

Стоматология ортопедическая (ВО) Высшая категория

1. Абсолютным показателем к протезированию является потеря жевательной эффективности по Н.А.Агапову

- а) свыше 10%
- б) 20%
- в) 25%
- г) 50%

2. Средние сроки пользования пластиночными зубными протезами

- а) 1 год
- б) 3 года
- в) 5 лет
- г) 10 лет

3. В поднимании нижней челюсти не участвуют мышцы

- а) собственно жевательная
- б) медиальная крыловидная
- в) верхняя часть височной
- г) латеральная, крыловидная

4. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является

- а) клинический
- б) рентгенологический
- в) биометрический
- г) измерение диагностических моделей челюстей

5. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении соответствия размеров верхней и нижней челюсти является

- а) дентальная рентгенография
- б) панорамная рентгенография
- в) ортопантомография
- г) телерентгенография

6. Для диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава применяют следующие методы

- а) измерение высоты нижнего отдела лица
- б) анализ функциональной окклюзии
- в) рентгенологическое исследование
- г) электромиографическое исследование

7. Рентгенологическая картина при хронических артритах височно-нижнечелюстного сустава

- а) расширение суставной щели
- б) сужение суставной щели
- в) контуры суставной головки нечеткие
- г) деформация костных элементов сустава

8. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного сустава

- а) сужение суставной щели
- б) отсутствие суставной щели
- в) расширение суставной щели
- г) изменение формы костных элементов сустава

9. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен следующий диагноз

- а) мышечно-суставная дисфункция
- б) артрит
- в) артроз
- г) остеома суставного отростка нижней челюсти

10. Форма зубных рядов в постоянном прикусе

- а) полукруг
- б) трапеция
- в) треугольник
- г) верхнего - полуэллипс, нижнего – парабола

11. Ортогнатический прикус постоянных зубов характеризуется следующим признаком

- а) каждый зуб имеет по одному антагонисту
- б) смыкание по 2 классу энгля
- в) каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами за исключением верхнего зуба мудрости и нижнего первого резца, каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим
- г) смыкание по 3 классу энгля

12. Аппаратами комбинированного действия являются ортодонтические аппараты

- а) имеющие элементы функциональных аппаратов
- б) имеющие элементы механических аппаратов
- в) имеющие элементы функциональных и механических аппаратов
- г) имеющие резиновую тягу

13. Функциональными называются аппараты

- а) действующие при активации винта
- б) действующие при наложении резиновой тяги
- в) действующие при активации проволоки
- г) действующие при сокращении мускулатуры

14. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и(или) оральная поверхности зубов, называется

- а) декомпенсированная
- б) вертикальная
- в) компенсированная
- г) горизонтальная

15. Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме патологической стираемости зубов обусловлено

- а) смещением нижней челюсти
- б) ростом альвеолярного отростка челюстей
- в) височно-нижнечелюстного сустава
- г) выдвиганием зубов

16. При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение

- а) пломб
- б) вкладок
- в) культевых коронок
- г) штампованных коронок

17. Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо

- а) изготовить диагностические модели
- б) измерить разницу между внол при физиологическом покое и в цо
- в) провести рентгенологическое исследование зубов
- г) провести ЭОД

18. При декомпенсированной форме патологической стираемости твердых тканей зубов ортопедическое лечение проводится

- а) в один этап
- б) в два этапа
- в) в три этапа
- г) в пять этапов

19. Протезировать больного, который закончил курс лучевой терапии, целесообразно

- а) сразу же после окончания курса лечения
- б) через 6-8 месяцев
- в) спустя год после проведения курса лучевой терапии
- г) при нормальной (клинический анализ) картине крови

20. Отрицательное воздействие протезов на защитные механизмы в полости рта заключается в следующем

- а) ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта
- б) пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта
- в) молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител
- г) все перечисленное верно

21. Для уменьшения отрицательного воздействия протезов возможно

- а) изготовление цельнолитых мостовидных протезов
- б) изготовление протезов с литыми базисами
- в) изготовление протезов из бесцветной пластмассы
- г) все перечисленное верно

22. Аномалия" прикуса - это

- а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы
- б) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
- в) изменения в мышечной системе
- г) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов

23. Деформация зубочелюстной системы - это

- а) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
- б) нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы
- в) изменение в височно-нижнечелюстном суставе
- г) открытый прикус

24. Истинная прогения - это

- а) мезиальное смещение нижней челюсти
- б) недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней
- в) чрезмерное развитие нижней челюсти
- г) уплощение фронтального участка верхней челюсти

25. Причиной вторичного глубокого прикуса является

- а) частичная потеря зубов
- б) патологическая стираемость зубов
- в) заболевание тканей пародонта
- г) все перечисленное

26. Признаком, характеризующим открытый прикус, является

- а) короткая верхняя губа
- б) развернутый угол нижней челюсти
- в) нарушение речи
- г) все перечисленное

27. Ортодонтическим путем можно устранить следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых

- а) изменить положение суставов относительно основания черепа
- б) восстановить соответствие величин челюстей
- в) изменить положение зуба или группы зубов
- г) изменить угол нижней челюсти

28. Для деформирующего остеопароза характерным является

- а) чрезмерное резцовое перекрытие
- б) истончение головки, деформация суставного бугорка, появление экзостозов
- в) стирание сочлененных поверхностей
- г) склерозирование сочлененных поверхностей

29. Ортодонтическими аппаратами у взрослых можно добиться

- а) изменения положения верхней челюсти
- б) расширения верхней челюсти
- в) устранения неправильное положение зубов
- г) изменения формы челюстей

30. Применение съемного протеза с литым базисом показано

- а) при глубоком резцовом перекрытии
- б) при уменьшении межальвеолярной высоты и не измененной высоте нижней трети лица
- в) при функциональной перегрузке зубов
- г) при частых поломках протезов с пластмассовым базисом

31. При протетическом лечении прогнатического прикуса целесообразно изготавливать съемные протезы, так как

- а) постановка максимально может быть приближена к положению естественных зубов

- б) съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов
- в) на съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов
- г) на съемном протезе легче провести коррекцию прикуса

32. Наиболее эффективным методом лечения при дистальном положении нижней челюсти относительно основания черепа, является

- а) смещение зубов нижней челюсти
- б) сочетание хирургических и ортопедических методов лечения
- в) хирургическое вмешательство
- г) удаление зубов на нижней челюсти

33. Первым действием при лечении прогенического прикуса (мезиальное смещение нижней челюсти) будет

- а) устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов
- б) нормализация функции языка и глотания
- в) пришлифовывание зубов
- г) аппаратурное лечение аномалии

34. Тяжесть клинической картины аномалии прикуса особенно усугубляет

- а) травматическая окклюзия
- б) повышенная стираемость зубов
- в) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- г) деформация окклюзионной поверхности

35. Основной задачей лечения больных с глубоким прикусом является

- а) исправление нарушений окклюзии, функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц
- б) создание режуще-бугоркового контакта между передними зубами
- в) восстановление непрерывности зубного ряда
- г) улучшение внешнего вида больного

36. Наиболее тяжелым осложнением при неправильном лечении глубокого прикуса может быть

- а) чувство дискомфорта

- б) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- в) увеличение атрофии альвеолярных отростков
- г) повреждение пародонта оставшихся зубов

37. Важным фактором в обосновании применения литого базиса при протезировании больных с глубоким прикусом является

- а) большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений
- б) сочетание аномалии с заболеваниями пародонта
- в) недостаток места для пластмассового базиса, возможность его поломки
- г) сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

38. Основной функцией капповой шины, применяющейся при лечении вторичного глубокого прикуса, сочетающимся с повышенной стираемостью, является

- а) нормализация положения нижней челюсти
- б) увеличение межальвеолярной высоты
- в) устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
- г) предотвращение дальнейшего стирания естественных зубов

39. По классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку к первому классу относятся

- а) полости, располагающиеся в естественных фисурах жевательных зубов
- б) полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- в) полости на проксимальных поверхностях передних зубов
- г) полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

40. Ко второму классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

- а) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров,
- б) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров
- в) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- г) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

41. К третьему классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку

относятся полости

- а) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- б) на проксимальных поверхностях передних зубов
- в) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- г) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

42. К четвертому классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

- а) на жевательных поверхностях моляров и премоляров
- б) на проксимальных поверхностях передних зубов
- в) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- г) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

43. К пятому классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

- а) располагающиеся на жевательных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
- б) на проксимальных поверхностях передних зубов
- в) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- г) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

44. При работе с твердыми тканями клыков с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) на вершущках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности на вершущках бугров и в пришеечной зоне
- в) вестибулярной и оральной поверхности
- г) на проксимальных поверхностях

45. При работе с твердыми тканями премоляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) на вершущках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности +

г) на жевательной поверхности

46. При работе с твердыми тканями моляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

а) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

б) на вершинах бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

в) на проксимальных поверхностях

г) на жевательной поверхности

47. Нужно ли при изготовлении пластмассовых коронок формировать уступ в пришеечной зоне?

а) да

б) да, но только на передней поверхности

в) да, если зуб депульпирован

г) нет

48. Какие возможны ошибки и осложнения при применении литых штифтовых вкладок?

а) перфорация стенки корня

б) раскол корня

в) расцементировка вкладки

г) все перечисленные выше моменты

49. Показанием к применению литых штифтовых вкладок является

а) патологическая стираемость зубов

б) если зуб депульпирован более года тому назад

в) если зуб депульпирован 5 и более лет тому назад

г) дефект коронковой части на 1/3 и более

50. Оптимальная длина штифта литой штифтовой вкладки составляет

а) 1/3 корня

б) 1/2 длины корня

в) 2/3 длины корня

г) на всю длину корня

51. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

- а) на верхней челюсти
- б) на нижней челюсти
- в) на обеих челюстях одинаково
- г) преимущественно в группе боковых зубов

52. При использовании метода последовательной дезокклюзии при частичном отсутствии зубов, осложненном зубочелюстными деформациями, дезокклюзия между антагонизирующими и естественными зубами должна составлять не более

- а) 1 мм
- б) 2 мм
- в) 3 мм
- г) 4 мм

53. Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

- а) отростки базиса протеза
- б) многозвеньевые кламмеры
- в) непрерывные кламмеры
- г) передние небные дуги

54. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов I-A класса по Кеннеди

- а) переднее
- б) среднее
- в) заднее
- г) переднесреднее

55. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди

- а) среднее
- б) заднее
- в) переднесреднее
- г) заднесреднее

56. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

- а) в толщину
- б) в ширину
- в) в толщину и ширину
- г) больше в ширину

57. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

- а) касательное
- б) не касается на 0.5-1 мм
- в) не касается на 1-1.5 мм
- г) не касается на 1.5-2 мм

58. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют

- а) лингвальную дугу
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку
- г) модифицированный непрерывный кламмер

59. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

- а) на вершине альвеолярного гребня
- б) на оральном скате альвеолярного гребня
- в) на вестибулярном скате альвеолярного гребня
- г) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня

60. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

- а) до 1/2 длины базиса протеза
- б) до бугров верхней челюсти
- в) на всю длину базиса
- г) на 2/3 базиса протеза

61. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

- а) до 1/3 длины базиса протеза

- б) до $1/2$ длины базиса протеза
- в) до $2/3$ длины базиса протеза
- г) на всю длину базиса протеза

62. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

- а) на всю длину базиса
- б) на $1/3$ длины базиса протеза
- в) на $1/2$ длины базиса протеза
- г) на $2/3$ длины базиса протеза

63. Кипмайдер - это

- а) шинирующее устройство
- б) фиксирующее устройство
- в) антипрокидывающее устройство
- г) эстетическое приспособление

64. Наиболее важной линией при расположении элементов в опорноудерживающем кламмере является

- а) продольная ось зуба
- б) линия анатомического экватора
- в) контрольная линия
- г) линия десневого края

65. Общую линию, проведенную по коронковой части зубов на рабочей модели при параллелографии, принято называть

- а) линией поднутрения
- б) линией анатомического экватора
- в) линией обзора
- г) линией десневого края

66. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, называют

- а) зоной поднутрения

- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) зоной безопасности

67. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и десневым краем, называют

- а) зоной поднутрения
- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) кламмерной зоной

68. Часть опорноудерживающего кламмера, обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений, располагается

- а) в окклюзионной зоне
- б) в ретенционной зоне
- в) в зоне безопасности
- г) в кламмерной зоне

69. На какой модели техник моделирует каркас цельнолитого протеза?

- а) рабочей
- б) дублированной гипсовой
- в) дублированной супергипсовой
- г) дублированной огнеупорной

70. Для получения огнеупорной модели необходимо провести

- а) параллеломерию рабочей модели
- б) параллелографию рабочей модели
- в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели
- г) дублировать рабочую модель

71. Место преимущественного расположения дуги на верхней челюсти

- а) передняя треть твердого неба
- б) задняя треть твердого неба

в) средняя треть задней трети твердого неба

г) не имеет значения

72. Изменение традиционного месторасположения дуги на верхней челюсти обуславливает

а) желание пациента

б) форма твердого неба

в) выраженный тонус шов твердого неба

г) топография дефекта зубного ряда

73. Главный критерий выбора опорного зуба под опорно-удерживающий кламмер

а) устойчивость зуба

б) выраженность анатомического экватора

в) высота клинической коронки

г) поражение твердых тканей зубов

74. Наиболее выгодно направление кламмерной линии

а) трансверзальное

б) сагиттальное

в) диагональное

г) трансверзально-сагиттальное

75. Основной элемент бюгельного протеза

а) дуга

б) седло с искусственными зубами

в) опорно-удерживающий кламмер

г) многозвеньевой кламмер

76. Для изготовления цельнолитого бюгельного протеза верхней челюсти при IV классе дефектов по Кеннеди достаточно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

77. При изготовлении цельнолитого бюгельного протеза при I классе протяженного дефекта нижней челюсти достаточно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

78. Для изготовления бюгельного протеза при II классе протяженного дефекта на нижней челюсти нужно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

79. Величина зазора между слизистой оболочкой и удлиненным плечом кламмера Роуча

а) нет зазора

б) 0.6 мм

в) 0.8 мм

г) от 0.8 до 1 мм

80. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и дугой нижнего бюгеля

а) нет зазора

б) 0.4 мм

в) 1.0 мм

г) от 1.0 до 1.5 мм

81. При решении вопроса об удалении одного оставшегося зуба необходимо учитывать

а) возможность лучшей фиксации протеза

б) сохранение межальвеолярной высоты

в) перестройку нервно-рефлекторной регуляции и функции

г) все вышеперечисленное

82. Положительным при использовании сохраненного корня зуба является

а) возможность использования корня зуба в качестве опоры для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.)

б) передача жевательного давления через сохранившийся корень

в) замедление атрофии альвеолярного отростка

г) все вышеперечисленное

83. У больных с полной потерей зубов применим следующий метод хирургической подготовки

а) устранение тяжей, перемещение уздечек

б) углубление преддверия полости рта

в) субпериостальная имплантация

г) все вышеперечисленное по показаниям

84. Основной задачей при подготовке больных к повторному протезированию при полной потере зубов является

а) нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты

б) профилактика артропатий

в) удовлетворение эстетических запросов

г) восстановление функции речи

85. Для протезирования при полном отсутствии зубов наиболее благоприятна

а) плотная слизистая оболочка

б) тонкая слизистая оболочка

в) рыхлая, податливая слизистая оболочка

г) подвижная слизистая оболочка

86. При полном отсутствии зубов для протезирования наиболее благоприятна форма альвеолярного отростка

а) отлогая

б) отвесная

в) с резко выраженными буграми

г) с неравномерной атрофией

87. Наиболее целесообразной тактикой при наличии турса средней выраженности является

а) хирургическое вмешательство

б) дифференциальный оттиск

в) изоляция турса

г) моделировка базиса протеза с обходом турса

88. Для предупреждения травмы резцового сосочка необходимо предпринимать

а) хирургическое иссечение резцового сосочка

б) оттиск с дифференцированным давлением

в) изоляция резцового сосочка на модели

г) выпиливание базиса протеза в области сосочка

89. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления полного съемного протеза является

а) выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка

б) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

в) выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе

г) выраженная атрофия в переднем отделе

90. Следует уделить особое внимание формированию части полного съемного протеза на нижней челюсти

а) в области преддверия полости рта

б) в подъязычной области

в) в позадимолярной области

г) их значение равноценно

91. Целесообразно применять декомпенсированный оттиск на беззубой челюсти

а) при наличии резкой атрофии альвеолярного отростка

б) при равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа

в) при истонченной слизистой оболочке

г) все вышеперечисленное верно

92. Способы разгрузки протезного ложа

а) декомпенсированные оттиски

б) сужение окклюзионной поверхности зубов

в) использование эластичных пластмасс

г) все вышеперечисленные

93. Метод функционального оформления краев оттиска используется

а) для создания клапанной зоны

б) для создания формы вестибулярного края оттиска с учетом функции мимических мышц

в) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом эстетических требований

г) все вышеперечисленное верно

94. При определении центрального соотношения челюстей следует учитывать

а) равномерное и одновременное сокращение жевательных мышц на обеих сторонах

б) определенное положение суставных головок в суставных ямках

в) определенное положение нижней челюсти по отношению к верхней челюсти, лицевому и мозговому черепу

г) совокупность всех вышеперечисленных признаков

95. Применять жесткие базисы целесообразно

а) при получении оттиска под контролем жевательного давления

б) при применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии

в) при использовании фонетических проб для постановки зубов

г) во всех вышеперечисленных случаях

96. Метод определения высоты нижнего отдела лица, который дает наилучший эстетический и функциональный эффект, - это

а) антропометрический метод

б) с помощью циркуля золотого сечения

- в) с помощью фонетических и глотательных проб
- г) ориентация на высоту нижней трети лица в состоянии покоя нижней челюсти

97. Наиболее индивидуальным является метод формирования окклюзионной плоскости

- а) по носоушной и зрачковой горизонтали
- б) с помощью аппарата ларина
- в) с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти
- г) с помощью внеротовой записи движения нижней челюсти

98. Тактика врача при протезировании больных с привычным "передним" положением нижней челюсти

- а) зафиксировать среднее (между привычным передним и задним) положение нижней челюсти
- б) постановку фронтальных зубов провести с минимальным перекрытием нижних зубов
- в) шлифовать зубы для обеспечения большей свободы движений нижней челюсти
- г) все вышперечисленное

99. Какое преимущество имеет методика внутриротовой шлифовки окклюзионных валиков

- а) индивидуальность оформления окклюзионной плоскости
- б) возможность более точного воспроизведения резцового пути
- в) возможность более точного определения соотношения челюстей
- г) возможность более точного воспроизведения суставного пути

100. Лабораторная перебазировка протезов необходима

- а) при недостаточной фиксации съемных протезов
- б) при изменении формы альвеолярного отростка после непосредственного протезирования
- в) при незначительном снижении высоты нижней трети лица
- г) все вышперечисленное

101. Применение эластичной пластмассы целесообразно

- а) при протезировании в ранние (после удаления) сроки
- б) при очень резкой атрофии альвеолярных отростков

- в) для облегчения адаптации к съемным протезам пожилых людей
- г) все вышеперечисленное

102. Причиной повышенного рвотного рефлюкса может быть

- а) неплотное прилегание протеза в дистальных отделах
- б) удлиненный дистальный край протеза
- в) неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов
- г) все вышеперечисленное

103. Suppli предложил классификацию

- а) методов получения слепков
- б) формы скатов альвеолярных гребней
- в) типов слизистой оболочки рта
- г) беззубых челюстей

104. Можно рассматривать как начальную функциональную перегрузку ВНЧС:

- а) истончение головки нижней челюсти
- б) деформация суставного бугорка
- в) стирание сочлененных поверхностей или их склерозирование
- г) щелканье в суставе

105. Что не входит в понятие "пятерка Ганау"

- а) наклон суставного пути
- б) резцовое перекрытие
- в) сагиттальные и трансверзальные кривые
- г) высота зубов

106. Курляндский различает три фазы адаптации к зубным протезам

- а) возбуждение, раздражение, состояние комфорта
- б) возбуждение, раздражение, торможение
- в) возбуждение, раздражение, полное торможение
- г) раздражение, частичное торможение, полное торможение

107. Мягкие подкладки съемных пластиночных протезов показаны

- а) при сухой малоподатливой слизистой оболочке
- б) при гипертрофированной слизистой оболочке
- в) при "болтающемся" альвеолярном гребне
- г) при повышенном рвотном рефлексе

108. При полной адентии головка нижней челюсти смещается

- а) вперед
- б) вниз
- в) вверх
- г) кзади и вверх

109. Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии

- а) должен перекрывать линию "а" на 1-2 мм
- б) не должен доходить до линии "а" на 5 мм
- в) должен оканчиваться на линии "а"
- г) не имеет значения

110. Причинами возникновения дефектов верхней челюсти являются

- а) результат воспалительного процесса челюстно-лицевой области
- б) травматические повреждения и оперативные вмешательства челюстно-лицевой области
- в) врожденные дефекты
- г) все вышеперечисленное верно

111. Для дефекта, возникшего в результате лучевой терапии, характерны

- а) разнообразная локализация дефекта
- б) резкие рубцовые изменения в пораженной области
- в) изменение в цвете тканей окружающих дефект
- г) все вышеперечисленное верно

112. Аппараты, относящиеся к группе внутриротовых назубных фиксирующих

- а) проволочные шины по тигерштедту
- б) шина вебера
- в) шина порта

г) шина ванкевича

113. Причины, приводящие к неправильно сросшимся переломам

- а) неправильное сопоставление отломков
- б) недостаточная фиксация отломков
- в) нарушение гигиены полости рта
- г) применение лечебной гимнастики

114. При ложном суставе съемный протез изготавливается

- а) с одним базисом
- б) с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними
- в) с металлическим базисом
- г) с двухслойным базисом

115. Особенности снятия слепков при стомоназальных дефектах (приобретенных)

- а) необходимость тампонирувания дефекта
- б) снятие оттиска разборной ложкой
- в) снятие оттиска без тампонады дефекта
- г) снятие оттиска индивидуальной ложкой

116. При изготовлении верхне-челюстного obturiruyushchego протеза при наличии непрерывного зубного ряда на сохранившемся участке верхней челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

- а) фиксирующие кламмеры
- б) телескопические коронки
- в) балочная (штанговая) система фиксации
- г) все вышеперечисленное верно

117. При обширных дефектах челюстей и одиночном зубе на сохранившемся участке челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

- а) фиксирующие кламмеры
- б) магнитные элементы
- в) телескопические коронки
- г) использование пружинных элементов

118. Конструкция obtурирующей части протеза при срединном дефекте костного неба следующая

- а) на базе нет obtурирующей части
- б) obtуратор высоко входит в полость носа
- в) на базисе вокруг дефекта создан небольшой валик
- г) obtуратор возвышается над базисом на 2-3 мм

119. Более целесообразной конструкцией obtуратора при полном отсутствии верхней челюсти является

- а) obtуратор полый, воздухоносный
- б) obtуратор массивный, монолитный
- в) obtуратор изготовлен в виде тонкой пластинки
- г) плавающий obtуратор

120. Наиболее оптимальные сроки изготовления резекционного протеза

- а) через 2 месяца после операции
- б) через 6 месяцев после операции
- в) сразу же после операции
- г) до оперативного вмешательства

121. Наиболее объективными клиническими методами при оценке функциональной ценности obtурирующего протеза являются

- а) осмотр полости рта
- б) фонетические пробы
- в) глотание воды
- г) проверка окклюзии и артикуляции

122. Характерные признаки неправильно сросшихся обломков при переломе нижней челюсти

- а) нарушение формирования пищевого комка
- б) несмыкание ротовой щели
- в) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти
- г) аномальное положение зубов

123. Особенности протезирования больных с неправильно сросшимися отломками

- а) предварительное (ортодонтическое) исправление положения зубной дуги
- б) изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярного отростка
- в) изготовление протезов с двойным рядом зубов
- г) отказ в протезировании до хирургического исправления положения отломков

124. Один из характерных признаков переднего двустороннего вывиха нижней челюсти

- а) смещение подбородка в сторону
- б) полуоткрыт рот, невозможно закрыть рот
- в) болезненность в области нижней челюсти
- г) нарушение окклюзии

125. Препаратом выбора при гипервентиляции является

- а) нитроглицерин
- б) диазепам
- в) преднизалон
- г) эуфеллин

126. Горизонтальное положение оптимально при:

- а) гипервентиляции
- б) асфиксии
- в) коллапсе
- г) приступе бронхиальной астмы

127. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах:

- а) 40-80 ударов в минуту
- б) 60-100 ударов в минуту
- в) 80-120 ударов в минуту
- г) 90-130 ударов в минуту

128. Какой из анестетиков можно применить при наличии у пациента бронхиальной астмы:

- а) ультракаин ds
- б) лидокаин 2% с адреналином 1:100000
- в) мепивакаин 3% без адреналина
- г) прилокаин 4% без адреналина

129. У пациентов с склонностью к кровотечениям предпочтение нужно отдавать следующим видам анестезии:

- а) ментальной
- б) мандибулярно
- в) подслизистой
- г) резцовой

130. Наиболее вероятна анафилаксия в отношении:

- а) гормонов
- б) наркотических анальгетиков
- в) препаратов йода
- г) транквилизаторов

131. Диагноз контактный стоматит ставится на данных:

- а) анамнеза
- б) клинических симптомов
- в) лабораторных анализов
- г) дополнительных методов исследования

132. Действие врача при стоматите, вызванном протезом:

- а) изъятие протеза сроком на 2-3 недели
- б) покрытие поверхности протеза специальными инертными составами
- в) назначение противовоспалительных медикаментозных средств
- г) изготовление протеза из золота

133. Эрозии слизистой полости рта как результат герпетической инфекции:

- а) способствуют развитию поверхностного кандидоза
- б) способствуют развитию саркомы Капоши

в) способствуют развитию внеузелковых в-клеточных лимфом

г) способствуют развитию лейкоплакии

134. Препараты для экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекции в ЛПУ:

а) 70% этиловый спирт, спиртовой раствор йода, вода (водопроводная или стерильная), калетра (лопинавир/ритонавир), комбивир (зидовудин/ламивудин)

б) хлоргексидин 20%, октисепт или октинеде, спирт этиловый 70%, 10% протаргол, водный раствор йода 5%

в) 6% перекись, спирт этиловый 70*, 5% раствор йода, 40% сульфацил,

г) перманганат калия 0,05%, 10% протаргол.

135. Наиболее частыми поражениями токсоплазменной этиологии у больных СПИДом является:

а) интерстициальная пневмония

б) энтерит

в) энцефалит

г) миокардит

136. Что не входит в понятие "Триада ВИЧ-деменции":

а) парестезии

б) нарушение когнитивной функции

в) двигательные расстройства

г) нарушение поведения

137. Склонность к мутации у ВИЧ

а) выражена

б) слабо выражена

в) не выражена

г) не выявлена

138. Охарактеризуйте восприимчивость людей к ВИЧ-инфекции:

а) определяется генетическими, иммунологическими особенностями

б) крайне низкая

в) достаточно высокая

г) зависит от возраста

139. Наименьшая концентрация ВИЧ определяется:

а) в крови

б) во влагалищном секрете

в) в околоплодных водах

г) в грудном молоке

140. Метод окончательного подтверждения серопозитивности к ВИЧ:

а) исследование сыворотки методом ифа в 2-х тест системах

б) выявление антигена с помощью иммунофлюоресцентных методов

в) исследование сыворотки методом иммуноблота

г) исследование методом полимеразной цепной реакции

141. Окклюзионное пришлифование зубов при лечении пародонтитов проводится:

а) до кюретажа и противовоспалительной терапии

б) после кюретажа, но до противовоспалительной терапии

в) после кюретажа и противовоспалительной терапии

г) перед остеогингвиопластикой, но после закрытого кюретажа и противовоспалительной терапии

142. Число этапов проведения окклюзионного пришлифовывания:

а) два

б) три

в) четыре

г) пять

143. Можно рассматривать как начальную функциональную перегрузку ВНЧС:

а) истончение головки нижней челюсти

б) деформация суставного бугорка

в) стирание сочлененных поверхностей или их склерозирование

г) щелканье в суставе

144. Цель плазменной обработки поверхности внутрикостных имплантатов:

- а) стерилизация имплантата
- б) упрочнение поверхности
- в) уменьшение окисной пленки
- г) изменение кристаллической структуры

145. Остеоинтеграция имплантата это:

- а) плотное укрепление имплантата
- б) помещение имплантата в костную ткань
- в) плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата
- г) наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью

146. Фиброзная интеграция имплантата это:

- а) укрепление имплантата в соединительной ткани
- б) наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью
- в) эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата
- г) помещение имплантата под надкостницу

147. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации

- а) не требуется
- б) в зависимости от желания пациента
- в) требуется в течение первого года
- г) требуется проводить регулярный контроль

148. Аналог имплантата отличается от собственно имплантата по толщине

- а) толще на 0.2 мм
- б) тоньше на 0.2 мм
- в) толщина одинакова
- г) не имеет значения

149. После имплантации швы снимаются

- а) через 3 недели

- б) через 7-8 дней
- в) через 2 месяца
- г) не снимаются

150. Завышение высоты нижнего отдела лица при протезировании с опорой на имплантаты

- а) недопустимо во всех случаях
- б) недопустимо только при полном отсутствии зубов
- в) допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы
- г) допустимо при использовании имплантата в качестве промежуточной опоры

151. Показаниями к проведению имплантации являются

- а) полное отсутствие зубов
- б) концевые дефекты зубных рядов
- в) потеря одного зуба
- г) все вышеперечисленное

152. К противопоказаниям к проведению имплантации относятся

- а) эндокринные заболевания
- б) гемофилия
- в) нарушение кальциевого обмена
- г) всё перечисленное

153. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации

- а) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти
- б) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти
- в) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов
- г) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без риска повреждения определенных анатомических структур

154. Нормализация окклюзии при имплантации

- а) один из основных параметров влияющих на успех лечения
- б) не оказывает влияния на результата имплантации

- в) может оказывать влияние на результат у некоторых больных
- г) не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений

155. Какое количество имплантатов может быть максимально установлено у одного больного?

- а) один
- б) два-три
- в) не более шести
- г) ограничений нет

156. На образование тепла при сверлении кости влияют

- а) величина бора
- б) острота бора
- в) давление при сверлении
- г) все вышеперечисленные факторы

157. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является

- а) внешнее воздушное охлаждение
- б) охлаждение жидкостью с внешним подводом
- в) охлаждение воздухом с подводкой внутри бора
- г) подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке

158. Оптимальная величина подачи охлаждающей жидкости

- а) 300-500 мл/мин
- б) 100-200 мл/мин
- в) 10-15 мл/мин
- г) 30-50 мл/мин

159. Что происходит с костной тканью при превышении температуры критических величин

- а) гиперемия
- б) инфильтрация
- в) некроз

г) пролиферация

160. Некроз костной ткани происходит при температуре

а) 40-50°С

б) выше 50°С

в) 65°С и выше

г) 60-65°С

161. При сверлении температура кости не должна превышать

а) 30°

б) 37°

в) 47°

г) 50°

162. Причины, ведущие к нарушению костного заживления

а) травматическое препарирование кости

б) первичная подвижность имплантата

в) плохая биосовместимость

г) все вышеперечисленное

163. К возможным реакциям костной ткани на травму относятся

а) образование фиброзной ткани

б) секвестрация

в) образование новой костной ткани

г) все вышеперечисленное

164. При имплантации на реакцию костной ткани влияют

а) репаративные способности костной ткани

б) материал имплантата

в) техника препарирования

г) все вышеперечисленные факторы

165. К послеоперационным осложнениям при имплантации относятся

а) расхождение швов

- б) подвижность имплантата
- в) перфорация верхне-челюстного синуса
- г) все вышеперечисленное

166. При изготовлении имплантата используют

- а) титан
- б) цинк
- в) хром
- г) ниобий

167. Какие анатомические структуры следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации на нижней челюсти?

- а) верхнечелюстной синус
- б) резцовые отверстия
- в) скуловой отросток
- г) подбородочные отверстия

168. Какие анатомические структуры следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации на верхней челюсти?

- а) мышечковые отростки
- б) придаточные пазухи
- в) венечные отростки
- г) наружную косую линию

169. В настоящее время для увеличения атрофированного альвеолярного отростка используют

- а) гидроксилапатит
- б) полиуритан
- в) нейлон
- г) метилметакрилат

170. Коллагеновые волокна в разделительном слое при фиброзной интеграции

- а) направлены вдоль имплантата
- б) направлены перпендикулярно поверхности имплантата

- в) хаотично
- г) образуют сетчатую структуру

171. Имеется ли адаптация или адгезия эпителиальной ткани к поверхности имплантата?

- а) имеется
- б) отсутствует
- в) отчасти
- г) только у титановых имплантатов

172. Факторами неблагоприятными для размещения имплантата на верхней челюсти являются

- а) часто встречающиеся неудовлетворительные анатомические взаимоотношения
- б) плохое кровоснабжение
- в) плохая иннервация
- г) преобладание спонгиозной кости

173. Перспектива успеха имплантации в юношеские годы

- а) благоприятная
- б) неблагоприятная
- в) благоприятный результат только у девочек
- г) благоприятный результат только у мальчиков

174. Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является

- а) остеомиелит челюсти
- б) отлом имплантатной головки
- в) воспалительные осложнения
- г) аллергическая реакция

175. Какова периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации?

- а) ежемесячно
- б) 2 раза в год
- в) один раз в год

г) 4 раза в год

176. Предпочтительной конструкцией промежуточной части мостовидного протеза с опорой на имплантаты является

а) седловидная

б) касательная

в) промывная

г) касательная и седловидная

177. Цель повторных осмотров после имплантации - это

а) оценка подвижности имплантата

б) проверка гигиены полости рта

в) удаление зубных отложений

г) все вышеперечисленное

178. Благоприятной поверхностью имплантата в области десны является

а) гладкая

б) шероховатая

в) пористая

г) пористая с уступом

179. Какие зубы могут включаться в мостовидный протез при использовании имплантатов?

а) любые

б) с подвижностью I степени

в) устойчивые зубы

г) рекомендации отсутствуют

180. Оптимальным режимом сверления костной ткани является

а) сверление без перерыва с охлаждением

б) сверление прерывистое с охлаждением

в) сверление прерывистое без охлаждения

г) сверление оптимальное при любом режиме

181. К местным противопоказаниям для проведения имплантации относятся

- а) рецидивирующий афтозный стоматит
- б) дефект челюсти
- в) лучевое облучение области головы и шеи
- г) все вышеперечисленное

182. Имплантация противопоказана

- а) при системных заболеваниях кости
- б) при фарингите
- в) при хроническом бронхите
- г) при язвенной болезни желудка

183. Имплантация не противопоказана

- а) при нарушениях иммунной системы
- б) при геморрагическом диатезе
- в) при сахарном диабете
- г) при гиперацидном гастрите

184. Материал имплантата должен обладать такими свойствами как

- а) нетоксичность
- б) отсутствие антигенных свойств
- в) биологическая стабильность
- г) все вышеперечисленное

185. При имплантации общее состояние здоровья пациента

- а) имплантация показана абсолютно здоровым пациентам
- б) имплантация противопоказана при наличии определенных заболеваний
- в) не имеет значения
- г) зависит от объема операции

186. Значение гигиенических мероприятий в прогнозе имплантации

- а) незначительное влияние
- б) важное значение

в) не имеет значения

г) не изучено

187. Обычно после операции имплантации назначают

а) холод на область операции

б) анальгетики

в) антибиотики

г) все вышеперечисленное

188. Наиболее часто используют при имплантации

а) проводниковую анестезию

б) аппликационную анестезию

в) нейрорепаналгезию

г) эндотрахеальный наркоз

189. Прогноз имплантации наиболее благоприятный

а) антагонисты - здоровый зубной ряд

б) антагонисты - несъемный дуговой металлокерамический протез

в) антагонисты - полный съемный протез

г) антагонисты - бюгельный протез

190. Биоактивные имплантатные материалы - это

а) растворяющиеся в среде организма

б) вызывающие реакцию кости

в) материалы на биологической основе

г) костные трансплантаты

191. К факторам, учитываемым при возмещении потери одного зуба с помощью имплантата, относятся

а) межзубное расстояние

б) ширина альвеолярного отростка

в) ширина зоны фиксированной десны

г) все вышеперечисленное

192. Какая система интеграции имплантатов может быть использована в клинике

- а) костная интеграция
- б) фиброзная интеграция
- в) костная и фиброзная интеграции
- г) нет указаний

193. Распределение жевательной нагрузки на имплантат определяется

- а) расположением опор
- б) жесткостью протеза
- в) жесткостью материала имплантата
- г) всем вышеперечисленным

194. Высокую биосовместимость титана связывают

- а) с высокой коррозионной устойчивостью
- б) с высоким диэлектрическим постоянством
- в) с относительной чистотой поверхности
- г) со всем вышеперечисленным

195. Осложнениями, вызываемыми неправильной протезной конструкцией с опорой на имплантаты, являются

- а) перегрузка имплантата
- б) перелом имплантата
- в) атрофия костной ткани
- г) все вышеперечисленное

196. Наиболее благоприятной нагрузкой на имплантат является

- а) вертикальная нагрузка
- б) вдоль оси имплантата
- в) боковая нагрузка в области шейки
- г) нагрузка под острым углом к имплантату

197. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?

- а) на срок не более 5 дней

- б) на срок не более 15 дней
- в) на срок не более 30 дней
- г) на весь срок нетрудоспособности

198. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?»

- а) государственный контроль
- б) ведомственный контроль
- в) внутренний контроль
- г) все вышеперечисленные

199. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- а) не чаще чем два раза в год
- б) не чаще чем один раз в год
- в) не чаще одного раза в 2 года
- г) по мере надобности

200. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- а) пациент и его законный представитель
- б) родственники
- в) работодатели
- г) страховой агент

201. Код обследования участников аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые:

- а) 124
- б) 120
- в) 125
- г) 118

202. Группы риска граждан для расширения добровольного тестирования на ВИЧ-инфекцию:

- а) Лица, направляемые на оперативные вмешательства
- б) Лица, направляемые на эндоскопические исследования
- в) Женщины, находящиеся в послеродовом периоде
- г) Все медицинские работники при прохождении медицинского осмотра

203. Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается на основании:

- а) Однократного положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА
- б) Лабораторного заключения о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции
- в) Положительного результата экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию
- г) Только на основании положительного ИФА и иммуноблотинга

204. Рекомендуются в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:

- а) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ
- б) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские учреждения любого профиля
- в) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию по беременности
- г) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

205. При обследовании пациента по клиническим показаниям в направлении указывается код:

- а) 112
- б) 113
- в) 109
- г) 118

206. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:

- а) 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата

- б) 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата
- в) Промыть водой
- г) Не производить никаких действий и начать прием профилактического лечения

207. Для установления факта инфицированности ВИЧ у взрослого (без уточнения клинической стадии) достаточно:

- а) Определение СД-4 клеток
- б) Определение уровня иммуноглобулина
- в) Наличие полового контакта с ВИЧ-инфицированным
- г) Обнаружение в крови антител к ВИЧ методом иммунного блотинга

208. Генный материал ВИЧ обнаруживается после заражения:

- а) На 7 сутки
- б) Через 3 месяца
- в) На 15 сутки
- г) Через 6 месяцев

209. Каковы основные цели существующей в настоящее время антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции:

- а) Максимальное подавление репликации ВИЧ
- б) Полная элиминация вируса из организма
- в) Стимуляция иммунной системы
- г) Эффективность не доказана

210. Выберите признаки, характерные для ВИЧ-инфекции:

- а) Заразность на протяжении всего заболевания
- б) Заразность в манифестной стадии заболевания
- в) Преимущественно быстрое присоединение вторичных заболеваний
- г) Лечение избавляет от вируса

211. У ВИЧ положительного пациента с уровнем СД 4 клеток 50 кл/мл возможно предположить диагноз токсоплазмозного энцефалита при условии:

- а) Наличие Yg G к *Toxoplasma gondii*
- б) Выявление множественных участков поражения головного мозга на КТ и МРТ

- в) Положительный тест на антигены возбудителя *Toxoplasma*
- г) Наличие Yg G к *Toxoplasma gondii* и выявление множественных участков поражения головного мозга на КТ и МРТ

212. Ведущим признаком пневмоцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированных лиц является:

- а) Одышка
- б) Острое начало лихорадки
- в) Продуктивный кашель
- г) Боли в грудной клетке при дыхании

213. Показанием к антиретровирусной терапии является:

- а) CD4 менее 350 клеток
- б) Вирусная нагрузка более 100 000 копий в мл
- в) Наличие клинических показаний
- г) Наличие диагноза ВИЧ-инфекция при отсутствии противопоказаний

214. Стадия ВИЧ-инфекции устанавливается только на основании:

- а) клинических проявлений (наличие вторичных заболеваний)
- б) Давности установленного диагноза
- в) Уровня CD4
- г) Показателя вирусной нагрузки как маркера прогрессирования заболевания

215. Препаратом выбора для лечения и профилактики пневмоцистной пневмонии является:

- а) Амоксиклав
- б) Рифампицин
- в) Амфотерицин – В
- г) Бисептол

216. Основной причиной полной потери зрения у больных СПИДом является:

- а) ЦМВ-инфекция
- б) Длительное лихорадящее состояние
- в) Туберкулез

г) Токсоплазмоз

217. В какие сроки рекомендуется назначать постконтактную профилактику после травмы инструментом, контаминированным ВИЧ:

а) желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 48 часов после травмы

б) желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 24 часов после травмы|

в) желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 72 часов после травмы

г) назначение профилактического лечения не снижает риск инфицирования

218. При получении положительного результата обследования на антитела к ВИЧ у пациента следует:

а) Направить пациента в Центр СПИД для уведомления о результате обследования

б) Предпринять меры по явке пациента на прием, уведомить его о результате обследования самостоятельно и направить в Центр СПИД|

в) Довести информацию до руководителя подразделения

г) Сообщить результат обследования пациенту по телефону в короткие сроки и рекомендовать обратиться в Центр СПИД

219. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего

б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных|

в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО

г) Результат не возвращается в МО, проводившее обследование, направляется в Центр СПИД

220. Забор крови на антитела к ВИЧ в процедурном кабинете допускается:

а) При предъявлении пациентом документа, удостоверяющего личность и направления на исследование

б) Вне зависимости от факта предъявления пациентом документа, удостоверяющего личность

в) При предъявлении направления на исследование

г) При предъявлении полиса ОМС