

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
Ярославский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России**

**Фонд оценочных средств  
для государственной итоговой аттестации  
по специальности  
31.05.03 «Стоматология»**

Уровень высшего образования: специалитет

Направление подготовки (специальность): 31.05.03 Стоматология

Квалификация выпускника: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Тип образовательной программы: программам специалитета

Срок освоения образовательной программы: 5 лет

г. Ярославль, 2023 г.

Фонд оценочных средств (ФОС) для государственной итоговой аттестации составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология, утвержденного приказом Минобрнауки России утвержденного приказом Минобрнауки РФ N 96 от 09.02.2016 г.

Разработчики программы ГИА:

Начальник отдела методического обеспечения и контроля качества образования, доцент О.В. Климачева;

И.о. заведующего кафедрой клинической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии №1, доцент Т.А. Губерская;

Заведующий кафедрой клинической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии №2, доцент С.Н. Бессонов;

Ассистент кафедрой клинической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии №2, заведующий курсом ортопедической стоматологии С.А. Путь.

Согласовано:

Декан  
стоматологического факультета, доцент  
«28» ноября 2023 года



Г.В.Смирнов

Утверждено Советом по управлению образовательной деятельностью  
«28» ноября 2023 года, протокол № 2

Председатель Совета по  
управлению  
образовательной  
деятельностью, проректор по  
образовательной деятельности и  
цифровой трансформации, доцент  
«28» ноября 2023 года



А.В. Смирнова

---

(подпись)

## **1. Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы:**

В соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология в результате освоения образовательной программы у выпускников должны быть сформированы общекультурные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

### **Общекультурные компетенции:**

**ОК-1** - способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

**ОК-2** - способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции

**ОК-3** - способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции

**ОК-4** - способность действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения

**ОК-5** - готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала

**ОК-6** - способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности

**ОК-7** - готовность использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций

**ОК-8** - готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

### **Общепрофессиональные компетенции:**

**ОПК-1** - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности

**ОПК-2** - готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности

**ОПК-3** - способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности

**ОПК-4** - способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

**ОПК-5** - способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок

**ОПК-6** - готовность к ведению медицинской документации

**ОПК-7** - готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач

**ОПК-8** - готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач

**ОПК-9** - способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач

**ОПК-10** - готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи

**ОПК-11** - готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями.

**Профессиональные компетенции:**

*профилактическая деятельность:*

**ПК-1** - способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**ПК-2** - способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией;

**ПК-3** - способностью и готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

**ПК-4** - способностью и готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости;

*диагностическая деятельность:*

**ПК-5** - способностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания;

**ПК-6** - способностью к определению у пациентов основных

патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра;

**ПК-7** - готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека;

*лечебная деятельность:*

**ПК-8** - способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями;

**ПК-9** - готовностью к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

**ПК-10** - готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

*реабилитационная деятельность:*

**ПК-11** - готовностью к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологическими заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

*психолого-педагогическая деятельность:*

**ПК-12** - готовностью к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний;

**ПК-13** - готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни;

*организационно-управленческая деятельность:*

**ПК-14** - способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

**ПК-15** - готовностью к участию в оценке качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

**ПК-16** - способностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;

*научно-исследовательская деятельность:*

**ПК-17** - готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины;

**ПК-18** - способностью к участию в проведении научных исследований;

**ПК-19** - готовностью к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья населения.

## **2. Процедура и критерии оценки этапов Государственной итоговой аттестации.**

### **Показатели и критерии оценивания компетенций и шкалы оценивания:**

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена и решает задачу выявления общей необходимой компетентности студента в рамках требований ФГОС ВО и основной образовательной программы по специальности 31.05.03 Стоматология.

Государственный экзамен включает в себя два этапа:

- 1 этап – компьютерное аттестационное тестирование;
- 2 этап – оценка практической подготовки;
- 3 этап – итоговое собеседование с использованием ситуационных задач.

#### **1 этап – компьютерное аттестационное тестирование:**

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого выпускника автоматически путем случайной выборки 100 тестовых заданий с одним правильным ответом. Время тестирования – 100 минут.

Компетенции, сформированность которых оценивается на данном этапе: ОК-1 – ОК-8; ОПК-1 – ОПК-11; ПК-1 – ПК-19.

Результаты тестирования оцениваются следующим образом:

- 71% и более правильных ответов – «зачтено»;
- 70% и менее правильных ответов – «не зачтено».

Результаты доводятся до сведения выпускника не позднее, чем на следующий рабочий день после дня проведения тестирования.

При наличии оценки «не зачтено» на данном этапе выпускник не допускается до следующего этапа и подлежит отчислению по причине получения на государственной итоговой аттестации неудовлетворительного результата.

#### **2-ой этап – оценка практической подготовки**

Целью второго этапа является оценка уровня освоения выпускником практических навыков, необходимых для выполнения профессиональных задач.

Аттестационные испытания, составляющие проверку уровня освоения практических навыков выпускников проводятся в симулированных условиях стоматологического кресла с использованием тренажеров, муляжей, фантомов,

инструментов, аппаратуры, рентгенограмм, лабораторных данных, слайдов, рецептов. Данный этап позволяет оценить общеврачебные умения, способность оказать первую врачебную помощь, а также специальные профессиональные стоматологические умения и навыки.

На 2-м этапе выпускник получает пять заданий, включающие в себя:

1. Оказание первой медицинской помощи на специальных симуляторах, фантомах.

2. Манипуляции по терапевтической, в том числе профилактической стоматологии на стоматологических симуляторах.

3. Манипуляции по хирургической стоматологии на стоматологических симуляторах.

4. Манипуляции по ортопедической стоматологии на стоматологических симуляторах.

5. Манипуляции по детской стоматологии на стоматологических симуляторах.

Оценка выполнения каждого задания определяется в соответствии с критериями, представленными в оценочных листах, включающих в себя: перечень и последовательность необходимых к выполнению действий, контрольные точки каждого задания и шкалу их оценки. Во всех заданиях контролируется соблюдение санитарных норм, использование средств индивидуальной защиты, положение врача и организация рабочего места, выбор инструментов и материалов для выполнения задания, а также качество выполнения алгоритма необходимых действий.

Типовые оценочные листы приведены в приложении 2.

В ходе выполнения каждого задания члены ГЭК заносят в оценочный лист баллы за каждое регламентируемое действие и суммарный балл за задание. Максимальный балл за каждое задание составляет 10 баллов, минимальный балл – 0 баллов.

Итоговый балл за 2-й этап определяется как сумма баллов за пять заданий.

Минимальный проходной балл за прохождение всех 5 заданий равен 35,5.

Результаты практических навыков и умений оцениваются как «зачтено» или «не зачтено».

Итоговый балл 35,5 и более – «зачтено»,

35,4 и менее – «не зачтено».

Результаты доводятся до сведения выпускника в день проведения 2-го этапа.

При наличии оценки «не зачтено» на данном этапе выпускник не

допускается до следующего этапа и подлежит отчислению по причине получения на государственной итоговой аттестации неудовлетворительного результата.

### **3 этап – итоговое собеседование с использованием ситуационных задач:**

Компетенции, сформированность которых оценивается на данном этапе: ОК-1 – ОК-8; ОПК-1 – ОПК-11; ПК-1 – ПК-19.

Итоговое собеседование предназначено для проверки целостности профессиональной подготовки выпускника, уровня его компетенции использования теоретической базы для решения конкретных профессиональных задач (проблемно-ситуационных задач).

В ходе итогового собеседования по специальности 31.05.03 «Стоматология» оценивается выполнение выпускником экзаменационных заданий по четырем ситуационным задачам по основным разделам стоматологии: стоматология терапевтическая, стоматология ортопедическая, стоматология детского возраста и стоматология хирургическая/челюстно-лицевая хирургия.

Решение каждой ситуационной задачи оценивается по 5-балльной шкале по следующим критериям:

**5 баллов** ставится, если выпускник строит ответ логично, обнаруживает максимально глубокое знание профессиональных терминов, понятий, категорий, концепций и теорий. Устанавливает содержательные межпредметные связи. Развернуто аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры. Делает содержательные выводы. Демонстрирует знание специальной литературы в рамках рабочих программ и дополнительных источников информации.

**4 балла** ставится, если выпускник строит свой ответ в соответствии с планом. В ответе представляет различные подходы к проблеме, но их обоснование недостаточно полное. Устанавливает содержательные межпредметные связи. Развернуто аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, однако наблюдается некоторая непоследовательность анализа. Выводы правильные. Речь грамотная, используется профессиональная лексика. Демонстрирует знание специальной литературы в рамках рабочих программ и дополнительных источников информации.

**3 балла** ставится, если ответ недостаточно логически выстроен. Выпускник обнаруживает слабость в развернутом раскрытии профессиональных

понятий. Выдвигаемые положения декларируются, но недостаточно аргументируются. Ответ носит преимущественно теоретический характер, примеры отсутствуют. Выпускник не совсем твердо владеет программным материалом, но знает основные теоретические положения изучаемого курса, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей профессиональной деятельности, знаниями.

**2 балла** ставится при условии недостаточного раскрытия профессиональных понятий, категорий, концепций, теорий. Выпускник проявляет стремление подменить научное обоснование проблем рассуждениями обыденно-повседневного бытового характера. Ответ содержит ряд серьезных неточностей. Выводы поверхностны. Выпускник имеет серьезные пробелы в знании учебного материала, допускает принципиальные ошибки. Уровень знаний недостаточен для будущей профессиональной деятельности.

В случае отсутствия ответа или отказа от ответа выставляется **0 баллов**.

Суммарное максимально возможное количество баллов по итогам оценивания четырех задач -20 баллов.

Выставление баллов за каждую ситуационную задачу осуществляется членами государственной экзаменационной комиссии (далее - члены ГЭК), проводившими итоговое собеседование, непосредственно сразу после выполнения заданий.

Баллы, полученные за выполнение каждой ситуационной задачи, переносятся в электронную базу уполномоченным сотрудником под контролем Председателя ГИА.

Для каждого выпускника за итоговое собеседование рассчитывается коэффициент успешности (КуИС) как отношение суммы полученных баллов за каждую ситуационную задачу к максимально возможной сумме баллов за все четыре задачи (20 баллов).

Оценка выпускника за итоговое собеседование определяется членами ГЭК по результатам рассчитанного коэффициента успешности и оценивается по традиционной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно" в соответствии со шкалой перевода:

#### **Перевод коэффициента успешности в традиционную оценку**

Значения коэффициента успешности	Аттестационная оценка
0,91-1,00	«отлично»
0,74-0,90	«хорошо»
0,60-0,73	«удовлетворительно»
0,00-0,59	«неудовлетворительно»

Оценка за итоговое собеседование выставляется в протокол №1 заседания

ГЭК и зачетную книжку.

Для каждого выпускника рассчитывается итоговая оценка государственного экзамена (ГЭ), которая выставляется в приложение к диплому о высшем образовании.

Итоговая оценка ГЭ определяется членами ГЭК по результатам рассчитанного коэффициента успешности ГЭ, без учета предэкзаменационного рейтинга, и оценивается по традиционной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно" в соответствии со шкалой перевода.

### **3. Типовые задания и иные материалы для оценки сформированности компетенций**

Приложение 1. Типовые задания для проведения компьютерного аттестационного тестирования.

Приложение 2. Типовые оценочные листы для оценки практической подготовки.

Приложение 3. Типовые задания для итогового собеседования с использованием ситуационных задач.

**Типовые задания для проведения компьютерного аттестационного тестирования**

Компетенции, сформированность которых оценивается на данном этапе:  
ОК-1 – ОК-8; ОПК-1 – ОПК-11; ПК-1 – ПК-19.

**Выберите один правильный ответ**

**Терапевтическая стоматология**

1. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса зубов:
  - 1) климатические условия
  - 2) изменение количества и качества ротовой жидкости
  - 3) диета и питьевая вода
  - 4) белковые пищевые остатки в полости рта
  - 5) наследственные и соматические заболевания
  
2. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводят с:
  - 1) кариесом в стадии пятна
  - 2) хроническим гранулематозным периодонтитом
  - 3) деструктивной формой флюороза
  - 4) хроническим фиброзным пульпитом
  - 5) гипоплазией
  
3. Кариес в стадии пятна характеризуется:
  - 1) некрозом эмали
  - 2) нарушением формирования эмали
  - 3) поверхностной деминерализацией эмали
  - 4) подповерхностной деминерализацией эмали
  - 5) гиперминерализацией эмали
  
4. Цвет (по ISO) для маркировки боров с алмазным покрытием, зернистость которого сверхгрубая:
  - 1) красный
  - 2) синий
  - 3) зеленый
  - 4) черный
  - 5) белый
  
5. Зернистость боров с алмазным покрытием, наиболее широко используемых для

удаления тканей зуба:

- 1) сверхгрубая; грубая
- 2) нормальная
- 3) тонкая
- 4) сверхтонкая
- 5) ультратонкая

6. Максимальное расстояние (в мм) между экраном световода полимеризатора и поверхностью светоотверждаемого пломбировочного материала:

- 1) 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20
- 5) 25

7. Распространенность кариеса - это:

- 1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями
- 2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы
- 3) количество новых кариозных поражений за год
- 4) наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов
- 5) среднее число запломбированных зубов

8. Базовая прокладка - это слой подкладочного материала толщиной более:

- 1) 0,4 мм
- 2) 0,6 мм
- 3) 0,75 мм
- 4) 0,8 мм
- 5) 1 мм

9. Время для проведения отделки пломбы (после её наложения) из истинного стеклоиономерного цемента:

- 1) через 5 – 7 мин
- 2) через 6 часов
- 3) через 12 часов
- 4) через 18 часов
- 5) через 24 часа

10. Локализация кариозных полостей, при препарировании которых всегда иссекается эмаль, лишённая подлежащего дентина:

- 1) I класс
- 2) III и IV класс
- 3) III класс
- 4) I и II класс
- 5) V класс

11. Показание к прямому покрытию пульпы зуба кальцийсодержащей лечебной прокладкой:

- 1) лечение глубокого кариеса
- 2) лечение среднего кариеса
- 3) случайное вскрытие полости зуба при препарировании глубокой кариозной полости
- 4) вскрытие полости постоянного интактного зуба в результате острой механической травмы
- 5) острое течение глубокого кариеса

12. Фактор, положительно влияющий на адгезию композита к дентину зуба при пломбировании кариозной полости:

- 1) правильный подбор цвета композитного пломбировочного материала
- 2) тщательное просушивание дентина
- 3) создание скоса краёв эмали
- 4) влажная поверхность дентина
- 5) использование эмалевого адгезива

13. Форма пульпита, для которого характерна иррадирующая боль по ходу ветвей тройничного нерва:

- 1) острый очаговый
- 2) острый диффузный
- 3) хронический фиброзный (ремиссия)
- 4) хронический гипертрофический (ремиссия)
- 5) хронический гангренозный (ремиссия)

14. Форма пульпита, при лечении которого возможно сохранение пульпы зуба в жизнеспособном состоянии:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гипертрофический пульпит
- 5) обострение хронического пульпита

15. Хронический гипертрофический пульпит является следствием:

- 1) глубокого кариеса
- 2) острого очагового пульпита
- 3) острого диффузного пульпита
- 4) хронического фиброзного пульпита (длительное течение)
- 5) хронического гангренозного пульпита (длительное течение)

16. Форма пульпита, для которого характерны обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба и практически безболезненное зондирование

коронковой части пульпы зуба:

- 1) острый диффузный
- 2) хронический фиброзный
- 3) хронический гипертрофический
- 4) хронический гангренозный
- 5) острый очаговый

17. Уровень obturации канала корня зуба при воспалении пульпы:

- 1) анатомическая верхушка
- 2) физиологическая верхушка
- 3) за пределы апикального отверстия
- 4) не доходя 2 мм до апикального отверстия
- 5) 2/3 длины канала корня зуба

18. Препарат для медикаментозной обработки каналов корней зубов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

- 1) диклофенак натрия
- 2) метронидазол
- 3) гипохлорит натрия
- 4) фурацилин
- 5) перекись водорода

19. Методика лечения «корневого» пульпита в зубе с плохо проходимыми корневыми каналами:

- 1) внутриканальный электрофорез с настойкой йода
- 2) наложение девитализирующей пасты
- 3) проведение эндодонтического лечения под анестезией
- 4) блокада с 2% раствором лидокаина
- 5) наложение на устья каналов корней зуба кальций-салицилатного цемента

20. Компонент (компоненты), гуттаперчевых штифтов, на наличие которого (которых) приходится самая большая доля:

- 1) гуттаперча
- 2) оксид цинка
- 3) сульфаты металлов
- 4) воски
- 5) смолы

21. Место, для вскрытия полости зуба у премоляров нижней челюсти:

- 1) жевательная фиссура, на середине расстояния между мезиальным и дистальным краями коронки зуба
- 2) жевательная фиссура, на середине расстояния между мезиальным и дистальным

краями коронки зуба ближе к щёчному бугорку

- 3) жевательная фиссура, ближе к мезиальному краю коронки
- 4) жевательная фиссура, ближе к дистальному краю коронки
- 5) середина жевательной фиссуры

22. Диаметр (в мм) кончика рабочей части каналонаполнителя минимального размера по стандарту ISO:

- 1) 0,15
- 2) 0,20
- 3) 0,25
- 4) 0,30
- 5) 0,35

23. Третий тип конфигурации каналов в одном корне зуба по Weine:

- 1) один канал, идущий до апекса
- 2) два канала, сливающиеся в один около апекса
- 3) два канала, идущие отдельно до апекса
- 4) один канал, разделяющийся на два

24. Наиболее частая ошибка, допускаемая врачом-стоматологом при лечении хронического фиброзного периодонтита

- 1) неполное прохождение канала корня зуба
- 2) раскрытие верхушечного отверстия
- 3) неполное удаление смазанного слоя со стенок канала корня зуба
- 4) неполная obturation канала корня зуба
- 5) неверный подбор мастер-гуттаперчевого штифта для obturation корневого канала

25. Основная причина местной гипоплазии зубов:

- 1) заболевания ребенка после рождения
- 2) генетические факторы
- 3) периодонтит молочного зуба
- 4) низкое содержание фтора в питьевой воде.
- 5) высокое содержание фтора в воде

26. Частичное или полное смещение зуба из лунки в сторону тела челюсти — это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

27. Вид перелома корня зуба, наиболее благоприятный для его сохранения:

- 1) продольный
- 2) косой
- 3) оскольчатый
- 4) поперечный (в области верхушечной трети корня)
- 5) поперечный (в области середины корня)

28. Ранний клинический признак воспаления пародонта:

- 1) пародонтальный карман глубиной 3 мм
- 2) симптом кровоточивости десны
- 3) патологическая подвижность зуба
- 4) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 5) изменение цвета и формы десневого сосочка

29. Резорбция кортикальной пластины на вершине межальвеолярной перегородки

является симптомом:

- 1) эпулиса
- 2) гингивита
- 3) пародонтита
- 4) пародонтоза
- 5) фиброматоза десны

30. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

- 1) кровоточивость при зондировании папиллярной и маргинальной десны
- 2) поддесневой зубной камень
- 3) карманы до 5 мм
- 4) обнажение корней
- 5) некроз десневого сосочка

31. Хирургическое лечение при фиброзной форме гипертрофического гингивита:

- 1) гингивэктомия
- 2) гингивотомия
- 3) закрытый кюретаж
- 4) открытый кюретаж
- 5) лоскутная операция

32. Пародонтальные карманы при пародонтозе:

- 1) 3 мм
- 2) до 5 мм
- 3) более 5 мм
- 4) отсутствуют
- 5) более 10 мм

33. При обнажении поверхности корня зуба на 6 мм и кармане в 5 мм следует предположить:

- 1) язвенно-некротический гингивит
- 2) пародонтит тяжелой степени
- 3) пародонтоз тяжелой степени
- 4) гипертрофический гингивит фиброзной формы
- 5) фиброматоз десны

34. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

- 1) жалобы больного
- 2) глубина пародонтального кармана
- 3) длительность болезни
- 4) общее состояние больного
- 5) наличие поддесневого зубного камня

35. Подвижность зубов при пародонтите средней степени:

- 1) I-II степени
- 2) II-III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

36. Тип снижения высоты межальвеолярных перегородок при пародонтозе:

- 1) вертикальный
- 2) горизонтальный неравномерный
- 3) горизонтальный равномерный
- 4) смешанный
- 5) очаговый

37. Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, склонные к озлокачествлению:

- 1) сифилитическая папула
- 2) аллергический стоматит
- 3) хроническая трещина губ
- 4) десквамативный глоссит
- 5) химический ожог

38. Морфологический элемент при болезни Боуэна:

- 1) папула
- 2) пузырь
- 3) рубец
- 4) пятно
- 5) чешуйка

39. Патологический процесс в эпителии при истинной пузырчатке:

- 1) акантоз
- 2) паракератоз
- 3) гиперкератоз
- 4) акантолиз
- 5) склероз

40. Сосочки языка, подверженные повышенному ороговению и гипертрофии при черном волосатом языке:

- 1) грибовидные
- 2) листовидные
- 3) желобоватые
- 4) нитевидные
- 5) грушевидные

41. Заболевание, которому свойственны ороговевающие элементы поражения:

- 1) пузырчатка
- 2) кандидоз
- 3) простой герпес
- 4) ящур
- 5) лейкоплакия

42. Тяжелые формы рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) афтоз Сеттона
- 2) синдром Шегрена
- 3) синдром Розенталя
- 4) синдром Стивенса-Джонсона
- 5) синдром Лайелла

43. Группы риска развития кандидоза:

- 1) подростки
- 2) лица, страдающие эпилепсией
- 3) лица, длительное время принимающие цитостатики, кортикостероиды
- 4) мужчины в возрасте 30-60 лет, злостные курильщики
- 5) лица, страдающие бронхиальной астмой

44. Первичный сифилис на СОПР проявляется как:

- 1) папулезный сифилид
- 2) твердый шанкр
- 3) творожистый налет
- 4) гумма
- 5) пятнистый сифилид

45. Клетки, обнаруживаемые в цитологическом препарате при герпесе:

- 1) Тцанка
- 2) Лангханса
- 3) гигантские многоядерные
- 4) акантолитические
- 5) атипичные

46. Признаки озлокачествления травматической язвы:

- 1) изменение размеров язвы
- 2) блюдцеобразная форма язвы
- 3) эозинофилия
- 4) уплотнение краев и дна язвы
- 5) изменение цвета окружающих тканей

### **ХС и ЧЛХ**

47. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть:

- 1) ксеростомия
- 2) выворот век
- 3) потеря зрения
- 4) парез лицевого нерва
- 5) ишемия кожи век

48. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является:

- 1) отек
- 2) инфильтрат
- 3) эмпиема верхнечелюстной пазухи
- 4) инфильтрат с признаками абсцедирования
- 5) флегмона

49. Местным осложнением флегмоны и абсцесса языка является:

- 1) менингоэнцефалит
- 2) абсцесс головного мозга
- 3) рубцовый выворот нижней губы
- 4) стеноз верхних дыхательных путей
- 5) тромбоз венохсинусов головного мозга

50. Типичный операативный доступ при лечении флегмоны щечной области заключается

в разрезе:

- 1) окаймляющим углом нижней челюсти
- 2) в подподбородочной области по средней линии
- 3) слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края (основания) нижней челюсти
- 5) со стороны слизистой оболочки щеки по нижнему краю инфильтрата

51. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в:

- 1) удалении причинного зуба
- 2) широкой периостотомии челюсти с двух сторон
- 3) периостотомии в области причинного зуба, дренировании
- 4) удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
- 5) удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

52. Для диагностики конкремента в вартоновом протоке выполняют:

- 1) ортопантограмму
- 2) рентгенограмму тела нижней челюсти
- 3) внутриротовую рентгенограмму дна полости рта
- 4) рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы
- 5) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

53. Ранулой называется:

- 1) киста околоушной слюнной железы
- 2) киста подъязычной слюнной железы
- 4) киста поднижнечелюстной слюнной железы
- 5) опухоль поднижнечелюстной слюнной железы

54. Симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) гипотрофия тканей на больной стороне

55. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:

- 1) верхняя макрогнатия
- 2) снижение высоты прикуса
- 3) укорочение ветвей нижней челюсти
- 4) ограничение подвижности нижней челюсти в ВНЧС
- 5) ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в ВНЧС

56. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

- 1) ликворея
- 2) кровотечение из носа
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхней челюсти

5) кровотечение из наружного слухового прохода

57. Поздняя первичная хирургическая ран лица проводится спустя:

- 1) 8 – 12 часов
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов
- 4) 8 суток
- 5) 72 часа

58. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:

- 1) трахеотомия
- 2) введение воздуховода
- 3) удаление инородного тела
- 4) восстановление анатомического положения органа
- 5) прошивание языка

59. Внутреннее отверстие бокового свища шеи располагается в:

- 1) носоглотке
- 2) щечной области
- 3) подъязычной области
- 4) поднижнечелюстной области
- 5) области верхнего полюса миндалины

60. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны
- 2) рыхлым, болезненным, кровоточащим образованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

61. Основной клинической особенностью лимфангиомы является:

- 1) пульсация
- 2) воспаление
- 3) наличие флеболитов
- 4) боль при пальпации
- 5) атрофия пораженного органа

62. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является:

- 1) гиперсаливация
- 2) обнажение кости
- 3) подвижность интактных зубов
- 4) парез мимической мускулатуры

5) эрозии, язва с инфильтрированными краями

63. При выкраивании лоскута на ножке отношение его ширины к длине должно быть:

- 1) 1:3
- 2) 1:4
- 3) 1:5
- 4) 1:8
- 5) 2:3

64. Средняя треть лица у больных с верхней микрогнатией:

- 1) уплощена
- 2) уменьшена
- 3) увеличена
- 4) несимметрична
- 5) смещена

### **Ортопедическая стоматология**

65. Центральная окклюзия определяется признаками:

- 1) лицевым, глотательным, зубным
- 2) зубным, суставным, мышечным
- 3) язычным, мышечным, зубным
- 4) зубным, глотательным, лицевым
- 5) лицевым, язычным, суставным

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

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

67. Окклюзия - это:

- 1) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
- 2) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
- 3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
- 4) соотношение беззубых челюстей
- 5) вид прикуса

68. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:

- 1) сагиттальных

- 2) центральной и сагиттальных
- 3) сагиттальных и боковых
- 4) боковых, сагиттальных и центральной
- 5) центральной

69. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

- 1) установленные в окклюдатор
- 2) установленные в артикулятор
- 3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками
- 4) с восковыми базисами и искусственными зубами
- 5) с восковыми базисами, установленные в окклюдатор

70. К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти относятся:

- 1) артикулятор
- 2) функциограф
- 3) гнатодинамометр
- 4) параллелометр
- 5) эстезиометр

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

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

72. Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем (в мм):

- 1) 0,5-1
- 2) 2-4
- 3) 5-6
- 4) 7-8
- 5) 9-10

73. Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней:

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

74. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только на:

- 1) однокорневые зубы верхней и нижней челюстей
- 2) резцы, клыки и премоляры верхней челюсти
- 3) резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
- 4) зубы любой группы
- 5) однокорневые зубы верхней и клыки нижней челюсти

75. Причинами расцементирования металлокерамических коронок могут быть:

- 1) чрезмерная конусность культы зуба
- 2) чрезмерная толщина литого каркаса
- 3) усадка металла при литье
- 4) некачественное литье
- 5) деформация двухслойного слепка

76. При отломе коронковой части на уровне десны зуб восстанавливают:

- 1) полукоронкой
- 2) экваторной коронкой
- 3) штифтовой конструкцией
- 4) съемным протезом
- 5) вкладкой

77. Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку на:

- 1) гипсовой модели
- 2) гипсовом столбике
- 3) металлическом штампе
- 4) без штампа
- 5) гипсовом штампе в разборной модели

78. Заключительным лабораторным этапом изготовления металл опластмассовой коронки является:

- 1) полировка
- 2) глазурирование
- 3) припасовка на модели
- 4) заключительный обжиг
- 5) окончательная корректировка формы

79. Основные параметры функциональной ценности зуба:

- 1) воспаление десны и цвет зуба
- 2) цвет и размер зуба
- 3) атрофия кости и подвижность зуба
- 4) подвижность зуба и зубные отложения
- 5) зубные отложения и воспаление десны

80. Для припасовки цельнолитой коронки в клинике врач получает из лаборатории

коронку на:

- 1) гипсовой модели
- 2) гипсовом столбике
- 3) металлическом штампе
- 4) без штампа
- 5) разборной гипсовой модели

81. Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть:

- 1) коронки, полукоронки, вкладки
- 2) вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
- 3) опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки
- 4) телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены
- 5) коронки, полукоронки, культевые штифтовые вкладки

82. Двусторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу:

- 1) первому
- 2) второму
- 3) третьему
- 4) четвертому
- 5) пятому

### **Стоматология детского возраста**

83. К какой зоне интенсивности кариеса зубов можно отнести регион с КПУ=2.0 у детей 12 лет:

- 1) очень низкой
- 2) низкой
- 3) умеренной
- 4) высокой
- 5) очень высокой

84. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса:

- 1) диспансерный осмотр 1 раз в год
- 2) диспансерный осмотр 2 раза в год
- 3) диспансерный осмотр 3 раза в год
- 4) диспансерный осмотр по показаниям
- 5) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца

85. Эмаль зуба формируется:

- 1) из мезенхимы зубного мешочка

- 2) из мезенхимы зубного сосочка
- 3) из эпителиальных клеток, образующих внутренний слой эмалевого органа
- 4) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

86. Максимальная доза (допустимая) новокаина 2% для ребенка 5 лет:

- 1) 1 мл
- 2) 2 мл
- 3) 5 мл
- 4) 10 мл
- 5) 20 мл

87. Для челюстных костей детского возраста характерны следующие анатомические особенности:

- 1) губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, богато васкуляризовано
- 2) компактный слой преобладает над губчатым, хорошо минерализован, слабо васкуляризован
- 3) компактный слой преобладает над губчатым, слабо васкуляризован и минерализован
- 4) преобладает губчатое вещество, хорошо минерализовано
- 5) компактное и губчатое вещества представлены поровну

88. Покрытие зубов фторсодержащими лаками в целях первичной профилактики показано:

- 1) временные зубы в 5-6 лет
- 2) временные и постоянные зубы на 1-3 году после прорезывания
- 3) постоянные зубы в 12-15 лет
- 4) все зубы, имеющиеся во рту при сменном прикусе
- 5) определяется индивидуально

89. Какие средства гигиены вы назначите ребенку с третьей степенью активности кариеса:

- 1) солевые зубные пасты
- 2) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
- 3) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
- 4) гигиенические зубные пасты-эликсир
- 5) не имеет значения

90. Какой из цинк-фосфатных цементов или его аналогов обладает свойством химического соединения с кальцием твердых тканей зуба:

- 1) висфат
- 2) поликарбоксилатный цемент
- 3) цемент-фосфат, содержащий серебро

- 4) бактерицидный цемент
- 5) фосфат-цемент для фиксации несъемных протезов

91. Эффективным пломбировочным материалом для отсроченного метода лечения глубокого кариеса при III степени активности кариозного процесса является:

- 1) кальмецин
- 2) цинк-фосфат, содержащий серебро
- 3) эвгеноловая паста
- 4) бактерицидный цемент
- 5) фтор цемент

92. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса:

- 1) биологический метод
- 2) метод, предусматривающий удаление всей пульпы
- 3) метод прижизненной ампутации
- 4) метод девитальной ампутации
- 5) не назван

93. Наиболее эффективным пломбировочным материалом для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной является:

- 1) эвгеноловая паста
- 2) резорцин-формалиновая паста
- 3) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент"
- 4) серебряная паста Гениса
- 5) не назван

94. Какой из инструментов набора для эндодонтии является самым эффективным при расширении корневых каналов зубов:

- 1) пульпоэкстрактор
- 2) дрельбор
- 3) корневой бурав
- 4) развертка
- 5) не назван

95. Первые рентгенологические признаки деструкции челюстей у детей при остеомиелите выявляются:

- 1) на 4-5 сутки
- 2) на 6-8 сутки
- 3) на 10-12 сутки
- 4) через 3 недели

5) через 4 недели

96. Основным методом для выявления заболеваний пародонта при диспансеризации детей у участкового стоматолога является:

- 1) осмотр
- 2) проба Шиллера
- 3) рентгенологические исследования
- 4) генеалогический анамнез
- 5) не знаю

97. Врожденные расщелины верхней губы формируются:

- 1) на 1-й неделе беременности
- 2) на 1-м триместре беременности
- 3) во 2-м триместре беременности
- 4) в 3-м триместре беременности
- 5) на последнем месяце беременности

98. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим:

- 1) дистальное
- 2) нейтральное
- 3) антериальное
- 4) правильный ответ не назван
- 5) мезиальное

99. Укажите вероятную причину, приводящую к возникновению глубокого прикуса:

- 1) ранняя потеря боковых зубов
- 2) ленивое жевание
- 3) неправильное глотание
- 4) привычка сосать палец
- 5) привычка давить рукой на челюсть

100. Укажите ведущие клинические признаки дистального (постериального) прикуса:

- 1) сужение зубных рядов
- 2) краевое смыкание резцов
- 3) наличие сагиттальной щели
- 4) соотношение первых постоянных моляров по II классу Энгля
- 5) "птичий" профиль лица

**Типовые оценочные листы для оценки практической подготовки**

Компетенции, сформированность которых оценивается на данном этапе: ОК-1 – ОК-8; ОПК-1 – ОПК-11; ПК-1 – ПК-19.

**Задание 1: Оказание первой медицинской помощи на специальных симуляторах, фантомах.**

**Задача 1. Базовая сердечно-легочная реанимация.**

Ф.И.О. студента _____ Группа _____		Дата _____
Время получения задания _____		Время окончания этапа _____
Ф.И.О. экзаменаторов _____		
№ п/п	Перечень и последовательность действий	Баллы 0/0,5/1
1.	Определение признаков наступления клинической смерти - наличие сознания, дыхания, пульса на сонных артериях (время выполнения не более 10 сек).	
2.	Вызов бригады скорой медицинской помощи.	
3.	Перемещение пациента на твердую плоскую поверхность (пол), освобождение грудной клетки и живота от одежды (если тугой брючный ремень – ослабить).	
4.	Расположение на коленях сбоку от пациента с размещением выпрямленных в локтевых суставах рук на середине грудины с расположением кистей рук по типу "ладонь на ладони" или "замок".	
5.	Проведение компрессий грудной клетки строго перпендикулярно грудине с глубиной 5-6 см и обеспечением полного расправления грудной клетки после каждой компрессии.	
6.	Обеспечение частоты компрессий грудной клетки 100-120 в 1 мин.	
7.	Соблюдение соотношения между компрессиями грудной клетки и искусственными выдохами 30 к 2.	
8.	Очистка ротовой полости, затем обеспечение проходимости дыхательных путей (ладонь одной руки положить на лоб, а двумя пальцами другой руки подхватить нижнюю челюсть пострадавшего и запрокинуть его голову).	
9.	Обеспечение герметичности дыхательных путей (зажать нос пациента), проведение искусственного дыхания "изо рта-в рот" с визуальным контролем за экскурсией грудной клетки во время каждого выдоха, с продолжительностью одного выдоха 1 сек. и объемом одного выдоха - до начала визуального подъема грудной клетки.	
10.	Обеспечение перерывов между сериями компрессий грудной клетки не более 10 сек.	
	Сумма баллов (не более 10)	

Оценка каждого действия: 0/0,5/1 баллов: 1 балл – правильное выполнение манипуляции, 0,5 балла – с незначительными погрешностями, 0 баллов – невыполненная манипуляция или с принципиальными ошибками.

Подписи членов государственной экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_

**Задание 2: Манипуляции по терапевтической, в том числе профилактической стоматологии на стоматологических симуляторах.**

Задача 2: Препарирование кариозной полости I класса по Блеку под композитный материал (некоторые этапы выполняются устно)

Ф.И.О. студента _____ Группа _____		
Дата _____ Время получения задания _____ Время окончания этапа _____		
Ф.И.О. экзаменаторов _____		
№ п/п	Перечень и последовательность действий	Баллы 0/0,5/1
1.	Использование средств индивидуальной защиты	
2.	Выбор инструментов и аксессуаров для препарирования	
3.	Оценка окклюзионных взаимоотношений реставрируемого зуба с зубами-антагонистами	
4.	Раскрытие кариозной полости	
5.	Расширение полости методом «профилактического пломбирования» а) раскрытие фиссур (при необходимости) в пределах эмали	
6.	Некрэктомия	
7.	Формирование кариозной полости	
8.	Придание кариозной полости слегка грушевидной формы а) сглаженность внутренних контуров (плавные переходы между дном и стенками); б) ступенчатое, закруглённое (при необходимости) дно;	
9.	Придание кариозной полости резистентной формы (иссечение истончённых, ослабленных жевательных бугорков)	
10.	Финирирование краёв эмали	
	Сумма баллов (не более 10)	

Оценка каждого действия: 0/0,5/1 баллов: 1 балл – правильное выполнение манипуляции, 0,5 балла – с незначительными погрешностями, 0 баллов – невыполненная манипуляция или с принципиальными ошибками.

Подписи членов экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_

### Задание 3: Манипуляции по хирургической стоматологии на стоматологических симуляторах

Задача 3: у больного 56 лет диагностирован острый гнойный периостит с вестибулярной стороны нижней челюсти в области зубов 4.3, 4.4, 4.5. Сопутствующие заболевания эмфизема легких и пневмосклероз. Показано вскрытие поднадкостничного гнойника и удаление «виновного» зуба 4.4.

Ф.И.О. студента _____ Группа _____		
Дата _____ Время получения задания _____ Время окончания этапа _____		
Ф.И.О. экзаменаторов _____		
№ п/п	Перечень и последовательность действий	Баллы 0/0,5/1
1.	Планирование операции	
2.	Предоперационная подготовка. Премедикация. Обработка рук	
3.	Выбор инструментов	
4.	Выбор анестетика	
5.	Выбор метода обезболивания	
6.	Проведение анестезии на фантоме	
7.	Имитация вскрытия гнойника на фантоме и дренирования раны	
8.	Операция удаления зуба на фантоме	
9.	Лечение после хирургического вмешательства, рекомендации пациенту	
10.	Чтение рентгенограммы	
	Сумма баллов (не более 10)	

Оценка каждого действия: 0/0,5/1 баллов: 1 балл – правильное выполнение манипуляции, 0,5 балла – с незначительными погрешностями, 0 баллов – невыполненная манипуляция или с принципиальными ошибками.

Подписи членов экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_

**Задание 4: Манипуляции по ортопедической стоматологии на стоматологических симуляторах.**

Задача 4: Подготовка корня под литую культевую вкладку со штифтом  
Прямой метод (проводится на фантоме)

Ф.И.О. студента _____ Группа _____		
Дата _____ Время получения задания _____ Время окончания этапа _____		
Ф.И.О. экзаменаторов _____		
№ п/п	Перечень и последовательность действий	Баллы
1.	Правильность использования средств индивидуальной защиты (0-0,25-0,5)	
2.	Правильное расположение врача и пациента (0-0,25-0,5)	
3.	Подготовка каналов корня и формирование полости (0-1-2-3)	
4.	Моделирование из воска культевой вкладки прямым методом (0-1-2-3)	
5.	Оценка качества восковой культевой вкладки: (моделирование вкладки соответствующий групповой принадлежности зуба, плотность прилегания к твердым тканям корня) (0-1-2-3)	
	Сумма баллов (не более 10)	

Оценка каждого действия:

Действия с 1 по 2 действия оцениваются по шкале 0/0,25/0,5 баллов: 0,5 балл – правильное выполнение манипуляции, 0,25 балла – с незначительными погрешностями, 0 баллов – невыполненная манипуляция или выполнение с грубыми ошибками;

Действия с 3 по 5 оцениваются по шкале 0/1/2/3 баллов: 3 балла – правильное выполнение манипуляции, 2 балл – с незначительными погрешностями, 1 баллов - с принципиальными ошибками, 0 баллов – невыполненная манипуляция.

Подписи членов экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_

**Задание 5: Манипуляции по детской стоматологии на стоматологических симуляторах.**

Задача 4: Пластика уздечки языка (проводится на муляже)

Ф.И.О. студента _____ Группа _____		
Дата _____ Время получения задания _____ Время окончания этапа _____		
Ф.И.О. экзаменаторов _____		
№ п/п	Перечень и последовательность действий	Баллы
1.	Выбор анестезии, выбор анестетика и дозы (0 - 0,5 – 1)	
2.	Правильность использования студентом средств индивидуальной защиты (0-0,5-1)	
3.	Правильность выбора инструментов для выполнения задания (0-0,5-1)	
4.	Правильность выбора шовного материала (0-0,5-1)	
5.	Техника наложения швов (0-0,5-1-2)	
6.	Техника аподактильного завязывания узлов (0-0,5-1-2)	
7.	Рекомендации по уходу за полостью рта (0-0,5-1-2)	
	Сумма баллов (не более 10)	

Оценка каждого действия:

Действия 1-4 оцениваются по шкале 0/0,5/1 балл: 1 балл – правильное выполнение манипуляции, 0,5 балла – с незначительными погрешностями, 0 баллов – невыполненная манипуляция или выполнение с грубыми ошибками;

Действия 5 - 7 оцениваются по шкале 0/0,5/1/2 балла: 2 балла – правильное выполнение манипуляции, 1 балл – с незначительными погрешностями, 0,5 баллов - с принципиальными ошибками, 0 баллов – невыполненная манипуляция.

Подписи членов экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_

**Типовые задания для итогового собеседования с использованием ситуационных задач.**

Компетенции, сформированность которых оценивается на данном этапе: ОК-1 – ОК-8; ОПК-1 – ОПК-11; ПК-1 – ПК-19.

**Раздел «Стоматология терапевтическая»**

**Задача 1.**

Пациент М., 49 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 3.7, на незначительную боль, возникающую от температурных и химических раздражителей, после устранения которых, боль сразу же прекращается. К врачу-стоматологу не обращался в течение года.

При осмотре на дистальной поверхности зуба 3.7 обнаружена глубокая кариозная полость поддесневой локализации, заполненная остатками пищи и размягчённым дентином. Сообщения кариозной полости с полостью зуба не выявлено. На дне кариозной полости – пигментированный, но плотный дентин. Зондирование по всему дну кариозной полости умеренно болезненно. Перкуссия зуба безболезненна. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, блестящая. ЭОД зуба 3.7 – 10 мкА.

**Зубная формула**

<i>0</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>К</i>	<i>К</i>			<i>П</i>	<i>П</i>			<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>К</i> <i>ор</i>	
<i>1.8</i>	<i>1.7</i>	<i>1.6</i>	<i>1.5</i>	<i>1.4</i>	<i>1.3</i>	<i>1.2</i>	<i>1.1</i>	<i>2.1</i>	<i>2.2</i>	<i>2.3</i>	<i>2.4</i>	<i>2.5</i>	<i>2.6</i>	<i>2.7</i>	<i>2.8</i>
<i>4.8</i>	<i>4.7</i>	<i>4.6</i>	<i>4.5</i>	<i>4.4</i>	<i>4.3</i>	<i>4.2</i>	<i>4.1</i>	<i>3.1</i>	<i>3.2</i>	<i>3.3</i>	<i>3.4</i>	<i>3.5</i>	<i>3.6</i>	<i>3.7</i>	<i>3.8</i>
<i>0</i>	<i>Кор</i>		<i>П</i>								<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>К</i>	<i>0</i>

**Задания:**

1. Поставьте диагноз. Достаточно ли данных для постановки клинического диагноза? И если нет, то, какие дополнительные методы обследования необходимо провести пациенту для постановки клинического диагноза? Проведите дифференциальный диагноз диагностируемого Вами заболевания

2. Какому методу отдадите предпочтение для проведения прямой реставрации данного зуба? Назовите показания к пломбированию зубов данным методом и его основные этапы

3. Укажите достоинства данного метода и основные свойства пломбировочных материалов, используемых для его проведения

4. Укажите механизмы сцепления композитных пломбировочных материалов с дентином и эмалью зубов при использовании адгезивных систем 5а поколения.

## Раздел «Стоматология ортопедическая»

### Задача 2.

#### Жалобы:

1. На отсутствие зубов на нижней и верхней челюстях
2. Трудность пережевывания пищи
3. На разрушение боковых зубов

Перенесенные и сопутствующие заболевания: считает себя практически здоровым

Развитие настоящего заболевания: зубы удалялись из-за развития осложненного кариеса и прогрессирования локализованного пародонтита.

Данные объективного исследования: внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

Обследование полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, равномерно увлажнена. Отсутствуют 36,37, 27, 46 зубы. 37 зуб имеет медиальный наклон и подвижность 3й степени. 26 зуб – полностью разрушена коронковая часть, эндодонтическое лечение безуспешно. Прикус ортогнатический.

#### **Задания:**

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план реабилитации пациента (общесанационные мероприятия, специальная подготовка к протезированию, ортопедическое лечение.)

## Раздел «Стоматология детского возраста»

### Задача 3.

Больная К., 13-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы. При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище. Гиперемия, отек десневого сосочка между центральными резцами нижней челюсти, оголение шеек на 1мм, прикрепление уздечки нижней губы к маргинальному краю десны.

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

#### **Задания:**

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите вероятную причину образования дефектов эмали. Выберите метод лечения.
3. Опишите особенности адгезивной техники фиксации ортодонтических конструкций при низкой кариесрезистентности зубов.
4. Выберите метод удержания зубов в правильном положении после снятия брекетной системы.
5. Назовите хирургическое вмешательство для предупреждения атрофии десны

## Раздел «Стоматология хирургическая / челюстно-лицевая хирургия»

### Задача 4.

Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, припухлость в подчелюстной области справа и боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи.

Из анамнеза выяснено, что 5 недель назад получил травму в области нижней челюсти справа во время драки. К врачу обратился через неделю после травмы с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия бимаксиллярных шин снова появилась припухлость в окологлазничных тканях справа, гиперемия кожи, открылся свищевой ход с гнойным отделяемым. Три дня назад появились припухлость и боль в поднижнечелюстной области справа, усиливающиеся при приеме пищи.

По общему статусу практически здоров.

При местном осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в нижнем отделе щечной и поднижнечелюстной областях справа, имеется гиперемия кожи здесь, пальпируется плотный инфильтрат, в центре которого определяется свищевой ход с гнойным отделяемым. При бимануальной пальпации определяется конкремент, диаметром 0.5 см в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы, из протока справа слюна не выделяется. Подвижность фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли.

#### **Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Имеет ли отношение состояние подчелюстной слюнной железы к осложнению травматического поражения нижней челюсти?