



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации	
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая
Квалификация (специальность)	врач-стоматолог-ортопед
Форма обучения	очная

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик (и) кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Гуськов	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой
Н.А. Пономарева	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.И. Бородовицина	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой терапевтической и детской стоматологии
Л.Б. Филимонова	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ с курсом ЛОР-болезней

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1118 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации)"
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры".

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с требованиями приказа Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»; приказа Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры; ФГОС ВО по специальности 31.08.75 «Стоматология ортопедическая», утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1118; Основной профессиональной образовательной программой высшего образования по специальности 31.08.75 «Стоматология ортопедическая».

Государственный экзамен по специальности 31.08.75 «Стоматология ортопедическая» включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

1. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Современные представления об этиопатогенезе заболеваний пародонта.
2. Ортопедическое лечение повышенной стираемости зубов со снижением нижней трети лица.
3. Основные и дополнительные методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления штифтовой культевой вкладки (непрямой метод).
5. Основные и дополнительные методы обследования больных с заболеваниями пародонта.
6. Оказание первой неотложной помощи при гипертоническом кризе.
7. Оказание первой неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы.
8. Клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамической коронки.
9. Оказание первой неотложной помощи при приступе крапивнице, отёке Квинке.
10. Клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамической коронки.
11. Клиническая картина коллапса.
12. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичного съёмного пластиночного протеза.
13. Генерализованный пародонтит его взаимосвязь с различными видами стоматологических заболеваний.
14. Ортопедическое лечение повышенной стираемости зубов без снижения нижней трети лица.
15. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди.
16. Избирательное пришлифовывание как метод нормализации окклюзии.
17. Консервативная терапия заболеваний пародонта: ультразвуковые системы.
18. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитой коронки.
19. Клиническая картина повышенной стираемости (со снижением нижней трети лица/без снижения нижней трети лица).
20. Анализ назначений лекарственных препаратов по фармакологическим группам при заболеваниях пародонта.
21. Лечение травматического кровотечения.
22. Показания и противопоказания к протезированию бюгельными протезами.
23. Клиническая картина и лечение обморока.
24. Клинические этапы изготовления частичного съёмного пластиночного протеза.
25. Классификация, клиническая картина повышенной стираемости зубов.
26. Правила припасовки индивидуальной ложки.
27. Клиническая картина полного отсутствия зубов.
28. Современные методы лучевой диагностики.
29. Особенности врачебного обследования пожилых и старых пациентов.
30. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельного протеза.
31. Требования медицинской деонтологии к организации работы врача-стоматолога-ортопеда.
32. Первая помощь при приступе стенокардии.
33. Ведение медицинской документации.
34. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов.
35. Показания и противопоказания к протезированию металлокерамическими мостовидными протезами.
36. Клиническая фармакология в гериатрии.
37. Этиология, патогенез, клиническая картина дефектов зубных рядов.
38. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта.
39. Психология межличностных отношений, отношений между врачом и пациентов, пациентом и его родственниками, родителями и детьми.

40. Правила пользования и адаптации к полному съёмному пластиночному протезу.

2. Примеры тестовых заданий:

1. Окклюзия – это:

1. все возможные смыкания зубных рядов в/ч и н/ч
2. смыкание зубных рядов при ортогнатическом прикусе
3. всевозможные положения н/ч относительно в/ч

2. Аппарат, воспроизводящий всевозможные движения н/ч называется:

1. окклюдатор
2. артикулятор
3. параллелометр

3. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели применяют восковые композиции:

1. базисный
1. липкий
2. моделировочный для мостовидных работ
3. лавакс

4. Оттиск представляет собой отображение протезного поля:

1. негативное
2. позитивное

5. Гипсовая модель представляет собой отображение протезного поля:

1. негативное
2. позитивное

6. Мостовидный протез, его функция:

1. нефизиологический
2. физиологический
3. полуфизиологический

7. Опорные элементы несъемных мостовидных протезов:

1. коронки
2. полукоронки
3. кламмеры
4. вкладки

8. Средняя толщина штампованной стальной коронки в мостовидном протезе:

1. 0,28 мм
2. 0,3-1,0 мм
3. 0,5 мм
4. 1,2 мм
5. 1,5 мм

9. К силиконовым оттискным материалам относятся:

1. стомальгин
2. репин
3. сизласт
4. стенс
5. гипс

10. Аппарат, позволяющий изучить параллельность коронок опорных зубов, называется:

1. окклюдатор
2. артикулятор
3. параллелометр

11. Для моделирования цельнолитого мостовидного протеза на гипсовой модели применяют восковые композиции:

1. базисный

- 2.липкий
- 3.моделировочный для мостовидных работ
4. лавакс

12. В качестве опор для несъемных протезов используются:

- 1.интактные зубы с непораженным пародонтом
- 2.зубы с изменениями в периапикальных тканях
- 3.корни, каналы которых запломбированы до верхушки

13. Методику двойного оттиска применяют при изготовлении:

- 1.одиночных цельнолитых коронок без облицовок
- 2.цельнолитых мостовидных протезов без облицовок
- 3.цельнолитых мостовидных протезов с пластмассовой облицовкой
- 4.металлокерамических протезов
- 5.штампованных коронок
- 6.мостовидных паяных протезов
- 7.фарфоровых коронок
8. 1,2,3,4,7

14. При изготовлении цельнолитого мостовидного протеза для оттиска используют массу:

- 1.альгинатную
- 2.силиконовую
- 3.цинкоксидэвгеноловую

15. Для двойного оттиска используют оттискные массы:

1. твердокристаллические
2. силиконовые
- 3.альгинатные

16. Высота нижнего отдела лица уменьшается:

1. всегда при генерализованной повышенной стираемости зубов
2. если имеет место генерализованная повышенная стираемость III степени
3. если генерализованная повышенная стираемость зубов не компенсируется ростом альвеолярной части челюсти

17. При I степени повышенной стираемости твердых тканей зубов показано применение:

1. вкладок
2. пломб
3. пластиночных протезов
4. штифтовых конструкций
5. искусственных коронок
6. дуговых протезов

18. При II и III степенях повышенной стираемости твердых тканей зубов показано применение:

1. пломб
2. вкладок
- 3.цельнолитых коронок
4. культевых коронок
5. штампованных коронок
6. 3,4

19. Высота нижнего отдела лица у больных старческого возраста как правило:

- 1.возрастает
- 2.не изменяется
- 3.снижается

20. Тело мостовидного протеза у пожилых людей должно быть:

1. уже опорных коронок

2. шире опорных коронок

3. равным по ширине

21. Препарирование 3-4 зубов у лиц пожилого возраста целесообразно проводить:

1. в одно посещение

2. в несколько

22. Возможная причина балансирования съемного протеза в полости рта:

1. удлинение границ протеза

2. завышение прикуса

3. неизолированный торус

4. занижение прикуса

5. 1,2,3

23. Назовите возможную причину прикусывания щек после наложения протеза:

1. нарушение процесса полимеризации

2. постановку искусственных зубов не по центру альвеолярного отростка в бугорковом контакте

3. постановку искусственных зубов не по центру альвеолярного отростка в фиссурно-бугорковом контакте

4. большая толщина протеза

24. При выявлении аллергии на пластмассу акриловой группы базис съемного протеза изготавливается:

1. двухслойный

2. металлический

3. из пластмассы "Фторакс"

4. из пластмассы "Редонт"

25. При внешнем осмотре больных с некомпенсированной формой повышенной стираемости зубов выявляется:

1. углубление носогубных складок

2. асимметрия лица

3. старческое выражение лица

4. "птичье" лицо

5. углубление подбородочной складки

6. 1,3,5

26. Повышенным стиранием твердых тканей зубов называется стирание, которое:

1. не соответствует виду прикуса больного

2. не соответствует возрасту больного

3. приводит к обнажению дентина

4. приводит к появлению гиперестезии зубов

5. приводит к деформации окклюзионных поверхностей зубных рядов

6. 3,4

27. Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при компенсированной форме повышенного стирания твердых тканей зубов обусловлено:

1. смещением нижней челюсти

2. ростом альвеолярной части челюсти

3. изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава

4. перемещением зубов

28. При всех формах повышенного стирания зубов предпочтительны ортопедические конструкции:

1. паяные

2. штампованные

3. съемные

4. несъемные

5. цельнолитые

29. При всех формах повышенного стирания зубов противопоказаны коронки:

1. штампованные
2. пластмассовые
3. литые
4. металлокерамические
5. 1,2

30. При I степени повышенной стираемости твердых тканей зубов показано применение:

1. вкладок
2. пломб
3. пластиночных протезов
4. штифтовых конструкций
5. искусственных коронок
6. дуговых протезов

31. Наиболее благоприятная форма альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти при ортопедическом лечении после полной утраты зубов:

1. отлогая
2. отвесная
3. с навесом
4. с уступом
5. без уступа

32. Для получения функционального оттиска при полной утрате зубов применяется:

1. стандартная ложка
2. индивидуальная ложка
3. неперфорированная
4. перфорированная
5. частичная

33. Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен:

1. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм
2. проходить строго по границе твердого и мягкого неба
3. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм
4. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 7мм
5. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 10мм

34. Сроки проведения первой коррекции съемного протеза:

1. на следующий день после наложения протеза
2. через неделю после наложения протеза
3. при появлении боли под протезом
4. через 2 недели после наложения протеза
5. через месяц

35. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует:

1. медиальной поверхности клыка
2. дистальной поверхности клыка
3. середине клыка
4. середине первого премоляра
5. постановке центральных и боковых резцов

36. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов должна:

1. должна покрывать пассивно-подвижную слизистую оболочку, контактировать с куполом переходной складки
2. должна проходить по своду переходной складки

3. должна заканчиваться на границе пассивно-подвижной и неподвижной слизистых оболочек
4. не должна контактировать с куполом переходной складки
5. не должна перекрывать границу пассивно-подвижной и неподвижной слизистых оболочек

37. Базис съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к челюстно-подъязычной линии:

1. не перекрывает ее
 2. заканчивается на ее уровне
 3. перекрывает ее
 4. не доходит до нее на 1-2 мм
 5. может как перекрывать ее, так и заканчиваться на ее уровне
38. Сроки пользования съемным пластиночным протезом, после которого его необходимо заменить новым (в годах):

1. 0,5-1
2. 2-4
3. 5-7
4. 8-10
5. не ограничены

39. Физико-биологический метод фиксации полного съемного протеза обеспечивается:

1. адгезией
2. созданием краевого замыкающего клапана
3. анатомической ретенцией
4. специальными пружинами
5. адгезивными порошками, гелями пастами

40. На этапе проверки конструкции съемного протеза в клинику поступает:

1. восковой базис с окклюзионными валиками по гипсовой модели
2. пластмассовый базис с зубами и кламмерами
3. восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели
4. восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе
5. восковой базис с кламмерами в артикуляторе

41. Полное отсутствие зубов у людей старше 60 лет встречается:

1. в 25% случаев
2. в 40% случаев
3. в 50% случаев
4. в 55% случаев
5. в 63% случаев

42. Углы рта с полной адентией:

1. западают
2. приподняты
3. опущены
4. выбухают
5. не изменены

43. В классификации Шредера представлены:

1. пять типов нижней челюсти
2. три типа нижней челюсти
3. три типа верхней челюсти
4. четыре типа нижней челюсти
5. четыре типа нижней и верхней челюсти

44. Второй тип классификации Келлера характеризуется:

1. резкой равномерной атрофией всей альвеолярной части, подвижной слизистой оболочкой, расположенной почти на уровне гребня верхней челюсти
2. хорошо выраженной альвеолярной частью во фронтальном участке и резкой атрофией в области жевательных зубов
3. резко выраженной альвеолярной частью во фронтальном участке и хорошо выраженной в области жевательных зубов
4. резкой равномерной атрофией всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижной слизистой оболочкой, расположенной почти на уровне гребня.
5. незначительной равномерной атрофией всей альвеолярной части нижней челюсти, плотной слизистой оболочкой, расположенной почти на уровне гребня

45. Полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного бугра, плоское небо, широкий торус - характерные признаки:

1. второго типа по Шредеру
2. третьего типа по Келлеру
3. пятого типа по Дойникову
4. третьего типа по Шредеру
5. четвертого типа по Курляндскому

46. Для иммобилизации при переломах челюстей применяется шина:

1. Порта
2. Тигерштедта
3. Ванкевич
4. гладкая шина-скоба

47. Причина, приводящая к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:

1. Хронический ринит
2. Огнестрельная травма
3. Хронический периодонтит
4. Острый пародонтит

48. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

1. Злокачественные новообразования
2. Расщелины твердого неба
3. Системная красная волчанка
4. Гемангиома

49. Заболевание, приводящее к дефектам челюстно-лицевой области:

1. Пародонтит
2. Остеомиелит
3. Пародонтоз
4. Синусит

50. Репонирующим ортопедическим аппаратом является:

1. Шина Порта
2. Шина Васильева
3. Шина Курляндского
4. Все перечисленные выше

51. Протезы, применяемые после резекции верхней челюсти, подразделяются на:

1. Временные разделительные пластинки, формирующие протезы, постоянные obturatory
2. Временные защитные пластинки и протезы-obturatory
3. Плавающий obturatory и монолитный obturatory
4. Направляющие протезы и фиксирующие

52. Какой вид obturatory не применяют для закрытия врожденных расщелин твердого и мягкого неба:

1. Формирующий obturatory

2. Разобщающий obturator
3. Obturator с подвижной или мягкой частью
4. Плавающий obturator

53. Obturator Кеза удерживается:

1. Благодаря точному соответствию формы obturatorа дефекту неба
2. С помощью кламмерной фиксации
3. С помощью захватов за небные отростки, рефлекторным сокращением мышц задней стенки глотки в области валика Пассавана
4. За счет охвата краев расщелины, т.е. окружающих дефект твердых и мягких тканей

54. Задачи протезирования при ложных суставах:

1. Восстановления дефекта, шинирование фрагментов
2. Восстановление дефекта, фиксация внеротовых репозирующих аппаратов
3. Усиление нагрузки на зубы
4. Восстановление дефекта, сохранение подвижности фрагментов, устранение расшатывающих нагрузок на зубы

55. Клинические формы неправильно сросшихся переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда:

1. Перелом без костного дефекта, перелом с наличием окклюзионного контакта
2. Сохраняется частичный окклюзионный контакт, окклюзионный контакт отсутствует, отсутствует костный дефект
3. Перелом с укорочением тела нижней челюсти, перелом с укорочением ветви нижней челюсти
4. Сохраняется частичный окклюзионный контакт, наличие костного фрагмента

56. Оттискную массу при дефектах неба для получения оттиска вводят:

1. На S-образно изогнутом шпательном легким движением снизу вверх
2. На специальной ложке снизу вверх и вперед
3. Специальной оттискной ложкой снизу вверх и назад до задней стенки глотки
4. На специальной ложке снизу вверх и назад

57. При ложном суставе нижней челюсти съемный протез изготавливают:

1. С одним базисом
2. С двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними
3. С металлическим базисом
4. С силиконовым базисом

58. Причинами формирования ложного сустава являются:

1. Поздняя, неэффективная иммобилизация отломков
2. Неправильное сопоставление костных отломков
3. Неудаленный зуб в месте перелома
4. Нерациональное протезирование

59. Сроки изготовления резекционного протеза:

1. Через 6 мес. после операции
2. Через 2 нед. после операции
3. Перед операцией
4. Сразу же после операции

60. Основными функциями резекционного протеза не являются:

1. Восстановление эстетики челюстно-лицевой области
2. Восстановление функции дыхания
3. Защита раневой поверхности, формирование протезного ложа
4. Частичное восстановление утраченных функций

3. Примеры ситуационных задач:

Задача №1

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Пациентка В., 49 лет обратилась в клинику с жалобами на потерю зубов, нарушение функции жевания, подвижность сохранившихся зубов. Ранее лечилась у пародонтолога. При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица. Движения в ВНЧС в полном объёме, безболезненны.

Зубная формула:

0 0 0 0 П П	0 0 П 0 0
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
0 0 0 0 0 П	0 П 0 0 0 0

При осмотре полости рта отмечается гиперемия, отёчность слизистой оболочки в области сохранившихся зубов, наличие патологических карманов от 3 до 5 мм, патологическая подвижность зубов 2-3 степени. Веерообразное расхождение зубов верхней и нижней челюсти, во фронтальном участке наличие диастем и трем. На ортопантограмме определяется неравномерная атрофия альвеолярного отростка от 1/2 до 3/4, патологические внутрикостные карманы.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Задача №2

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Р., 70 лет с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней челюсти, невозможность откусывания и пережевывания пищи, нарушение речи и эстетики. Дополнительно: на нижней челюсти изготовлены около 3 месяцев назад несъемные ортопедические конструкции. Они функциональны, отвечают предъявляемым требованиям, пациент ими удовлетворен. Резкая атрофия, небо плоское, переходная складка расположена в одной горизонтальной плоскости с твердым небом. Слизистая оболочка очень плотная, белесоватого цвета, сухая.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Предложите варианты лечения.

Задача №3

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-6)

Во время протезирования зубов пациент М., 23 года внезапно потерял сознание, при этом наблюдалось резкое побледнение кожных покровов, холодный пот, похолодание конечностей, значительное урежение пульса и дыхания, снижения кровяного давления. Такое состояние продлилось не более 2 мин. Какой диагноз вы поставите этому пациенту? Окажите первую помощь больному.

Задача №4

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Пациент 40 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на появление покраснения и кровоточивость в области десен на нижней челюсти и нижней губы. Из анамнеза: полгода назад устранена частичное отсутствие зубов бюгельным протезом с кламмерной фиксацией (в области зубов 3.4, 4.4), коррекция протеза проводилась один раз, семь дней назад при чистке зубов уронил протез на кафель. Объективно: ограниченная язва на альвеолярном отростке нижней челюсти в области зуба 4.4, овальной формы, края её отёчны, окружающая слизистая гиперемирована, сверху покрыта серовато-белым налётом.

Каков предварительный диагноз? Проведите дифференциальную диагностику. Укажите дополнительные методы диагностики для постановки окончательного диагноза.

Задача №5

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Пациент В. обратился в клинику с жалобами на жжение, отек и боли слизистой оболочки щеки в области изготовленного четыре месяца назад мостовидного протеза на

зубы 2.3, 2.5 из нержавеющей стали, с покрытием нитрид титана. Объективно: мостовидный протез на зубах 2.3, 2.5 из нержавеющей стали с покрытием нитрид титана, изменение цвета металла в области спаек мостовидного протеза, зуб 2.6 покрыт коронкой из сплава золота, на зубе 2.7- коронка из нержавеющей стали. Дополнительные методы исследования: кожные пробы на гаптены: Ni, Cr, Co- положительны, разность потенциалов >50 мВ.

Какой диагноз можно поставить при наличии данных жалоб и объективного исследования?

Задача №6

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Пациент С., 57 лет, обратилась в клинику с жалобами на жжение и боль в языке, ощущение «красного перца» после повторного изготовления съемных пластиночных протезов. Объективно: в полости рта имеются полные съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях, гиперемия слизистой оболочки в области протезного ложа на верхней челюсти с четко очерченными границами, отпечатки зубов на языке и слизистой оболочке щеки, сглаженность сосочков языка, протезы изготовлены 3 года назад.

1. Укажите возможные причины данной патологии.
2. Поставьте предварительный диагноз.

Задача №7

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Пациент К., 62 лет обратился к врачу с жалобами на отсутствие зубов, эстетический недостаток, затрудненное пережевывание пищи, нарушение речи (шепелявость). Из анамнеза: ранее не протезировался, зубы удалены вследствие осложненного кариеса.

Объективно: зубная формула:

П	О	О							П	О	О	П			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

Пломбы в удовлетворительном состоянии. Слизистая без видимых патологических изменений. Прикус нефиксированный. Поставьте диагноз с учетом классификации Кеннеди. Предложите план лечения. От каких факторов зависит выбор конструкции протеза на верхнюю челюсть?

Задача №8

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

У пациента Л., 57 лет прямой прикус.

Зубная формула:

0	0	0	0							0	0	0	0	0	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0							П	П	0	П			

Все зубы устойчивы, имеют высокие клинические коронки, правильной анатомической формы. Свод неба средней глубины. Куполообразной формы. Альвеолярные бугры верхней челюсти выражены хорошо. Атрофия беззубых альвеолярных отростков обеих челюстей умеренная, равномерная.

Поставьте диагноз с учетом классификации Кеннеди. Составьте план лечения.

Задача №9

(УК -1, ПК -1, ПК-7)

При наложении бюгельного протеза выявлено, что седловидная часть протеза не прилежит плотно к слизистой оболочке протезного ложа, а окклюзионные накладки отстоят от жевательной поверхности зубов.

Предложите варианты устранения этого недостатка?

Задача №10

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Зубная формула пациента:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	0									0	0	0	

Сохранившиеся зубы устойчивы, имеют правильную анатомическую форму, высокие клинические коронки, интактны. Атрофия альвеолярного отростка незначительная. Прикрепление уздечки языка высокое. Предложите варианты плана лечения.

Задача №11

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

У пациента наблюдается повышенный рвотный рефлекс. Торус на твердом небе выражен значительно.

Зубная формула:

0	0							0	0	0	0				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Предложите наиболее рациональный способ протезирования данного пациента.

Задача №12

(УК -1, ПК -1, ПК-7)

При проверке каркаса дугового протеза на верхнюю челюсть, обнаружено следующее: кламмеры правильно располагаются на опорных зубах, плотно охватывая их. Каркас без затруднений вводится в полость рта, хорошо фиксируется, не балансирует и не мешает окклюзии. Расстояние между дугой и слизистой оболочкой составляет 2,5–3 мм. Определите ошибку, выявленную на этапе проверки конструкции каркаса бюгельного протеза в клинике. Как ее устранить?

Задача №13

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7, ПК-9)

Пациент пользуется частичными съемными пластиночными протезами на верхней и нижней челюсти 3–4 дня. Жалобы на боли под базисом протеза. Объективно: имеется гиперемия в области уздечки верхней губы и уздечки языка, в ретромолярной области эрозия размером 4*2 с ровными отёчными краями. Поставьте диагноз. Тактика врача.

Задача №14

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Пациент М., 40 лет, пришел на прием к стоматологу-ортопеду с жалобами на выпадение пломб из 2.7 и 2.4 зубов, с просьбой восстановить зубы искусственными коронками. Зубы 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме 2.7 зуба виден нёбный канал, запломбированный до физиологического отверстия, в переднем щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала. У 2.4 зуба каналы запломбированы, воспалительных явлений в области апексов нет.

Предложите план лечения.

Задача №15

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Пациент Р., 35 лет, обратился к стоматологу с жалобами на косметический дефект в области 2.1, 1.1, 1.2 зубов. При обследовании врач обнаружил отлом коронок этих зубов, оставшаяся часть 2.1 и 1.2 зубов выступает над уровнем десны до 3 мм, корневые каналы запломбированы до физиологической верхушки. Отлом коронки 1.1 зуба произошел ниже уровня десны на 1 мм.

Предложите варианты плана лечения.

Задача №16

(УК -1, ПК-5)

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 57 лет с жалобами на тупую боль в области правого височно-нижнечелюстного сустава, усиливающуюся во время еды. Заболевание началось постепенно со скованности движений нижней челюстью с утра, протекало волнообразно. Объективно: лицо симметричное, рот открывается на 3 см. При открывании рта отмечается суставной шум и щёлканье, ступенеобразное смещение нижней челюсти. Кожа над суставом в цвете и тонус мышц не изменены. Укажите вероятный диагноз?

Задача № 17

(УК -1, ПК-1, ПК -5, ПК-7)

Пациент 50 лет обратился с жалобами на незначительный эстетический дефект, постоянное выпадение пломбы. Объективно: перелом коронковой части зуба 3.3, коронка выступает над уровнем десны на 2 мм. На рентгенограмме канал запломбирован, периодонтальные ткани без патологических изменений. Составьте план лечения.

Задача № 18

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Пациентка 45 лет жалуется на стирание, эстетический дефект, повышенную чувствительность зубов. Объективно: коронковые части всех зубов стёрты более чем на 1/3 длины, межальвеолярная высота снижена на 6-7 мм. Прикус ортогнатический. Все зубы устойчивы. Поставьте диагноз. Укажите вероятные причины данной патологии.

Составьте план лечения.

Задача № 19

(УК -1, ПК -1, ПК-5, ПК-7)

Мужчина 36 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по направлению на консультацию от стоматолога-терапевта. Объективно: коронка 3.6 зуба разрушена на 1/3, щёчная и язычная стенки тонкие. Все три канала запломбированы до физиологической верхушки, зуб находится под временной пломбой. Предложите план лечения.

Задача № 20

(УК -1, ПК -1, ПК-5)

Во время препарирования твердых тканей зубов пациентка 52 лет, страдающая гипертонической болезнью, пожаловалась на головную боль. Через некоторое время у пациентки появились головокружение, тошнота, ноющая боль за грудиной, ухудшилось зрение; нарастала интенсивность головной боли, появилась рвота. Объективно: ЧСС 64/мин, ритмичный, напряжённый, АД- 220/150 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, систолический шум над верхушкой, акцент тона над аортой; в легких - везикулярное дыхание. Укажите предварительный диагноз?

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания

обучения;

- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.