

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Стоматологический факультет*

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПО  
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ)**

Специальность (Стоматология) 31.05.03

**Ростов-на-Дону**

**2023г.**

1. Изучение дисциплины **Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по ортопедической стоматологии)** направлено на формирование компетенций в соответствии с ФГОС ВО (ФГОС 3++) и ОП ВО по данной специальности:
2. Профессиональных: ПК-1, ПК-2.
3. **Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями**

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-1. Способен к проведению диагностики детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза.	Задания закрытого типа	<p>001 БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ – ЭТО</p> <p>А) съемный зубной протез, передающий жевательное давление, как на слизистую оболочку, так и на опорные зубы</p> <p>Б) съемный зубной протез, передающий жевательное давление только на слизистую оболочку</p> <p>В) съемный зубной протез, передающий жевательное давление только на зубы</p> <p>Г) съемный зубной протез, передающий жевательное давление только на твердое небо</p> <p>002 БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ СОСТОИТ</p> <p>А) из дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидных частей</p> <p>Б) из дуги, искусственных зубов и кламмеров</p> <p>В) из дуги, искусственных зубов</p> <p>Г) из базиса и искусственных зубов</p> <p>003 ПЛЕЧО ГНУТОГО КЛАММЕРА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ</p> <p>А) удерживающую</p> <p>Б) удерживающую и опорную</p> <p>В) опорную</p> <p>Г) защитную</p> <p>004 ПЛЕЧО КЛАММЕРА ПРИЛЕЖИТ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА</p> <p>А) по всей своей длине</p> <p>Б) в трех точках</p> <p>В) в двух точках</p> <p>Г) в одной точке</p> <p>005 ДУГА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА РАСПОЛАГАЕТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ</p> <p>А) не касаясь</p> <p>Б) слегка касаясь</p> <p>В) плотно прилежит</p> <p>Г) погружена в слизистую оболочку</p> <p>006 В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИМЕНЯЮТСЯ КЛАММЕРА, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ МЕТОДОМ</p>

		<p>А) Литья  Б) штамповки  В) Ковки  Г) изгибания</p> <p>007 ПЛЕЧО ЛИТОГО КЛАММЕРА В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ</p> <p>А) удерживающую и опорную  Б) Опорную  В) удерживающую  Г) Защитную</p> <p>008 ДУГА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>А) на середине расстояния между шейками зубов и переходной складкой слизистой оболочки дна полости рта  Б) у шеек зубов  В) у переходной складки слизистой оболочки дна полости рта  Г) на середине язычной поверхности нижних резцов</p> <p>009 ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ</p> <p>А) альгинатные  Б) Гипс  В) термопластические  Г) Цементы</p> <p>010 КАРКАС БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА МОЖЕТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕН ИЗ</p> <p>А) хромкобальтового сплава  Б) серебряно-палладиевого сплава ПД-250  В) золота 900 пробы  Г) пластмассы</p> <p>011 КАРКАС БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА СОСТОИТ ИЗ</p> <p>А) дуги, кламмеров и ответвлений  Б) искусственных зубов  В) гнутых кламмеров  Г) седловидной части</p> <p>012 ЧАСТЬ ОПОРНОУДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>А) в ретенционной зоне  Б) в окклюзионной зоне  В) в зоне поднутрения  Г) в фиссурах моляров</p> <p>013 ПЛЕЧО КЛАММЕРА АККЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ФОРМУ</p> <p>А) саблевидную  Б) клиновидную</p>
--	--	--

		<p>В) прямую Г) кольцевидную</p> <p>014 МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ</p> <p>А) ложечкообразную форму Б) форму ласточкиного хвоста В) форму квадрата Г) плоскую форму</p> <p>015 ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП</p> <p>А) припасовка каркаса бюгельного протеза Б) припасовка и наложение готового бюгельного протеза В) проверка конструкции бюгельного протеза с искусственными зубами Г) коррекция бюгельного протеза</p> <p>016 ПАРАЛЛЕЛОМЕТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>А) параллельности зубов на модели Б) параллельности линий на рентгенограмме В) подвижности зубов Г) чувствительности слизистой оболочки полости рта</p> <p>017 ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) моделировании каркаса бюгельного протеза Б) припасовке литого каркаса на модели в лаборатории В) припасовке и проверке каркаса бюгельного протеза в клинике Г) снятии оттисков</p> <p>018 НА ПЕРВУЮ КОРРЕКЦИЮ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ПРИГЛАСИТЬ</p> <p>А) на следующий день Б) на 2-й день В) на 3-й день Г) в случае возникновения боли</p> <p>019 ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИПАСОВКИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕРКА СМЫКАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ</p> <p>А) в центральной окклюзии, при боковых и передних движениях нижней челюсти Б) в центральной окклюзии и при боковых движениях нижней челюсти В) только в центральной окклюзии Г) только при передних движениях нижней</p>
--	--	---

		<p>челюсти</p> <p>020 ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ МЕЖДУ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ КОРОНКИ ЗУБА, АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ОТРОСТКОМ И ВЕРТИКАЛЬНЫМ ШТИФТОМ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА ПРИ ЗАДАННОМ НАКЛОНЕ МОДЕЛИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>А) зоной поднутрения Б) окклюзионной зоной В) ретенционной зоной Г) зоной безопасности</p> <p>021 ВИДЫ СТАБИЛИЗАЦИИ ЗУБНОГО РЯДА, КОТОРЫЕ МОЖНО ДОСТИЧЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>А) стабилизация по дуге, парасагиттальная стабилизация Б) сагиттальная В) фронтальная стабилизация Г) фронто-сагиттальная</p> <p>022 ПРИБОР, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЧАСТЕЙ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА ЗУБАХ И АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ</p> <p>А) параллелометр Б) аксиограф В) функциограф Г) артикулятор</p> <p>023 НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛИНИЕЙ, ПОЛУЧЕННОЙ С ПОМОЩЬЮ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) линия обзора Б) линия анатомического экватора В) линия вертикали Г) продольная ось зуба</p> <p>024 ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ НЕТОЧНОСТЕЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>А) объемная усадка сплава металла при отливке каркаса Б) ошибки при определении центрального соотношения челюстей В) ошибки при определении цвета зубов Г) ошибки при проведении окклюзионной коррекции</p> <p>025 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПАРАМЕТРАМ</p> <p>А) расположение окклюзионных накладок в ложах для них Б) соответствие цвета искусственных зубов естественным зубам пациента</p>
--	--	--

		<p>В) отсутствие мраморного рисунка в седловидной части протеза</p> <p>Г) отсутствие пор в седловидной части протеза</p> <p>026 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПАРАМЕТРАМ</p> <p>А) отсутствие баланса на модели и в полости рта</p> <p>Б) соответствие цвета искусственных зубов естественным зубам пациента</p> <p>В) отсутствие мраморного рисунка в седловидной части протеза</p> <p>Г) отсутствие пор в седловидной части протеза</p> <p>027 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПАРАМЕТРАМ</p> <p>А) расположение плеч, опорно-удерживающих кламмеров</p> <p>Б) соответствие цвета искусственных зубов естественным зубам пациента</p> <p>В) отсутствие мраморного рисунка в седловидной части протеза</p> <p>Г) отсутствие пор в седловидной части протеза</p> <p>028 ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОГО КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>А) моделировка и отливка каркаса</p> <p>Б) снятие оттисков</p> <p>В) окклюзионная коррекция</p> <p>Г) определение цвета искусственных зубов</p> <p>029 ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОГО КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>А) устранение поднутрений на рабочей гипсовой модели</p> <p>Б) снятие оттисков</p> <p>В) определение цвета искусственных зубов</p> <p>Г) окклюзионная коррекция</p> <p>030 КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>А) определение центрального соотношения челюстей</p> <p>Б) припасовка каркаса на гипсовой модели</p> <p>В) перенесение чертежа каркаса с гипсовой на дублированную (ог) еупорную) модель</p> <p>Г) моделировка и отливка каркаса</p> <p>031 БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ – ЭТО СЪЕМНЫЙ ЗУБНОЙ ПРОТЕЗ, ПЕРЕДАЮЩИЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ</p> <p>А) как на слизистую оболочку, так и на опорные зубы</p>
--	--	--

		<p>Б) только на слизистую оболочку В) только на зубы Г) только на бугры челюсти</p> <p>032 БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ ДУГИ, КЛАММЕРОВ, ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ И</p> <p>А) седловидных частей Б) коронок В) виниров Г) вкладок</p> <p>033 КАРКАС БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА МОЖЕТ ИЗГОТОВЛИВАЕТСЯ ИЗ</p> <p>А) хромкобальтового сплава Б) Пластмассы В) композитного материала Г) Силикона</p> <p>034 ПАРАЛЛЕЛОМЕТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>А) параллельности зубов на модели Б) артикуляционного взаимоотношения зубных рядов В) подвижности зубов Г) параллельности линий на рентгенограмме</p> <p>035 ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) моделировании каркаса бюгельного протеза Б) припасовке литого каркаса на модели в лаборатории В) припасовке и проверке каркаса бюгельного протеза в клинике Г) постановке гарнитурных зубов</p> <p>036 ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОГО КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>А) моделировка и отливка каркаса Б) определение центрального взаимоотношения зубных рядов В) окклюзионная коррекция Г) определение цвета искусственных зубов</p> <p>037 ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОГО КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>А) устранение поднутрений на рабочей гипсовой модели Б) определение центрального взаимоотношения зубных рядов В) определение цвета искусственных зубов Г) окклюзионная коррекция</p> <p>038 В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИМЕНЯЮТСЯ КЛАММЕРА, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ МЕТОДОМ</p> <p>А) литья</p>
--	--	--

		<p>Б) штамповки  В) пайки  Г) прессования</p> <p>039 КАРКАС БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА СОСТОИТ ИЗ</p> <p>А) дуги, кламмеров и ответвлений  Б) искусственных зубов, базиса  В) гнутых кламмеров, вкладок  Г) седловидной части, гарнитурных зубов</p> <p>040 ДУГА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА РАСПОЛАГАЕТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ</p> <p>А) не касаясь  Б) слегка касаясь  В) плотно прилежит  Г) на 1 мм погружается в слизистую оболочку</p> <p>041 ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ПРИГЛАСИТЬ НА ПЕРВУЮ КОРРЕКЦИЮ</p> <p>А) на следующий день  Б) через 3 дня  В) через неделю  Г) через месяц</p> <p>042 ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА МОЖНО ДОСТИЧЬ СТАБИЛИЗАЦИИ ЗУБНОГО РЯДА</p> <p>А) по дуге и парасагиттальную  Б) сагиттальную и фронтальную  В) фронтальную и фронто-сагиттальную  Г) сагиттальную и фронто-сагиттальную</p> <p>043 ДУГА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>А) на середине расстояния между шейками зубов и переходной складкой слизистой оболочки дна полости рта  Б) по режущим краям фронтальной группы зубов  В) у переходной складки слизистой оболочки дна полости рта  Г) в области анатомической шейки нижних резцов с язычной поверхности</p> <p>044 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЧАСТЕЙ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА ЗУБАХ И АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИБОР</p> <p>А) параллелометр  Б) Окклюдатор  В) Тонометр  Г) Артикулятор</p> <p>045 ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>А) припасовка каркаса на гипсовой модели</p>
--	--	---



		<p>Б) получение оттисков  В) определение прикуса  Г) определение центрального соотношения челюстей</p> <p>046 ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА  А) перенесение чертежа каркаса с гипсовой на дублированную (огнеупорную) модель  Б) получение оттисков  В) определение прикуса  Г) определение центрального соотношения челюстей</p> <p>047 ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА  А) моделировка и отливка каркаса  Б) получение оттисков  В) определение прикуса  Г) определение центрального соотношения челюстей</p> <p>048 НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛИНИЕЙ, ПОЛУЧЕННОЙ С ПОМОЩЬЮ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА, ЯВЛЯЕТСЯ ЛИНИЯ  А) обзора  Б) анатомического экватора  В) Вертикали  Г) Улыбки</p> <p>049 ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ НЕТОЧНОСТЕЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА  А) объемная усадка сплава металла при отливке каркаса  Б) ошибки при определении прикуса  В) ошибки при определении цвета и формы зубов  Г) ошибки при проведении коррекции протеза</p> <p>050 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПАРАМЕТРАМ  А) расположение окклюзионных накладок в ложах для них  Б) соответствие цвета и формы искусственных зубов естественным зубам пациента  В) отсутствие мраморного рисунка в седловидной части протеза  Г) отсутствие пор в базисе протеза</p> <p>051 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПАРАМЕТРАМ  А) отсутствие баланса на модели и в полости рта  Б) соответствие цвета и формы искусственных зубов естественным зубам пациента</p>
--	--	--

		<p>В) отсутствие мраморного рисунка в седловидной части протеза  Г) отсутствие пор в базисе протеза</p> <p><b>052 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПАРАМЕТРАМ</b></p> <p>А) расположение плеч, опорно-удерживающих кламмеров  Б) соответствие цвета и формы искусственных зубов естественным зубам пациента  В) отсутствие мраморного рисунка в седловидной части протеза  Г) отсутствие пор в базисе протеза</p> <p><b>053 ЛАБОРАТОРНЫЕ ЭТАПЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОГО КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</b></p> <p>А) устранение поднутрений на рабочей гипсовой модели  Б) снятие оттисков  В) определение цвета искусственных зубов  Г) окклюзионная коррекция  Д) припасовка каркаса на гипсовой модели  Е) моделировка и отливка каркаса</p> <p><b>054 КЛИНИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА</b></p> <p>А) устранение поднутрений на рабочей гипсовой модели  Б) снятие оттисков  В) определение цвета искусственных зубов  Г) окклюзионная коррекция  Д) припасовка каркаса на гипсовой модели  Е) моделировка и отливка каркаса</p> <p><b>055 ВРЕМЕННЫЕ СЪЕМНЫЕ ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ В ЦЕЛЯХ</b></p> <p>А) замещения дефектов зубных рядов  Б) профилактики прогрессирования кариеса  В) остановки высоты нижнего отдела лица  Г) функционального анализа окклюзии  Д) исследования характера свободных движений нижней челюсти</p> <p><b>056 КАРКАС БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА СОСТОИТ ИЗ</b></p> <p>А) дуги  Б) искусственных зубов  В) гнутых кламмеров  Г) вкладок  Д) цельнолитых кламмеров  Е) базиса</p> <p><b>057 ПОЛНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ</b></p> <p>А) удерживающих кламмеров</p>
--	--	--

		<p>Б) опорно-удерживающих кламмеров В) пластмассового базиса Г) ельнолитового каркаса Д) гарнитурных зубов Е) керамических коронок</p> <p>058 ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ</p> <p>А) удерживающих кламмеров Б) опорно-удерживающих кламмеров В) пластмассового базиса Г) ельнолитового каркаса Д) гарнитурных зубов Е) керамических виниров</p> <p>059 ВИДЫ СТАБИЛИЗАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ</p> <p>А) прямая Б) фронтальная В) отвесная Г) сагиттальная Д) фронтосагиттальная Е) частичная</p> <p>060 ВИДЫ СТАБИЛИЗАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ</p> <p>А) по дуге Б) прямая В) отвесная Г) сагиттальная Д) фронтосагиттальная Е) вспомогательная</p> <p>061 ВИДЫ СТАБИЛИЗАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ</p> <p>А) парасагиттальная Б) прямая В) отвесная Г) сагиттальная Д) фронтосагиттальная Е) вспомогательная</p> <p>062 ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ</p> <p>А) зубными Б) лицевыми В) язычными Г) глотательными Д) суставными Е) мышечными</p> <p>063 ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ</p> <p>А) лицевыми Б) щечными В) зубными Г) язычными Д) суставными</p>
--	--	--

		<p>Е) мышечными</p> <p>64. ПРОФИЛЬ ЛИЦА МОЖЕТ БЫТЬ</p> <p>А) прямой</p> <p>Б) плоский</p> <p>В) круглый</p> <p>Г) овальный</p> <p>Д) выпуклым</p> <p>Е) вогнутым</p> <p>064 ВНЕШНИЙ ВИД ПАЦИЕНТА СО ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННОЙ ВЫСОТОЙ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>А) напряжённостью лицевых мышц</p> <p>Б) опущением углов рта</p> <p>В) сглаженностью подбородочной складки</p> <p>Г) стуком зубов при фонетической пробе</p> <p>Д) выраженностью носогубных складок</p> <p>Е) разницей между высотой окклюзии и физиологического покоя менее 2-4 мм</p>
	<p>Задания открытого типа:</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Вопросы для собеседования</p> <p>Задания на дополнения</p>	<p>1 Пациентка Н., 48 лет, Диагноз: генерализованная патологическая стираемость зубов верхней и нижней челюсти, снижение межальвеолярной высоты на 6 мм. Назовите наиболее подходящий метод определения центральной окклюзии. Методы обследования. Подготовительные лечебные мероприятия перед протезированием. План ортопедического лечения. Возможные виды конструкций зубных протезов.</p> <p>2 Пациентка Т., 54 лет, обратилась с жалобами на боль и суставной шум справа при жевании, постоянное «расцементирование» зубного протеза консольного типа на нижней челюсти справа. Объективно: отсутствие 4.6, 4.7 зуба на нижней челюсти справа; имеется коронка на 4.4; 4.5 - искусственный. Привычная сторона жевания правая, присутствует феномен Попова-Годона. Отсутствуют центрические нарушения окклюзии по трансверсали. Поставьте диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Какие изменения в суставе можно увидеть на томограмме? Назовите выявленные ошибки при предшествующем протезировании. План лечения.</p>

		<p>3 Пациентка С., 40 лет, обратилась с жалобами на сильную боль при жевании в околоушно-жевательной области справа, которая появилась после установки мостовидных протезов. Из анамнеза: неудобства при жевании, боль. Объективно: в полости рта по три мостовидных протеза на каждой челюсти, все зубы покрыты коронками. Феномен Попова-Годона в области моляров справа. Выявлены суперконтакты в центральном соотношении челюстей, гипербалансирующий суперконтакт правых моляров в левой боковой окклюзии. Поставьте диагноз. Составьте план лечения. Назовите возможные ошибки при предшествующем протезировании. Что такое готический угол и как он определяется? Как устранить гипербалансирующий контакт?</p> <p>4 Пациентка В., 44 лет, обратилась с жалобами на выпадение искусственной металлической коронки и отлом коронковой части 1.2. зуба. 1.1, 2.1., 2.2. зубы покрыты штампованными коронками из металла желтого цвета. Обозначьте диагноз. Напишите план ортопедического лечения. Опишите метод работы с лицевой дугой. Дайте определение понятия «резцовый путь». При помощи какого прибора определяется суставной путь?</p> <p>5 Пациентка К., 27 лет, обратилась с жалобами на то, что мостовидный протез на нижней челюсти во фронтальном отделе разрушает передние верхние зубы. Появились боли в околоушно-жевательной области с иррадиацией в ухо, голову. Имеется неудобство при смыкании челюстей, при жевании приходится искать удобное положение нижней челюсти. Верхние зубы не видны при разговоре. Объективно: прогеническое соотношение зубных рядов во фронтальном участке, прямое соотношение справа и ортогнатическое соотношение боковых зубов слева. На нижней челюсти имеется мостовидный протез с опорой на клыки и премоляры. Резцы</p>
--	--	---

		<p>отсутствуют. Атрофия альвеолярного отростка в области отсутствующих резцов резко выражена, имеется большое расстояние между клыками (на ширину 5 резцов), поэтому промежуточные фасетки широкие и длинные, выпуклые с вестибулярной стороны. Верхние передние зубы в покое и при разговоре не видны, укорочены, имеют неровные края. В передней окклюзии имеется контакт только боковых зубов, в боковых балансирующие суперконтакты. Пальпация собственно жевательных мышц болезненна. На томограммах ВНЧС отклонений от нормы не выявлено.</p> <p>Поставьте диагноз.  Какого специалиста можно привлечь для постановки окончательного диагноза?  Определите план ортопедического лечения.  Как настроить артикулятор на индивидуальную функцию?  Нужно ли заменить мостовидный протез на нижней челюсти?</p> <p>6 Пациент Б., 64 года, Объективно: 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 – отсутствуют; 2.6, 2.7 имеют зубоальвеолярное удлинение, межальвеолярная высота 3мм Поставьте диагноз.  Тактика лечения.  Для чего используют разноцветные воски моделировании элементов окклюзии?  Что означает клыковое ведение?  Опишите метод негативного отпечатка.</p> <p>7 Пациент Н., 48 лет. Объективно: генерализованная патологическая стираемость зубов верхней и нижней челюсти.  Что предполагает моделирование окклюзионной поверхности?  Основные принципы реконструкции окклюзионной поверхности.  Дайте определение «окклюзионный компас».  Какие мероприятия необходимо провести до моделирования боковых зубов при отсутствии «клыкового ведения».  Метод определения центральной окклюзии.</p> <p>8. Пациентка А., 68 лет. Обратилась в поликлинику зубопротезирования включенного бокового дефекта верхней челюсти справа.  Объективно: отсутствуют 1.5, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8, 3.6, 3.7, 3.8</p>
--	--	--

		<p>Поставьте диагноз. Дайте определение «окклюзионный компас».</p> <p>Ориентиры при моделировании отсутствующих зубов.</p> <p>Для чего используется лицевая дуга?</p> <p>План ортопедического лечения.</p> <p>9 Пациентка П., 39 лет. Объективно: генерализованная патологическая стираемость зубов верхней и нижней челюсти.</p> <p>Укажите последовательность моделирования поверхности при патологической стираемости. Что такое конусный бугорок?</p> <p>Как установить конусы небного бугорка верхних зубов?</p> <p>В чем особенности моделирования центральных фиссур?</p> <p>Определение краевых ямок на окклюзионной поверхности.</p> <p>10 Пациент Р., 57 лет, обратился в поликлинику по поводу поломки мостовидного протеза верхней челюсти, фронтальной группы зубов.</p> <p>Определение краевых валиков по периферии поверхности.</p> <p>Особенности моделирования небной поверхности верхних резцов.</p> <p>Инструменты и материалы для моделирования поверхности.</p> <p>Диагноз.</p> <p>План лечения.</p> <p>11 Пациент Б., 46 лет обратился в клинику стоматологии с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи. При внешнем осмотре: высота нижнего отдела лица снижена, выраженные носогубные складки.</p> <p>При осмотре полости рта: отсутствие жевательных зубов с обеих сторон нижней челюсти; на верхней челюсти отсутствуют зубы 1.8, 1.7, 2.5, 2.6, 2.7. Прикус: ортогнатическое соотношение челюстей, глубокое резцовое перекрытие.</p> <p>На основании данных клинического обследования сформулируйте предварительный диагноз.</p> <p>Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза и выбора плана лечения?</p> <p>Предложите варианты ортопедического лечения.</p>
--	--	--

		<p>12 Больной Ш., 50 лет, обратился с жалобами на боли в жевательных мышцах, челюстях, ухе, иррадиирующие в височную и скуловую кость, тугоподвижность в суставе. Объективно: уменьшение высоты нижнего отдела лица, частичное отсутствие зубов на обеих челюстях, ограничения открывания рта, сопровождающиеся болью. Поставьте диагноз. Составьте план комплексного лечения.</p> <p>13 Пациент обратился с жалобами на щелканье и хруст в правом ВНЧС. Нижняя челюсть при открывании рта смещается влево. Зубная формула: в/ч: 00000321 12345000; н/ч: 07654321 12345670 Прикус травмирующий. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза? Составьте план комплексного лечения.</p> <p>14 При обследовании пациента К., 43 лет, выявлено снижение высоты нижнего отдела лица, углубление носогубных складок, отсутствие зубов жевательной группы на нижней челюсти с обеих сторон, на верхней челюсти отсутствуют зубы 2.5, 2.6, 2.7, 1.7 1.8. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза и выбора плана лечения? Поставьте предварительный диагноз. Составьте предварительный план лечения.</p> <p>15 Во время припасовки пластмассовой каппы, при локализованной формы патологической стираемости фронтального отдела верхнего зубного ряда, у пациента в полости рта выявляется вертикальная щель между жевательными зубами около 5-6мм. Определите тактику врача.</p> <p>16 Пациент 37-ми лет при обращении предъявлял жалобы на стертость зубов, На болезненность от различного рода раздражителей.</p>
--	--	--



		<p>При обследовании установлено, что зубы 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 стерты на 1/2 высоты коронок, зубные ряды верхней и нижней челюсти интактны. Пациенту были изготовлены каппы и проводилось динамическое наблюдение. Повторно обратился через 3 месяца. После снятия каппы, при осмотре полости рта определяется вертикальная щель между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти более 4 мм во время смыкания челюстей в положении центральной окклюзии. Оцените клиническую ситуацию. Врачебная тактика.</p> <p>17 Через 2 недели после наложения и фиксации пластмассовой каппы в области фронтальных зубов верхней челюсти пациент обратился с жалобами на выраженную кровоточивость десневого края. При обследовании полости рта выявляется гиперемия и отёчность слизистой оболочки в области каппы, отмечается выраженная кровоточивость при зондировании десневого края. Край пластмассовой каппы нависает, в области опорных зубов на 1,5 мм расположен субгингивально. Какая была допущена ошибка? Дальнейшая тактика врача.</p> <p>18 Пациентка А., 38 лет обратилась в клинику с жалобами на болезненность от химических и температурных раздражителей в области зубов 2.5, 2.6, 2.7. Со слов пациентки около 1 года назад на нижней челюсти слева был изготовлен металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 3.5 и 3.7. Сразу после фиксации мостовидного протеза пациентка ощущала дискомфорт при смыкании зубов и преждевременные контакты на мостовидном протезе, которые со временем исчезли. Объективно: зубы 2.5, 2.7 стерты на 1/3 высоты коронки, определяется деформация окклюзионной плоскости. Укажите причину локализованной стираемости, поставьте диагноз. Врачебная тактика.</p>
--	--	--

		<p>19 Пациент 45-ти лет. Жалобы: на эстетический недостаток, гиперестезию твердых тканей Зубов от химических, термических, механических раздражителей в области фронтальных зубов. Из анамнеза установлено, что пациент работает в цехе по производству кислот. Объективно: конфигурация лица не изменена. При осмотре полости рта фронтальные зубы верхней челюсти стёрты на 1/3 высоты коронки, прикус по прямому типу. Зубные ряды на верхней и нижней челюстях интактны. Укажите причину патологической стертости зубов. Поставьте диагноз.</p> <p>20 Пациентка 40 лет обратился с жалобами на эстетический недостаток. При обследовании полости рта установлено: зубы 1.2, 1.1, 2.1, стёрты на половину высоты коронки. Зондирование стертых поверхностей коронок зубов несколько болезненно, зуб 1.1 изменен в цвете. На рентгенограмме в области верхушки зуба 1.1 определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами около 2мм в диаметре. Поставьте диагноз. Оцените клиническую ситуацию.</p> <p>21 Пациентка 35 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток, гиперестезию твердых тканей зубов от химических, термических, механических раздражителей в области всех зубов. Из анамнеза: пациентка отмечает ночное скрежетание зубами на протяжении более 10 лет. Объективно: отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм, движения в суставе безболезненные, но при открывании рта слышен хруст. Зубы верхней и нижней челюстей стертые на 1/2 высоты коронки, зубные ряды интактны. Поставьте диагноз.</p>
--	--	--

<p>ПК-2. Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности.</p>	<p>Задания закрытого типа</p>	<p>001 к деформации окклюзионной поверхности зубных рядов приводит  а) повышенная стираемость твердых тканей зубов  б) лейкоплакия  в) пародонтит  г) клиновидный дефект</p> <p>002 к этиологическому фактору зубочелюстных деформаций относится  а) потеря зубов  б) поражение периодонтальной щели  в) сахарный диабет  г) гастрит</p> <p>003 к этиологическому фактору зубочелюстных деформаций относится  а) кариозное разрушение коронковой части зубов  б) обострение хронического периодонтита  в) потеря вкусовой чувствительности  г) остеохондроз позвоночника</p> <p>004 этиологическим фактором зубочелюстных деформаций является  а) пародонтит  б) остеохондроз позвоночника  в) пульпит  г) сиалоаденит</p> <p>005 деформация окклюзионной поверхности зубного ряда может приводить к  а) дисфункции внчс  б) глоситу  в) нарушению вкусовых ощущений  г) периоститу</p> <p>006 деформация окклюзионной поверхности зубного ряда может приводить к  а) дисфункции внчс  б) перитониту  в) гальванозу  г) сиалодениту</p> <p>007 деформация окклюзионной поверхности зубов может приводить к  а) дисфункции внчс  б) перелому верхней челюсти  в) актиномикозу  г) перелому нижней челюсти</p> <p>008 деформация окклюзионной поверхности зубного ряда может приводить к  а) боли в мышцах и внчс</p>
--	-------------------------------	---

		<p>б) увеличению высоты нижнего отдела лица  в) повышению сахара в крови  г) снижению остроты зрения</p> <p>009 при вертикальных деформациях ii степени смещение зуба относительно окклюзионной плоскости происходит на</p> <p>а) 1/2 длины коронки зуба  б) всю длину коронки  в) толщину эмалевого слоя  г) 1/5 длины коронки</p> <p>010 при вертикальных деформациях iii степени смещение зуба относительно окклюзионной плоскости происходит на</p> <p>а) всю длину коронки зуба  б) 1/2 длины коронки зуба  в) 1/5 длины коронки зуба  г) толщину эмалевого слоя</p> <p>011 при вертикальной деформации ii формы по в.а.пономарёвой:</p> <p>а) удлиняется клиническая коронка зуба  б) оголяется дентин коронки зуба  в) происходит вколачивание зуба  г) увеличивается межокклюзионное пространство</p> <p>012 обязательный метод обследования больных с зубочелюстными деформациями</p> <p>а) анализ диагностических моделей  б) анализ крови  в) ультразвуковая сиалометрия  г) проба ильиной-маркосян</p> <p>013 обязательный метод обследования больных с зубочелюстными деформациями</p> <p>а) анализ диагностических моделей  б) доплерография  в) ультразвуковая сиалометрия  г) гнатодинамометрия</p> <p>014 к деформации окклюзионной поверхности зубных рядов приводит</p> <p>а) повышенная стираемость твердых тканей зубов  б) плоский лишай  в) генерализованный катаральный гингивит  г) множественные клиновидные дефекты</p> <p>001 СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ С УМЕНЬШЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ЗУБОВ</p> <p>А) на верхней челюсти и нижней челюсти возрастает  Б) на верхней челюсти и нижней челюсти замедляется  В) на верхней челюсти возрастает, а на нижней челюсти не изменяется</p>
--	--	---

		<p>Г) на верхней челюсти не изменяется, а на нижней челюсти возрастает</p> <p>002 ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММЫ ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ УЧИТЫВАЮТ</p> <p>А) степень атрофии костной ткани стенок альвеол</p> <p>Б) податливость слизистой оболочки</p> <p>В) количество и локализацию зубных отложений</p> <p>Г) болевую чувствительность слизистой оболочки полости рта</p> <p>003 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>А) шинирование с восстановлением зубных рядов путем изготовления шин-протезов</p> <p>Б) лечение кариозных поражений твердых тканей зубов</p> <p>В) фторирование твердых тканей зубов</p> <p>Г) запечатывание фиссур</p> <p>004 ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СТАБИЛИЗАЦИЮ</p> <p>А) по дуге</p> <p>Б) сагиттальную</p> <p>В) парасагиттальную</p> <p>Г) фронтальную</p> <p>005 ПРИ ОЧАГОВОМ ПАРОДОНТИТЕ ДОПУСТИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СТАБИЛИЗАЦИЮ</p> <p>А) отдельных групп зубов</p> <p>Б) парасагиттальную</p> <p>В) по дуге</p> <p>Г) не шинировать</p> <p>006 ШИНИРОВАНИЕ ОСТАТОЧНОГО ЗУБНОГО РЯДА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ВОЗМОЖНО СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ</p> <p>А) шинирующими приспособлениями, включенными в конструкцию съемного протеза</p> <p>Б) литыми одиночными коронками</p> <p>В) керамическими одиночными коронками</p> <p>Г) керамическими вкладками</p> <p>007 ШИНИРОВАНИЕ ОСТАТОЧНОГО ЗУБНОГО РЯДА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ВОЗМОЖНО СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ</p> <p>А) путем комбинирования несъемных и съемных шин</p> <p>Б) литыми одиночными коронками</p> <p>В) керамическими одиночными коронками</p>
--	--	---

		<p>Г) керамическими вкладками</p> <p>008 ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДЛЯ ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>А) несъемные и съемные шинирующие конструкции</p> <p>Б) съемные протезы, с удерживающими кламмерами</p> <p>В) мостовидный протез по типу Мериленд</p> <p>Г) металлопластмассовые коронки</p> <p>009 ПАРАСАГИТТАЛЬНАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ - ЭТО</p> <p>А) шинирование единой системой жевательных зубов обеих одной челюсти сторон</p> <p>Б) шинирование единой системой всех зубов обеих сторон одной челюсти</p> <p>В) шинирование единой системой клыков, премоляров и моляров обеих сторон одной челюсти</p> <p>Г) шинирование единой системой фронтальной группы зубов одной челюсти</p> <p>010 К ОБЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ</p> <p>А) сердечно-сосудистые заболевания</p> <p>Б) микробную бляшку</p> <p>В) травму десневого края</p> <p>Г) аномалии развития челюстей</p> <p>011 К ОБЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ</p> <p>А) системную остеопатию</p> <p>Б) микробную бляшку</p> <p>В) травму десневого края</p> <p>Г) аномалии развития челюстей</p> <p>012 К ОБЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ</p> <p>А) заболевания нервной системы</p> <p>Б) микробную бляшку</p> <p>В) травму десневого края</p> <p>Г) аномалии развития челюстей</p> <p>013 ПОТЕРЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ ТРАВМАТИЧЕСКОГО УЗЛА</p> <p>А) отраженного</p> <p>Б) Прямого</p> <p>В) функционального</p> <p>Г) нефункционального</p>
--	--	--

		<p>014 ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ-ЭТО СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ</p> <p>А) пародонтита Б) гингивита В) пульпита Г) Кариеса</p> <p>015 ХРОНИЧЕСКИЙ ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ</p> <p>А) эозинофильной гранулемы Б) поражения пародонта при сахарном диабете В) поражения пародонта при лейкозе Г) поражения пародонта при авитаминозе С</p> <p>016 ХРОНИЧЕСКИЙ ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ</p> <p>А) хронического очагового остеомиелита Б) поражения пародонта при сахарном диабете В) поражения пародонта при лейкозе Г) поражения пародонта при авитаминозе С</p> <p>017 ХРОНИЧЕСКИЙ ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ</p> <p>А) хронического генерализованного пародонтита Б) поражения пародонта при сахарном диабете В) поражения пародонта при лейкозе Г) поражения пародонта при авитаминозе С</p> <p>018 К МЕСТНОМУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ</p> <p>А) травматическую окклюзию Б) заболевания нервной системы В) сердечно-сосудистые заболевания Г) системную остеопатию</p> <p>019 К МЕСТНОМУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ</p> <p>А) микробную бляшку Б) заболевания нервной системы В) сердечно-сосудистые заболевания Г) системную остеопатию</p> <p>020 К МЕСТНОМУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ</p> <p>А) травму десневого края Б) заболевания нервной системы В) сердечно-сосудистые заболевания Г) системную остеопатию</p> <p>021 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНЫЕ ЩЕЛИ ЗУБОВ</p> <p>А) расширяются</p>
--	--	---

		<p>Б) сужаются  В) не изменяются  Г) склерозируются</p> <p>022 ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПАРОДОНТИТА ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) веерообразное расхождение зубов  Б) «болтающийся» гребень по Суппле  В) клиновидные дефекты на клыках верхней челюсти  Г) «географический» язык</p> <p>023 ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>А) рентгенографию  Б) периотестметрию  В) гнатодинамометрию  Г) палатографию</p> <p>024 ПРОБА ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ</p> <p>А) распространенности воспалительного процесса  Б) болевой чувствительности слизистой оболочки  В) подвижности зубов  Г) преждевременных контактов</p>
<p>Задания открытого типа:  Ситуационные задачи  Вопросы для собеседования  Задания на дополнения</p>		<p>1 ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ПАРОДОНТИТ</p> <p>А) острый, хронический, хронический в стадии обострения, хронический в стадии ремиссии  Б) генерализованный, локализованный  В) острый, средний, подострый, хронический, обострившийся, умеренный  Г) острый, подострый, хронический, обострившийся, вялотекущий</p> <p>2 ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ВЫДЕЛЯЮТ ПАРОДОНТИТ</p> <p>А) локализованный, генерализованный  Б) диффузный, септический  В) очаговый, септический  Г) острый, септический</p> <p>3 СХЕМА (ПО В.Ю.КУРЛЯНДСКОМУ), ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНОГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>А) одонтопародонтограммой  Б) реопародонтограммой  В) Кардиограммой  Г) Электромиограммой</p> <p>4 ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ</p>



		<p>А) подвижность зуба III степени  Б) наличие очага воспаления у верхушки корня зуба  В) расширение периодонтальной щели  Г) разрушение коронки зуба более, чем на 70%</p> <p>5 ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ  ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ  ПАРОДОНТИТЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С  ЦЕЛЬЮ</p> <p>А) устранения преждевременных окклюзионных контактов  Б) снижения окклюзионной высоты  В) выключения отдельных зубов из окклюзии  Г) устранения зубочелюстных аномалий</p> <p>6 МЕТОД ВРЕМЕННОГО  ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>А) в развившейся стадии хронического пародонтита  Б) при обострении хронического пародонтита  В) при начальной стадии хронического пародонтита  Г) при подвижности зубов III степени и атрофии более <math>\frac{3}{4}</math></p> <p>7 К ВРЕМЕННЫМ ШИНАМ ДЛЯ  ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСИТСЯ</p> <p>А) каповая шина из пластмассы  Б) шина Мамлока  В) шина Порта  Г) шина Эльбрехта</p> <p>8 ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ  ПАРОДОНТИТЕ ВРЕМЕННАЯ ШИНА  ДОЛЖНА ОБЕСПЕЧИТЬ СТАБИЛИЗАЦИЮ</p> <p>А) по дуге  Б) Парасагиттальную  В) Фронтальную  Г) Сагитальную</p> <p>9 ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗЫ  ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ</p> <p>А) до оперативного вмешательства  Б) через день после удаления зубов  В) через неделю после удаления зубов  Г) после окончательного заживления</p> <p>10 К ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ГРУППЕ  ОТНОСЯТСЯ ЗУБЫ</p> <p>А) имеющие антагонисты  Б) утратившие антагонисты  В) все сохранившиеся жевательные зубы  Г) все сохранившиеся фронтальные зубы</p> <p>035 К НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ГРУППЕ  ОТНОСЯТСЯ ЗУБЫ</p> <p>А) утратившие антагонисты  Б) имеющие антагонисты</p>
--	--	--

		<p>В) жевательные зубы  Г) фронтальные зубы</p> <p>11 ГИПСОВЫЕ МОДЕЛИ МОГУТ БЫТЬ ЛЕГКО СОСТАВЛЕНЫ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ НАЛИЧИЕ</p> <p>А) антагонизирующих пар в каждой функционально ориентированной группе  Б) всех жевательных зубов с одной из сторон  В) передних зубов  Г) трех зубов на каждой челюсти</p> <p>12 СХЕМА (ПО В.Ю.КУРЛЯНДСКОМУ), ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНОГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>А) одонтопародонтограммой  Б) Реопародонтограммой  В) Эхоостеометрией  Г) Электромиограммой</p> <p>13 ПРИ II СТЕПЕНИ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПО ЭНТИНУ ЗУБЫ МОГУТ БЫТЬ СМЕЩЕНЫ В ПРОЦЕССЕ ИХ ИССЛЕДОВАНИЯ В НАПРАВЛЕНИЯХ</p> <p>А) вестибулооральном и медиодистальном  Б) вокруг своей оси (ротация)  В) вертикальном и медиодистальном  Г) вертикальном и вестибулооральном</p> <p>14 ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К НЕНОРМАЛЬНОЙ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОККЛЮЗИОННОЙ НАГРУЗКЕ</p> <p>А) парафункция жевательных мышц (бруксизм)  Б) аномалии зубов  В) деформации зубных рядов  Г) ошибки в процессе терапевтического лечения (преждевременные контакты на пломбах)</p> <p>15 ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ ПАРОДОНТИТЕ</p> <p>А) сначала повышается, затем понижается  Б) повышается  В) Понижается  Г) остается без изменений</p> <p>16 НА ОРТОПАНТОМОГРАММЕ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ</p> <p>А) костные карманы и резорбция костной ткани  Б) дентикли и запломбированные каналы зубов  В) костные карманы и запломбированные каналы зубов  Г) воспаление в области верхушек корней зубов</p>
--	--	---

		<p>17 ПО ПРИЦЕЛЬНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЖНО ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ</p> <p>А) апроксимальных стенок и межзубных перегородок  Б) щечных(губных) и язычных(небных) стенок  В) щечных(губных) стенок и межзубных перегородок  Г) язычных(небных) стенок и межзубных перегородок</p> <p>18 ДЛЯ ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО</p> <p>А) патологическая подвижность зубов  Б) костные выступы  В) «Болтающийся» гребень по Суппле  Г) «Географический» язык</p> <p>19 ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММЫ ПО В.Ю.КУРЛЯНДСКОМУ УЧИТЫВАЮТ</p> <p>А) степень атрофии костной ткани стенок альвеол  Б) степень подвижности зубов  В) количество и локализацию зубных отложений  Г) аномалии положения зубов</p> <p>20 ПРИ ОЧАГОВОМ ПАРОДОНТИТЕ ДОПУСТИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СТАБИЛИЗАЦИЮ</p> <p>А) отдельных групп зубов  Б) Парасагиттальную  В) по дуге  Г) фронто-сагиттальную</p> <p>21 ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЕМНОГО ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ОТСУТСТВУЕТ ЭТАП</p> <p>А) проверки конструкции протеза  Б) определения высоты нижнего отдела лица  В) выверение окклюзионного взаимоотношения  Г) снятие оттиска</p> <p>22 ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЕМНОГО ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ОТСУТСТВУЕТ ЭТАП</p> <p>А) проверки конструкции протеза  Б) определения цвета и формы зубов  В) припасовки протеза  Г) снятие оттиска</p> <p>23 В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>А) шинирование с восстановлением зубных рядов путем изготовления шин-протезов  Б) лечение кариозных поражений твердых тканей зубов</p>
--	--	--

		<p>В) лечение некариозных поражений твердых тканей зубов</p> <p>Г) фторирование твердых тканей зубов</p> <p>24 ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СТАБИЛИЗАЦИЮ</p> <p>А) по дуге</p> <p>Б) парасагиттальную</p> <p>В) Сагиттальную</p> <p>Г) фронтально-сагитальную</p> <p>25 ШИНИРОВАНИЕ ОСТАТОЧНОГО ЗУБНОГО РЯДА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ВОЗМОЖНО СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ</p> <p>А) шинирующими приспособлениями, включенными в конструкцию съемного протеза</p> <p>Б) керамическими винирами</p> <p>В) керамическими одиночными коронками</p> <p>Г) литыми одиночными коронками</p> <p>26 ШИНИРОВАНИЕ ОСТАТОЧНОГО ЗУБНОГО РЯДА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ВОЗМОЖНО СЛЕДУЮЩИМ СПОСОБОМ</p> <p>А) путем комбинирования несъемных и съемных шин</p> <p>Б) литыми одиночными коронками</p> <p>В) керамическими одиночными коронками</p> <p>Г) керамическими винирами и одиночными коронками</p> <p>27 ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП</p> <p>А) припасовка каркаса бюгельного протеза</p> <p>Б) припасовка и наложение готового бюгельного протеза</p> <p>В) получение оттисков с верхней и нижней челюсти</p> <p>Г) коррекция бюгельного протеза</p> <p>28 ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ СЪЕМНОЙ ШИНЫ НА ВЕСЬ ЗУБНОЙ РЯД ДОСТИАЮТ СТАБИЛИЗАЦИЮ</p> <p>А) по дуге</p> <p>Б) сагиттальную</p> <p>В) фронтальную</p> <p>Г) фронто-сагиттальную</p> <p>29 БИЛИЗАЦИЯ - ЭТО</p> <p>А) шинирование единой системой жевательных зубов обеих сторон одной челюсти</p> <p>Б) шинирование единой системой всех зубов на одной челюсти</p>
--	--	--

		<p>В) шинирование единой системой клыков, премоляров и моляров обеих сторон одной челюсти  Г) шинирование единой системой фронтальной группы зубов одной челюсти</p> <p>30К КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ОТНОСЯТСЯ  А) осмотр  Б) пальпация (определение подвижности зубов)  В) электромиография  Г) зондирование зубодесневых карманов  Д) реопародонтография  Е) опрос</p> <p>31 ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗМЕНЕНИЮ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ  А) десна  Б) костная ткань альвеолярного отростка  В) тело челюсти  Г) периодонт  Д) эмаль зуба</p> <p>32 ДЛЯ ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО  А) наличие зубного камня  Б) множественные дефекты коронок зубов  В) кровоточивость десен  Г) прогрессирующий кариес зубов  Д) подвижность зубов</p> <p>33 ПАРОДОНТИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ  А) патологической подвижностью зубов  Б) «болтающимся» гребнем по Суппли  В) преждевременными окклюзионными контактами  Г) наличием костных выступов  Д) резорбцией костной ткани стенок альвеол</p> <p>34 ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ПАРОДОНТИТ  А) легкой степени  Б) хронический  В) средней степени  Г) тяжелой степени  Д) локализованный</p> <p>35 ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА В.Ю.КУРЛЯНДСКИЙ ВЫДЕЛЯЕТ ПАРОДОНТИТ  А) очаговый  Б) диффузный  В) септический  Г) локализованный</p>
--	--	---

		<p>Д) генерализованный  <b>36 ПАРОДОНТ – ЭТО КОМПЛЕКС ТКАНЕЙ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ В СЕБЯ</b>  А) периодонт  Б) кость альвеолы  В) пульпу зуба  Г) цемент корня  Д) десну  <b>37 ПЕРИОДОНТ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ</b>  А) сосуды  Б) нервы  В) цемент зуба  Г) связочный аппарат зуба  Д) костную ткань альвеолы  <b>38 ФАКТОРЫ, УСУГУБЛЯЮЩИЕ ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ</b>  А) отсутствие межзубных контактов  Б) множественный кариес  В) некачественно изготовленные протезы  Г) патология прикуса  Д) аномалии положения и формы зубов  <b>39 К ОБЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ</b>  А) сердечно-сосудистые заболевания,  Б) системную остеопатию  В) микробную бляшку  Г) травму десневого края  Д) аномалии развития челюстей  Е) заболевания нервной системы</p> <p><b>40 ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ</b>  А) разрушение коронки зуба более, чем на 70%  Б) резорбция костной ткани более 2/3  В) наличие очага воспаления у верхушки корня зуба  Г) расширение периодонтальной щели  Д) разрушение зуба более 3 мм под десну  Е) кариес корня</p> <p><b>41 ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ</b>  А) периостит  Б) пульпит  В) периодонтит  Г) ортодонтический эффект перемещения зуба  Д) снижение окклюзионной высоты,  Е) гиперестезия твердых тканей зубов</p>
--	--	--

		<p>42 ОККЛЮЗИОННАЯ ДИСГАРМОНИЯ (ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ КОНТАКТЫ ЗУБОВ) МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) аномалиях зубов и зубных рядов</li><li>Б) при гиперплазии эмали</li><li>В) деформациях зубных рядов</li><li>Г) при множественном пришеечном кариесе</li><li>Д) аномалиях прикуса и челюстей</li></ul> <p>43 В ПРОЦЕССЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ВЫВЕРЯЮТ ОККЛЮЗИОННЫЕ КОНТАКТЫ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) в центральной окклюзии</li><li>Б) в боковых окклюзиях</li><li>В) основываясь на субъективных ощущениях пациента</li><li>Г) в окклюзии удобной для пациента</li><li>Д) в передней окклюзии</li></ul> <p>44 ВРЕМЕННЫЕ ШИНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА ДОЛЖНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) равномерно распределять жевательное давление</li><li>Б) оказывать реминерализующее воздействие</li><li>В) надежно фиксировать шинируемые зубы</li><li>Г) надежно изолировать зубы от слюны</li></ul> <p>45 РАЗВИТИЮ ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ СПОСОБСТВУЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) жевательное давление</li><li>Б) травма десневого края</li><li>В) жевательное давление</li><li>Г) подвижность зубов</li><li>Д) периодонтит</li></ul> <p>46 ХРОНИЧЕСКИЙ ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) эозинофильной гранулемы,</li><li>Б) хронического очагового остеомиелита</li><li>В) хронического генерализованного пародонтита,</li><li>Г) поражения пародонта при авитаминозе С</li><li>Д) поражения пародонта при сахарном диабете</li><li>Е) поражения пародонта при лейкозе</li></ul> <p>47 К МЕСТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) системную остеопатию</li><li>Б) микробную пленку</li><li>В) аномалии развития челюстей</li><li>Г) травматическую окклюзию</li><li>Д) заболевания нервной системы</li></ul>
--	--	---

	<p>Е) хроническую травму десневого края 48 ПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) множественный кариес Б) преждевременные контакты зубов В) деформации зубных рядов Г) несостоятельные пломбы</p> <p>49 ОЦЕНКУ ГЕМОДИНАМИКИ ПАРОДОНТА ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ</p> <p>А) реографии Б) доплерографии В) оптг Г) полярографии Д) перкуссии Е) пальпации</p> <p>50 ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>А) окклюзиограммы Б) опрос В) артикуляционную бумагу Г) оптг Д) диагностические модели</p> <p>51 ЭКСЦЕНТРИЧЕСКИЕ СУПЕРКОНТАКТЫ ЗУБОВ НАБЛЮДАЮТСЯ В</p> <p>А) передней окклюзии Б) задней контактной позиции В) боковых окклюзиях Г) центральной окклюзии</p> <p>52 НА ОРТОПАНТОМОГРАММЕ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ</p> <p>А) резорбция костной ткани Б) костные карманы В) дентикли Г) периапикальные изменения Д) отсутствие зубов</p> <p>53 ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПАРОДОНТИТА ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) клиновидный дефект на клыке верхней челюсти Б) веерообразное расхождение зубов В) «болтающийся» гребень по Суппле Г) «географический» язык Д) неприятный запах Е) обильное отложение зубного налета и камня</p>
--	---



		<p>54ПО ПРИЦЕЛЬНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЖНО ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ</p> <p>А) аппроксимальных стенок  Б) межзубных перегородок  В) щечных (губных) стенок  Г) язычных(небных) стенок  Д) суставного отростка  Е) верхнечелюстной пазухи</p>
--	--	---

### КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>

#### *Критерии оценивания тестового контроля:*

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

**Критерии оценивания собеседования:**

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	ошибки в содержании ответа		
--	-------------------------------	--	--

**Критерии оценивания ситуационных задач:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует