5. виноксол.

178. Инструменты, необходимые для удаления некротизированной пульпы:

1. пульпоэкстрактор
2. дрельбор, рашпиль
3. буравы и каналонаполнители
4. игла Миллера
5. игла Миллера, дрельбор.

179. Топография полости зуба в резцах в/ч:

1. полость зуба повторяет анат. форму и постепенно суживаясь переходит в устье канала, имеет один корень, один канал
2. полость зуба содержит коронковую пульпу, которая постепенно суживаясь, переходит в корневую, имеет один корень, один канал
3. полость зуба повторяет анатомическую форму и переходит в устья каналов
4. два корня, два канала (щечный, небный) полость зуба трапециевидной формы, имеет 2 корня и 3 канала (язычный, щечный, дистальный).

180. Топография полости зуба первого моляра в/ч:

1. два корня, два канала
2. полости зуба трапециевидной формы, имеет 2 корня и 3 канала

3. полости коронки и каналы корней могут не соответствовать внешнему виду коронки и корня
4. коронковая полость имеет форму неправильного четырехугольника форма для дна полости приближается к треугольнику, в углах которого расположены устья корневых каналов небный корневой канал широкий, прямой, в щечных корнях каналы сужены, искривлены.

181. Топография полости зуба первого моляра н/ч:

1. коронковая полость соответствует внешним контурам зуба, сжата в переднезаднем направлении имеет вид щели, дно имеет вид углубления, из которых щечное, небный корень короче щечный канал более узкий редко изогнутый
2. полость зуба в целом повторяет анатомическую форму зуба. Коронковая полость имеет вид узкой щели, свод ее заканчивается узким клином, на вершине которого имеются три углубления, соответствующие бугоркам режущего края
3. дно коронковой полости имеет очертания прямоугольника с тремя устьями корневых каналов, из которых два расположены в переднем корне, а один в заднем

182. Свободно выступающая в полость рта часть зуба называется:

1. корнем
2. коронкой
3. шейкой
4. верхушкой зуба.

183. Коронка зуба покрыта:

1. дентином
2. цементом
3. периодонтом
4. эмалью.

184. Основную массу зуба составляет:

1. эмаль
2. цемент
3. дентин
4. пульпа.

185. Сосуды и нервы содержатся в:

1. пульпе
2. цементе
3. дентине
4. эмали.

186. Закладка зубных зачатков во внутриутробном периоде у ребенка происходит на:

1. 1-2 недели
2. 5-6 недели
3. 6-7 недели
4. 3-4 недели.

187. Верхняя челюсть состоит из тела и отростков:

1. двух
2. трех
3. четырех
4. пяти.

188. На нижней челюсти имеются тело и отростки:

1. три
2. два
3. четыре
4. один.

189. Количество корней у резцов верхней и нижней челюсти:

1. два
2. три
3. один
4. четыре.

190. Количество корней у верхних молочных моляров:

1. три
2. два
3. один
4. четыре.

191. Нижние моляры постоянного прикуса имеют корни:

1. три
2. два
3. один
4. четыре.

192. Верхние моляры постоянного прикуса имеют корни:

1. четыре
2. один
3. два
4. три.

193. К основным методам обследования относятся:

1. термодиагностика
2. опрос
3. рентгеновское исследование
4. биопсия.

194. Данные обследования пациента заносятся в:

1. листок ежедневного учета врача-стоматолога
2. медицинскую карту
3. дневник учета врача-стоматолога-ортопеда
4. дневник учета.

195. Осматриваются сначала:

1. преддверие полости рта
2. полость рта
3. лицо
4. зубы.

196. С помощью вертикальной перкуссии определяют:

1. состояние верхушечного периодонта
2. состояние десневого края
3. степень подвижности зубов
4. болезненность в области устьев каналов.

197. Зондирование выполняется с помощью:

1. зонда
2. пинцета
3. штопфера
4. гладилки.

198. Здоровые зубы реагируют на ток силой:

1. 2-6 мкА
2. 50-60 мкА
3. 100 мкА
4. 300 мкА.

199. Бактериологическое исследование проводится при:

1. кариесе зубов
2. некариозных поражениях
3. заболеваниях слизистой оболочки полости рта
4. пульпите.

200. Электроодонтодиагностика применяется для определения порога чувствительности:

1. надкостницы

2. пульпы зуба и периодонта
3. слизистой оболочки полости рта
4. альвеолярного отростка.

Пропедевтика ортопедической стоматологии

201. Угол трансверсального резцового пути равен:

1. 33 град.
2. 45 град.
3. 110 град.
4. 17 град.
5. 25 град.

202. Документация, заполняемая врачом при первичном приеме больного

1. заказ – наряд
2. история болезни больного
3. листок ежедневного учета
4. листок ежемесячного учета
5. талон на прием к врачу

203. При использовании какой бормашины препаровка зубов менее болезненна?

1. ножной
2. электрической
3. турбинной
4. электрической и ножной
5. правильных ответов нет

204. Какую форму имеет зубная дуга верхней челюсти при постоянном ортогнатическом прикусе?

1. полукруга
2. параболы
3. полуэллипса
4. тупого угла
5. прямоугольную

205. Какую форму имеет зубная дуга нижней челюсти при постоянном ортогнатическом прикусе?

1. полукруга
2. параболы
3. полуэллипса
4. тупого угла
5. прямоугольную

206. При помощи какого инструмента определяется глубина зубодесневового кармана?

1. пинцет
2. экскаватор
3. градуированный пуговчатый зонд
4. зонд
5. шпатель

207. Мышцы, поднимающие нижнюю челюсть?

1. собственно жевательная, височная, медиальная крыловидная
2. латеральная крыловидная мышца
3. челюстно – подъязычная, подбородочно – подъязычная, двубрюшная мышца
4. круговая мышца рта
5. скуловидная мышца

208. Мышцы, опускающие нижнюю челюсть?

1. собственно жевательная, височная, медиальная, крыловидная
2. латеральная крыловидная мышца
3. челюстно – подъязычная, подбородочно – подъязычная, двубрюшная мышца
4. круговая мышца рта

5. скуловидная мышца

209. Назовите виды окклюзионных кривых

1. сагиттальная
2. трансверзальная
3. сагиттальная и трансверзальная
4. вертикальная
5. правильных ответов нет

210. Поверхность коронки зуба обращенная к смежным зубам своего ряда, называется:

1. окклюзионной
2. вестибулярной
3. аппроксимальной
4. язычной
5. небной

211. Что входит в понятие пародонт?

1. ткани, расположенные между стенкой лунки и поверхностью корня
2. десна, корень зуба, приодонт
3. приодонт, десна
4. периодонт, корень зуба
5. десна, периодонт, цемент зуба, альвеолярная кость

212. Что такое «прикус»?

1. всевозможное положение нижней челюсти
2. всевозможное положение и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней челюсти
3. смыкание зубных рядов в целом или отдельных групп зубов в течении большего или меньшего отрезка времени
4. характер смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии

213. Определите физиологические виды прикусов.

1. ортогнатический, прямой, бипрогнатический, физиологическая прогения, физиологическая прогнатия
2. ортогнатический, прямой, прогения, глубокий
3. прогения, прогнатия, открытый, перекрестный
4. ортогнатический, прямой, открытый, перекрестный

214. Какой прибор воспроизводит только вертикальные движения нижней челюсти?

1. окклюдатор
2. артикулятор
3. артикулятор Бонвиля или Сорокина
4. артикулятор ГИЗИ «Симплекс»
5. все вышеперечисленные приборы

215. Аппарат, воспроизводящий все движения челюсти, называется

1. гнатодинамометр
2. артикулятор
3. лицевая дуга
4. кювета
5. параллелометр

216. При каком методе рентгенологического исследования получается послойное изображение всей челюсти и зубных рядов?

1. внеротовый метод
2. томография
3. внутриротовый метод
4. рентгеноскопия
5. правильны все ответы

217. Что понимают под электромиографией?

1. измерение тонуса мышц
2. измерение поперечника мышц
3. запись на ленту биопотенциалов мышц

4. измерение податливости мышц
5. измерение объема мышц

218. Обозреваемая (видимая) часть зуба, выступающая над десной, называется коронкой зуба:

1. анатомической
2. клинической
3. функциональной
4. керамической

219. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

- 1) mylohyoideus
- 2) temporalis
- 3) digastricus
- 4) pterygoideus lateralis
- 5) geniohyoideus

220. Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:

- 1) латеральных крыловидных
- 2) медиальных крыловидных
- 3) передним отделом двубрюшной мышцы
- 4) челюстно-подъязычной
- 5) собственно-жевательной

221. При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка:

- 1) у основания
- 2) в нижней трети
- 3) на середине
- 4) у вершины
- 5) в верхней трети

222. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне сдвига совершает движение:

- 1) вниз
- 2) вперед
- 3) вокруг собственной оси
- 4) вниз и вперед
- 5) вниз, вперед и вокруг собственной оси

223. Суставной признак центральной окклюзии - суставная головка находится по отношению к суставному бугорку:

- 1) на середине ската
- 2) у основания ската
- 3) на вершине
- 4) на любом участке ската
- 5) в дистальном участке суставной ямки

224. Воображаемая линия, проходящая на уровне вершечек корней, называется дугой:

- 1) зубной;
- 2) альвеолярной;
- 3) базальной.

225. Самой широкой дугой на верхней челюсти является:

- 1) зубная;
- 2) альвеолярная;
- 3) базальная.

226. Самой широкой дугой на нижней челюсти является:

- 1) зубная;
- 2) альвеолярная;
- 3) базальная.

227. Наиболее узкой дугой на верхней челюсти является:

- 1) зубная;

- 2) альвеолярная;
- 3) базальная.

228. Наиболее узкой дугой на нижней челюсти является:

- 1) зубная;
- 2) альвеолярная;
- 3) базальная.

229. Разница между высотой нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя и в положении центральной окклюзии при физиологических видах прикуса составляет (в мм):

- 1) 1-1.5;
- 2) 2-4;
- 3) 6-8;
- 4) 10.

230. При ортогнатическом прикусе медиально-щечный бугорок первого моляра верхней челюсти располагается:

- 1) в медиальной щечной межбугорковой фиссуре одноименного антагониста;
- 2) в дистальной щечной межбугорковой фиссуре одноименного антагониста;
- 3) между вторым премоляром и первым моляром нижней челюсти.

231. При смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии при ортогнатическом прикусе каждый зуб имеет антагонистов (кроме 18,28,32 и 41 зубов):

- 1) 1;
- 2) 2;
- 3) 3.

232. Сколько антагонистов при физиологических прикусах имеют 18,28,31 и 41 зуба?:

- 1) 1;
- 2) 2;
- 3) 3.

233. Укажите антагонистов 23 зуба при ортогнатическом прикусе:

- 1) 43,44; 2) 33,34; 3) 32,33; 4) 42,43

234. Укажите антагонистов 16 зуба при ортогнатическом прикусе:

- 1) 25,26; 2) 45,46; 3) 36,37; 4) 46,47

235. Укажите антагонистов 43 зуба при ортогнатическом прикусе:

- 1) 12,13; 2) 13,14; 3) 22,23; 4) 23,24

236. Какие мышцы отводят нижнюю челюсть в сторону (в трансверзальной плоскости)?:

- 1) т. pterigoideus later.;
- 2) т. geniohyoideus;
- 3) т. pterigoideus med.;
- 4) т. digastricus;
- 5) т. temporalis;
- 6) т. mylohyoideus;
- 7) т. masseter.

237. Максимально верхнее и средне сагиттальное напряженное положение суставных головок нижней челюсти по отношению к суставным ямкам называется:

- 1) центральная окклюзия;
- 2) центральное соотношение;
- 3) прикус.

238. Неподвижная горизонтальная ось вращения суставных головок в положении центрального соотношения называется:

- 1) терминальной;
- 2) физиологической;
- 3) артикуляционной.

239. Максимальное фиссурно-бугорковое смыкание зубов именуется:

- 1) центральная окклюзия;
- 2) дистальное контактное положение нижней челюсти;
- 3) положение физиологического покоя.

240. В каких пределах варьирует межокклюзионное пространство при физиологических видах прикуса (в мм)?:

- 1) 2-4; 2) 7-14; 3) 0,5-1.

241. Величина сагиттального суставного пути (в см):

- 1) 0,5; 2) 0,7; 3) 4.

242. Сторона, в которую направлено движение нижней челюсти, называется:

- 1) рабочей;
- 2) нерабочей;

243. При каком виде прикуса угол сагиттального резцового пути равен нулю?:

- 1) ортогнатическом;
- 2) опистогнатическом;
- 3) прямом.

244. Какие виды окклюзионных взаимоотношений между жевательными зубами отмечаются при боковой окклюзии на рабочей стороне?:

- 1) контакт одноименных бугорков;
- 2) разноименный бугорковый контакт.

245. Какие виды окклюзионных взаимоотношений между жевательными зубами отмечаются при боковой окклюзии на балансирующей (нерабочей) стороне?:

- 1) контакт одноименных бугорков;
- 2) разноименный бугорковый контакт.

246. При ортогнатическом прикусе в положении центральной окклюзии небные бугры верхних жевательных зубов контактируют с:

- 1) лингвальными буграми зубов антагонистов;
- 2) щечными буграми зубов антагонистов;
- 3) центральными ямками и краевыми гребешками зубов антагонистов.

247. При ортогнатическом прикусе в положении центральной окклюзии щечные бугры нижних жевательных зубов контактируют с:

- 1) небными буграми зубов антагонистов;
- 2) щечными буграми зубов антагонистов;
- 3) центральными ямками и краевыми гребешками зубов антагонистов.

248. Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней:

- 1) артикуляция
- 2) окклюзия
- 3) прикус
- 4) межальвеолярная высота
- 5) высота нижнего отдела лица

249. Самой широкой дугой на верхней челюсти является

1. зубная
2. альвеолярная
3. базальная
4. дентальная
5. коронковая

250. Апроксимальная поверхность коронки зуба, обращенная к середине зубной дуги называется

1. язычной
2. небной
3. оральной
4. дистальной
5. медиальной

251. Объективное исследование пациента начинают с:

- 1) опроса
- 2) осмотра слизистой оболочки
- 3) заполнения зубной формулы
- 4) изучения диагностических моделей
- 5) внешнего осмотра

252. Набор инструментов для первичного осмотра пациента в клинике ортопедической стоматологии включает:

- 1) зонд, зеркало
- 2) зонд, зеркало, пинцет
- 3) зонд, зеркало, пинцет, экскаватор
- 4) зонд, зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку
- 5) зонд, зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку, шпатель

253. Прикус - это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

- 1) центральной
- 2) боковой левой
- 3) боковой правой
- 4) передней
- 5) дистальной

254. Собственно жевательная мышца по функции относится к группе мышц:

- 1) опускающих нижнюю челюсть
- 2) поднимающих нижнюю челюсть
- 3) смещающих нижнюю челюсть вперед
- 4) смещающих нижнюю челюсть вправо
- 5) смещающих нижнюю челюсть влево

255. Зубная формула 24 соответствует:

- 1) первому премоляру на верхней челюсти слева
- 2) первому премоляру на нижней челюсти справа
- 3) второму премоляру на верхней челюсти справа
- 4) второму премоляру на нижней челюсти справа
- 5) первому премоляру на верхней челюсти справа

256. К физиологическим видам прикуса относятся:

- 1) бипрогнатический
- 2) глубокий
- 3) прогнатический
- 4) перекрестный
- 5) открытый

257. К патологическим видам прикуса относятся:

- 1) бипрогнатический

- 2) глубокий
- 3) ортогнатический
- 4) прямой
- 5) глубокое резцовое перекрытие

258. Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней:

- 1) артикуляция
- 2) окклюзия
- 3) прикус
- 4) межальвеолярная высота
- 5) высота нижнего отдела лица

259. Высота потолка в стоматологическом кабинете должна быть не менее (м):

- 1) 4,5
- 2) 3,3
- 3) 3,0
- 4) 2,8
- 5) 2,0

260. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:

- 1) 125°C - 45 мин
- 2) 160°C-40 мин
- 3) 180°C-45 мин
- 4) 180°C-60 мин
- 5) 200°C-90 мин

261. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают:

- 1) зеркала, изделия из стекла 2) наконечники
- 2) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал

262. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, пинцет
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики

263. Температурный режим, поддерживаемый в стоматологическом кабинете в холодное время года (градусов):

- 1) 15-16
- 2) 17-18
- 3) 18-23
- 4) 23-28
- 5) 28-30

264. Стены в стоматологическом кабинете, согласно существующим нормативам, покрывают:

- 1) обоями
- 2) побелкой
- 3) керамической плиткой
- 4) гобеленом
- 5) пластиком

265. Сухожаровая стерилизация предназначена для:

- 1) перевязочного материала
- 2) белья
- 3) ватных валиков
- 4) цельнометаллических инструментов

5) шовного материала

266. С помощью амидопириновой пробы определяют:

- 1) остатки крови на инструментах
- 2) остатки моющих средств
- 3) стерильность инструментов
- 4) наличие жира
- 5) наличие углеводов

267. К основным методам обследования относятся:

- 1) опрос, рентгенография
- 2) опрос, осмотр
- 3) осмотр, ЭОД
- 4) ЭОД, рентгенография
- 5) перкуссия, ЭОД

268. Обследование пациента начинают с применения методов:

- 1) рентгенологических
- 2) лабораторных
- 3) термометрических
- 4) основных
- 5) цитологических

269. Опрос пациента начинается с выяснения:

- 1) истории жизни
- 2) анамнеза заболевания
- 3) перенесенных заболеваний
- 4) жалоб
- 5) аллергоанамнеза

270. Слизистая оболочка полости рта в норме:

- 1) бледного цвета, сухая
- 2) бледно-розового цвета, сухая
- 3) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена
- 4) ярко-красного цвета, обильно увлажнена
- 5) гиперемирована, отечна

271. Осмотр пациента начинают с:

- 1) заполнения зубной формулы
- 2) определения прикуса
- 3) внешнего осмотра
- 4) осмотра зубных рядов
- 5) перкуссии зубов

272. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

- 1) перкуссии
- 2) зондирования
- 3) пальпации
- 4) рентгенографии
- 5) аускультации

273. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

- 1) зеркала
- 2) углового зонда
- 3) пинцета
- 4) экскаватора

5) шпателя

274. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

- 1) тургор кожи, цвет глаз
- 2) симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи
- 3) форму носа, цвет глаз
- 4) пигментные пятна, цвет волос
- 5) целостность зубного ряда

275. Глубина десневого желобка равна (мм):

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

276. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

- 1) по всем поверхностям
- 2) в пришеечной области
- 3) в области контактных поверхностей
- 4) в фиссурах
- 5) в области бугров

277. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

- 1) отклонена назад
- 2) отклонена влево
- 3) отклонена вправо
- 4) наклонена вперед
- 5) отклонена назад и влево

278. Для изучения состояния протезируемого органа перед началом, в процессе и после ортопедического лечения используют модели

1. рабочие,
2. фантомные,
3. вспомогательные,
4. музейные,
5. контрольные.

279. Компенсационная окклюзионная кривая в сагиттальной плоскости смотрит кривизной:

1. вправо
2. влево
3. вниз
4. вверх
5. назад

280. Компенсационная окклюзионная кривая в сагиттальной плоскости начинается от:

1. 5-го до 6-го зуба
2. 4-го до 8-го зуба
3. 3-го до 6-го зуба
4. 4-го до 7-го зуба
5. 3-го до 8-го зуба

281. Область зуба, обращенная к антагонистам, называется:

1. апроксимальной
2. щечной
3. язычной
4. окклюзионной
5. оральной

282. Область зуба, обращенная к преддверию, называется:

1. апроксимальной
2. вестибулярной
3. язычной
4. окклюзионной
5. оральной

283. Область зуба, обращенная к полости рта, называется:

1. апроксимальной
2. вестибулярной
3. язычной
4. окклюзионной
5. оральной

284. Сколько поверхностей у зуба:

1. 3
2. 5
3. 4
4. 6
5. 2

285. Чем покрыт корень зуба:

1. эмалью
2. цементом
3. дентином
4. надкостницей
5. костной тканью

286. Чем покрыта коронка зуба:

1. эмалью
2. цементом
3. дентином
4. надкостницей
5. костной тканью

287. Коронка зуба покрытая эмалью называется:

1. физиологической
2. анатомической
3. клинической
4. патологической
5. аномалийной

288. Компенсационная окклюзионная кривая в сагиттальной плоскости носит имя:

1. Уилсона
2. Бонвиля
3. Шпее
4. Агапова
5. Рубинова

289. Компенсационная окклюзионная кривая в трансверзальной плоскости носит имя:

1. Уилсона
2. Бонвиля
3. Шпее
4. Агапова
5. Рубинова

290. Форма трансверзальной окклюзионной кривой в области 6 I 6 представлена линией:

1. выпуклой;
2. вогнутой;
3. прямой;
4. волнообразной;
5. овальной.

291. Форма трансверсальной окклюзионной кривой в области 5 I 5 представлена линией:

1. выпуклой;
2. вогнутой;
3. прямой;
4. волнообразной;
5. овальной.

292. Форма трансверсальной окклюзионной кривой в области 4 I 4 представлена линией:

1. выпуклой;
2. вогнутой;
3. прямой;
4. волнообразной;
5. овальной.

293. Напряжение, развиваемое мышцей при максимальном ее сокращении, называется:

1. жевательным давлением;
2. абсолютной силой жевательной мышцы;
3. мышечным напряжением при центральной окклюзии;
4. гипертонусом мышц;
5. статическим напряжением.

294. Суммарная абсолютная сила жевательных мышц, поднимающих нижнюю челюсть (для правой и левой сторон) составляет (по данным Фика) (в кг):

1. 90;
2. 195;
3. 390;
4. 125;
5. 80.

295. Сила, развиваемая мышцами для разжевывания пищи и действующая на определенный зуб или группу зубов, называется:

1. жевательным давлением;
2. абсолютной жевательной силой;
3. мышечным тонусом.
4. гипертонусом мышц;
5. статическим напряжением.

296. Для определения выносливости пародонта к жевательному давлению применяются:

1. фагодинамометр;
2. гнатодинамометр;
3. миодинамометр;
4. тонометр;
5. мастикоциограф.

297. Угол сагитального резцового пути равен:

1. 33 град.
2. 45 град.
3. 110 град.
4. 17 град.
5. 25 град.

298. Угол сагитального суставного пути равен:

1. 33 град.
2. 45 град.
3. 110 град.
4. 17 град.
5. 25 град.

299. Угол трансверсального суставного пути равен:

1. 33 град.
2. 45 град.
3. 110 град.
4. 17 град.
5. 25 град.

300. Сколько квадратных метров площади необходимо на одно врачебное кресло?

1. 10 кв. м
2. 11 кв. м.
3. 12 кв.
4. 7 кв. м
5. 14 кв.м

Приложение 2

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

Шкала оценивания презентации

	Нет ответа -0 %	Минимальн ый ответ - 31-60 %	Изложенны й, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченны й полный ответ - 70- 84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	Отметка (в %)
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутству ют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнитель ной литературы . Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечение м дополнитель ной литературы . Выводы сделаны.</i>	
<i>Представлен ие</i>	-	<i>Представля мая информация логически не связана.</i>	<i>Представля мая информация не систематиз ирована и не последовате льна.</i>	<i>Представля мая информация систематиз ирована и последовате льна. нов.</i>	<i>Представля мая информация систематиз ирована, последовате льна и логически связана.</i>	

<i>Оформление</i>	-	<i>Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представленной информации</i>	<i>3-4 ошибки в представленной информации</i>	<i>Не более 2-х ошибок в представленной информации</i>	<i>Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
Итоговая оценка		неудовлетворительная	удовлетворительная	хорошо	отлично	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Шкала оценивания презентации

	Нет ответа -0 %	Минимальный ответ - 31-60 %	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ - 70-84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	Отметка (в %)
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.</i>	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана. Не использованы профессиональные</i>	<i>Представляемая информация не систематизирована и не последовательна. Использован</i>	<i>Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2-х</i>	<i>Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.</i>	

		<i>термины.</i>	<i>1-2 профессиональных термина</i>	<i>профессиональных терминов.</i>	<i>Использовано более 5 профессиональных терминов.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не использованы информационные технологии (PowerPoint) . Больше 4 ошибок в представлении информации</i>	<i>Использованы информационные технологии (PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представлении информации</i>	<i>Использованы информационные технологии (PowerPoint) . Не более 2-х ошибок в представлении информации</i>	<i>Широко использованы информационные технологии (PowerPoint) . Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
Итоговая оценка						

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии: 1. Знание основных разделов пропедевтики. 2. Глубина и полнота раскрытия вопроса. 3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе. 4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы. 5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемой в пропедевтике, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания основ врачебной деонтологии; владеет общими принципам диагностики; семиотики заболеваний органов и тканей полости рта и челюстно-лицевой области; начальным профессиональным мануальным навыкам врача-стоматолога общей практики. Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах

пропедевтики. Студент показывает хорошие знания основ стоматологии; терапевтической, ортопедической, хирургической. Но при этом дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 элементам.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах пропедевтики. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах пропедевтики. Допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует непонимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение мануальных навыков на фантоме, выполняя полный алгоритм действий, отлично ориентируется в стоматологическом инструментарии.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение мануальных навыков на фантоме, но не полностью соблюдает алгоритм действий, хорошо знает стоматологический инструментарий.

Отметкой **(60-69)** оценивается не совсем правильное выполнение мануальных навыков на фантоме, путает алгоритм действий, не знает название некоторых стоматологических инструментов.

Отметка **(0-59)** выставляется при не выполнении мануальных навыков на фантоме, и незнании стоматологического инструментария.