

Государственное образовательное учреждение  
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Медицинский факультет  
Кафедра стоматологии

УТВЕРЖДАЮ

И.о. зав. кафедрой стоматологии

 А.П. Фукс

протокол № 05 «13» 12 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ПО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Направление подготовки:

3.31.05.03 «Стоматология»

Квалификация выпускника

Врач-стоматолог

Форма обучения:

Очная

ГОД НАБОРА 2020

Разработчик: и.о. зав. каф.

 А.П. Фукс

асс.  Ванина Д.В.

«13» 12 2024 г.

Тирасполь, 2024

### 1. Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации.

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) для ГИА является приложением к программе государственной итоговой аттестации. ФОС для ГИА позволяет определить соответствие результатов освоения обучающимися основной образовательной программы специалитета соответствующим требованиям государственного образовательного стандарта (ГОС ВО).

### 2. Перечень оценочных средств.

Для определения качества освоения обучающимися основной образовательной программы используются следующие оценочные средства:

Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
Государственный экзамен	Средство контроля в формате экзамена, принимаемого государственной экзаменационной комиссией, с целью выявления уровня подготовки выпускника для осуществления профессиональной деятельности	Перечень вопросов к экзамену (тестов, кейсов и других контрольных заданий)
Выпускная квалификационная работа	не предусмотрена	

### 3. Перечень компетенций и оценочных средств

В ходе ГИА сформированность компетенций контролируется следующими оценочными средствами и показателями оценивания:

Код компетенции	Выпускная квалификационная работа – не предусмотрена								Государственный экзамен
	Показатели оценивания ВКР								
	Актуальность и обоснование выбора темы	Логика работы, соответствия содержания и темы	Степень самостоятельности	Достоверность и обоснованность выводов	Качество оформления ВКР	Качество доклада, наглядных материалов	Список использованных источников	Возможность внедрения	
ОК-1									+
ОК-2									+
ОК-3									+
ОК-4									+
ОК-5									+

ОК-6										+
ОК-7										+
ОК-8										+
ОПК-1										+
ОПК-2										+
ОПК-3										+
ОПК-4										+
ОПК-5										+
ОПК-6										+
ОПК-7										+
ОПК-8										+
ОПК-9										+
ОПК-10										+
ОПК-11										+
ПК-1										+
ПК-2										+
ПК-3										+
ПК-4										+
ПК-5										+
ПК-6										+
ПК-7										+
ПК-8										+
ПК-9										+
ПК-10										+
ПК-11										+
ПК-12										+
ПК-13										+
ПК-14										+
ПК-15										+
ПК-16										+
ПК-17										+
ПК-18										+
ПК-19										+

#### **4. Содержание оценочных средств государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

##### **4.1. Государственный экзамен**

Государственный экзамен является одним из оценочных средств для государственной итоговой аттестации.

##### **4.1.1. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен**

Государственный экзамен проходит в форме итогового комплексного практико-ориентированного междисциплинарного экзамена проводится в три этапа.

### **I этап – Тестирование.**

#### **Профессиональный тест.**

**Укажите один правильный ответ:**

1. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

- 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. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается:

- 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного;
- 2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного;
- 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев;
- 4) повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного;
- 5) одинаковым повышением микротвердости наружного и подповерхностного слоев.

3. Соотношение Са/Р в дентине:

- 1) 1,55;
- 2) 1,60;
- 3) 1,67;
- 4) 1,75;
- 5) 2,0.

4. Разрушение кристаллов ГА происходит при соотношении СА/Р:

- 1) 1,67;
- 2) 1,57;
- 3) 4,53;
- 4) 1,33;
- 5) 1,25;

5. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на:

- 1) стабильности эмали;
- 2) уменьшении проницаемости эмали;
- 3) увеличении проницаемости эмали;
- 4) изменении органической составляющей свойств эмали;
- 5) изменении неорганической составляющей эмали.

\* **Примечание:** Здесь приведен пример тестовых заданий. Экзаменационные тестовые задания хранятся в деканате. Тренировочные тестовые задания для подготовки к государственной итоговой аттестации по специальности располагаются на кафедре стоматологии, а также

расположены на образовательном портале ГОУ ПГУ им. Т.Г. Шевченко странице кафедры стоматологии, в количестве не менее 1000 и предоставляются обучающимся не менее чем за 4 месяца до начала проведения ГИА.

## **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕСТИРОВАНИЯ**

При подведении итога I этапа результат решения тестов оценивается:  
«неудовлетворительно», «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично».  
- 59% и менее правильных ответов – «неудовлетворительно»;  
- 60% - 74% – «удовлетворительно»;  
- 75% - 84% - «хорошо»;  
- 85% - 100% - «отлично».

### **II этап – Практические навыки**

#### **ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИМЕР СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

##### **1. Терапевтическая стоматология**

##### **1.1. Эндодонтия**

##### **Ситуационная задача № 1**

Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадиируют в подглазничную область.

Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток.  
Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога пульпа просвечивает. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ. ЭОД - 40 мкА.

Задания.

1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Какие методы лечения можно применить?
4. Показано ли использование биологического метода лечения?
5. Перечислите основные этапы лечения.

##### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. С острым очаговым пульпитом, обострением хронических форм пульпита, с острым верхушечным периодонтитом, папиллитом, невралгией тройничного нерва, альвеолитом и острым гайморитом.

2. Острый диффузный пульпит.
3. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация
4. Биологический метод не применяется при остром диффузном пульпите.

5. Обезболивание, препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, экстирпация, эндодонтическая и медикаментозная обработка корневого канала, пломбирование корневого канала, восстановление формы коронки зуба.

## **2. Ортопедическая стоматология**

### **2.1. «Зубопротезирование (простое протезирование)»**

#### **Ситуационная задача № 1**

Пациент Ф., 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на частое выпадение пломбы в 1.7 зубе. При осмотре 1.7 зуба обнаружена на жевательной и задней контактной поверхности пломба, окклюзионный контакт с зубом-антагонистом неудовлетворительный. Изменений в периодонте нет. Пациенту было решено изготовить цельнолитую металлическую коронку на 1.7 зуб.

Задания.

1. Определите показания к восстановлению коронки зуба цельнолитой металлической коронкой.
2. Назовите преимущества и недостатки цельнолитых металлических коронок.
3. Перечислите сплавы металлов, применяемых при изготовлении цельнолитых металлических коронок.
4. Назовите этапы одонтопрепарирования под литые металлические коронки.
5. Определите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под цельнолитую металлическую коронку.

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическое стирание, для фиксации кламмера съемного протеза, использование под опору мостовидного протеза, с целью шинирования.

1. Преимущества: точность изготовления, равномерное и плотное прилегание к поверхности культи зуба, хорошая фиксация. Недостатки: не эстетичность, сложность одонтопрепарирования.

2. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав - «Целлит –К», никелевые сплавы- «Вирон», «Целлит–Н».

3. а) Сепарация,  
б) препарирование оральной, вестибулярной поверхностей,  
в) формирование уступа,  
г) препарирование окклюзионной поверхности,  
д) финишная обработка культи зуба.

4. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма усеченного конуса (конвергенция 5-7°), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа, или его символа, поверхности гладкие, плавно переходят с одной поверхности на другую.

### **2.2. «Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»**

#### **Ситуационная задача № 1**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной К. 60 лет. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект.

Анамнез заболевания: 2 недели назад коронка 2.3, 1.5 зубов разрушилась. 5 лет назад проведено ортопедическое лечение с изготовлением съемного пластиночного протеза дефекта зубного ряда.

Зубная формула															
О	О	О	Р	О	О	О	О	О	О	О	Р	О	О	О	О
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	П		П/С		П	П				П/С	К	К	К		О

Объективно при осмотре:

Коронка 2.3, 1.5 зубов полностью разрушена (ИРОПЗ = 1,0), твердые ткани размягчены. Отмечается подвижность 3 степени корней 2.3, 1.5 зубов. 3.4-3.6 зубы покрыты искусственными коронками. Прилегание искусственных коронок к шейке зуба плотное, без разгерметизации. При 3.3, 4.5 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями. У съёмного пластиночного протеза укорочен край протеза по отношению к границам протезного ложа.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Сформулируйте план пародонтологического лечения.
4. Перечислите необходимые хирургические мероприятия для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
5. Составьте план терапевтического лечения.

#### Эталон ответа к задаче № 1

1. Диагноз «Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти, осложненное хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

Дефект зубного ряда на верхней челюсти 1 класс по Кеннеди. Дефект коронки 2.3, 1.5 зубов. Кариес дентина 3.3, 4.5 зубов».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти с помощью полного съёмного протеза;

- нормализовать окклюзионные взаимоотношения челюстей.

3. План пародонтологического лечения: - профессиональная гигиена полости рта.

4. План хирургического лечения: - удаление корней 1.5, 2.3 зубов.

5. План терапевтического лечения: - провести реставрацию 3.3, 4.5 зубов.

### 3. «Хирургическая стоматология»

#### 3.1. «Хирургия полости рта»

#### Ситуационная задача № 1

Пациент Т., 40 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на рвущие боли в области зуба 2.6 в течение суток, которые иррадируют в висок, глаз и ухо, с жалобами на повышенную температуру тела, незначительную слабость и недомогание.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски.

При осмотре полости рта: определяется гиперемия и отек слизистой оболочки десны, сглаженность переходной складки в области зуба 2.6. При пальпации отмечается болезненность по переходной складке в области зуба 2.6, флюктуация отсутствует. Коронка зуба 2.6 разрушена на 1/2, на его жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином. Вертикальная перкуссия зуба 2.6 положительная, а горизонтальная перкуссия отрицательна.

По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 2.6 определяется расширение периодонтальной щели. У пациента констатируется температура тела 37,6 °С, по данным общего анализа крови определяется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ.

Задания.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу хирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Пациент обратился к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный серозный периостит от зуба 2.6.
2. Острый одонтогенный серозный периостит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести ко II классу заболеваний (с преимущественным поражением околичелюстных мягких тканей).
3. У пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса и на основании клинических данных, приведенных в условии, может быть констатирована нормергическая реакция организма.

### 3.2. «Заболевания головы и шеи»

**Ситуационная задача № 1**

Больная 58 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстных суставов обеих сторон.

Начало заболевания пациентка связывает с появлением щелкания в обоих суставах после вывиха нижней челюсти при зевании 3 года тому назад, чему не придавала тогда особого значения. Спустя 1,5-2 года в области суставов стали появляться ноющие боли, которые усиливались при движениях нижней челюстью, особенно при пережевывании жесткой пищи.

Объективно: открывание рта чрезмерное, до четырёх пальцев пациентки между резцами. При этом подбородок совершает зигзагообразные движения вначале влево, а затем вправо. Пальпация в области ВНЧ суставов болезненна, при аускультации областей ВНЧ суставов движения суставных головок сопровождается хорошо слышимым хрустом и глухими ударами на вершине амплитуды движения. В полости рта: отмечается двусторонний концевой дефект зубных рядов, отсутствуют 17, 16, 26, 27 зубы. Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием.

На рентгенограмме по Шюллеру-Майеру отмечается уплотнение кортикальных замыкательных пластинок суставных головок с явлениями остеосклероза. Суставные щели сужены в задних отделах ВНЧ суставов. При широко открытом рте суставные головки находятся кпереди от суставных бугорков, которые сглажены и имеют небольшую высоту, особенно правый.

Задание.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Какие особенности анатомического строения ВНЧС Вы знаете?
3. Классификация разновидностей данного заболевания



4. Этиология и патогенез данного заболевания.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Составьте план комплексного лечения.

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Привычный передний двусторонний вывих нижней челюсти, осложненный склерозирующим артрозо-артритом, синдромом болевой дисфункции суставов и миофасциальным синдромом.

2. ВНЧС имеет инконгруэнтные поверхности, для возмещения чего существует межсуставной диск, состоящий из фиброзных хрящевых элементов. Кроме того, суставные поверхности покрыты нежным волокнистым хрящом, который легко травмируется при трении о суставной бугорок (а это происходит постоянно при привычном переднем вывихе). ВНЧС имеет не одну или две, а три степени свободы движения в трёх плоскостях, что делает его уникальным. Сустав обладает не очень мощным внесуставным связочным аппаратом, что негативно сказывается на его «прочности».

3,4. Вывихи нижней челюсти делятся на острые (передний и задний, одно- и двусторонний) и привычные (передний одно- и двусторонний). Встречаются также застарелые невправленные вывихи. Острым вывих считается в течение 12-24 часов после травмы. Спустя неделю – застарелым. Если вывих удаётся больному вправить самостоятельно, то в большинстве случаев формируется привычный вывих. Зачастую привычные передние вывихи ВНЧС сопровождаются возникновением склерозирующего или деформирующего артрозо-артрита и болевым синдромом типа Костена или миофасциального болевого синдрома (МФС).

5. Суть ДД состоит в определении положения суставных головок нижней челюсти (НЧ). Если одна головка в ямке, а другая нет – вывих односторонний. Если головка спереди от козелка уха вывих передний, сзади – задний. Если больной открывает рот шире, чем положено в норме – вывих привычный, если это произошло впервые – острый.

6. Этапы лечения данного больного: а) ограничение амплитуды движений в ВНЧС на длительный срок (вплоть до шинирования); б) ликвидация стойкого болевого очага в области ВНЧС и жевательных мышц (блокады, электрофорез с анестетиками, иглорефлексотерапия, ГНЛ); в) меры по укреплению повреждённых внесуставных связок и капсулы сустава (УВЧ, калий-йод электрофорез); г) лечебный массаж.

#### **4.1. «Детская стоматология»**

#### **4.1 «детская стоматология»**

#### **Ситуационная задача № 1**

Пациентка Р., 14 лет. Обратилась к врачу-ортодонту с жалобами на криво стоящие зубы.

Анамнез: ОРВИ до 10 раз в год, частые отиты, аденоидные вегетации удалены в возрасте 9 лет, 36 зуб лечен по поводу осложненного кариеса в возрасте 11 лет.

Объективно: долихоцефалическая форма головы, лицо симметричное пропорциональное, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Величина открывания рта 28 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей, при глотании прокладывает язык между зубами. При смыкании зубов по сагиттали выявляется правильный фиссурно-бугорковый контакт, по трансверзали

вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются кнаружи от соответствующих бугров верхних зубов. Глубина режцового перекрытия 1/3 коронки, срединная линия не совпадает, сагиттальная щель до 4 мм. Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, форма нижнего зубного ряда парабола. Отмечается скученность и протрузия верхних фронтальных зубов, 12 и 22 зубы различаются по форме и размеру.

2/3 жевательной поверхности 36 зуба покрыты пломбой, краевое прилегание нарушено, перкуссия болезненна. На прицельной рентгенограмме 36 зуба: дистальный канал запломбирован на всем протяжении, мезиальные каналы не запломбированы, в области верхушки медиального корня разряжение костной ткани без четких границ в виде «язычков пламени» диаметром до 5 мм.

П	П										П	П	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	П											П	П

Задания.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план терапевтического лечения.
3. Перечислите современные методы придания правильной анатомической формы и размера зубу.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Назовите особенности гигиены полости рта ортодонтического пациента в ретенционном периоде при использовании несъемного ретейнера.

#### Эталон ответа к задаче № 1

1. Перекрестная окклюзия, Сужение зубных рядов, протрузия верхних фронтальных зубов. Микроденития 22 зуба. Инфантильное глотание. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 36 зуба.

2. Удалить пломбу 36 зуба, провести механическую и медикаментозную обработку каналов, после ликвидации острых явлений запломбировать корневые каналы до верхушки, восстановить зуб пломбой.

3. Прямая адгезивная реставрация, виниры прямое и не прямое изготовление, металлокерамические и цельнокерамические коронки.

4. Лечение при помощи несъемной ортодонтической техники, например, Damon 3, без удаления зубов. Ретенционный период при помощи несъемного стекловолоконного ретейнера и съемного ретейнера – LM-активатор.

5. При использовании несъемного ретейнера ухудшается самоочищение полости рта, обязательна чистка зубов после каждого приема пищи, с применением дополнительной монопучковой щетки или ершика, средства гигиены с противокариозными свойствами, обязательно применение ополаскивателя, использование ирригатора для очищения межзубных промежутков в связи с невозможностью процедуры флоссинга, профессиональная гигиена раз в 3 месяца.

#### 4.2. «Ортодонтия и детское протезирование»

##### Ситуационная задача № 1

Больной 14 лет обратился с жалобами на эстетический дефект, затруднённое откусывание и пережёвывание пищи.

При внешнем осмотре отмечается увеличение объёма нижней трети лица. Нижняя челюсть по отношению к верхней расположена мезиально. Тело нижней челюсти в пределах нормы. Угол нижней челюсти 140°. Нижняя губа выстоит впереди по отношению к верхней. При смыкании губ определяется напряженность мышц приротовой области. Со стороны полости рта: верхняя челюсть в пределах нормы, на нижней челюсти отмечается наличие трем и диастема. Зубодесневые сосочки в области 31, 32, 42, 41 зубов гиперемированы и отёчны. При соотношении зубных рядов передние щёчные бугры 16, 26 расположены между 37, 36, 46, 47 зубами. Сагиттальная щель между режцами 8,0 мм.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Прогноз
2. а) Рентгенологическое исследование (ортопантограмма, телерентгенограмма),  
б) Биометрическое исследование гипсовых моделей челюстей по методу Пона, Герлаха, Хауля – Гербста.
3. а) устранение этиологического фактора,  
б) при необходимости-восстановление правильной формы зубных рядов,  
в) костная пластика нижней челюсти.

### **Практические манипуляций**

#### **Перечень стоматологических манипуляций по терапевтической стоматологии**

1. Схема обследования пациента на терапевтическом приёме.
2. Препарирование и пломбирование кариозной полости I- класса (фотополимерным композитом).
3. Препарирование и пломбирование кариозной полости II класса (фотополимерным композитом).
4. Препарирование и пломбирование кариозной полости III класса (под композитные материалы).
5. Препарирование и пломбирование кариозной полости IV класса (фотополимерным композитом).
6. Препарирование и пломбирование кариозной полости V класса (фотополимерным композитом).
7. Препарирование и пломбирование кариозной полости I- класса (пломбировочным материалом-цементом).
8. Препарирование корневого канала техникой «step-back» и пломбирование корневого канала методом «центрального штифта».
9. Препарирование корневого канала техникой «crown-down» и пломбирование корневого канала методом «центрального штифта».
10. Препарирование корневого канала техникой «step-back» и пломбирование корневого канала пастой.

11. Препарирование корневого канала техникой «crown-down» и пломбирование корневого канала пастой.
12. Удаление зубных отложений с помощью ультразвука и ручными инструментами.

#### **Перечень стоматологических манипуляций по хирургической стоматологии**

1. Схема обследования пациента на хирургическом приёме.
2. Техника выполнения интралигаментарной анестезии на фантоме.
3. Техника выполнения резцовой анестезии на фантоме.
4. Техника выполнения мандибулярной анестезии на фантоме.
5. Техника выполнения ментальной анестезии на фантоме.
6. Техника изготовления и наложения бинтовой пращеподобной повязки при переломах нижней челюсти.
7. Техника удаления фронтальной группы зубов верхней челюсти.
8. Техника удаления фронтальной группы зубов нижней челюсти.
9. Техника удаления премоляров верхней челюсти.
10. Техника удаления премоляров нижней челюсти.
11. Техника удаления моляров верхней челюсти.
12. Техника удаления моляров нижней челюсти.
13. Техника удаления 8-х зубов верхней и нижней челюсти.
14. Оказание неотложной помощи при асфиксии (дислокационная, obturационная, стенотическая, клапанная, аспирационная).
15. Оказание неотложной помощи при кровотечениях (наружные, после удаления зуба).
16. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке, асфиксия (в том числе новорожденных).
17. Оказание неотложной помощи при обмороке.
18. Оказание неотложной помощи при судорогах.

#### **Перечень стоматологических манипуляций по ортопедической стоматологии**

1. Схема обследования пациента на ортопедическом приёме.
2. Одонтопрепарирование под полную металлическую штампованную коронку и снятие оттиска.
3. Одонтопрепарирование под металлическую цельнолитую коронку и снятие оттиска.
4. Одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку (с уступом) и снятие оттиска.
5. Одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку (без уступа) и снятие оттиска.
6. Анализ ортопантограммы взрослого человека.
7. Регистрация прикуса с помощью восковых пластин.
8. Препарирование кариозной полости 1 класса по Блеку под вкладку и снятие оттиска.
9. Препарирование зубов при применении виниров.

#### **Перечень стоматологических манипуляций по детской стоматологии**

1. Алгоритм действий при обследовании ребенка на терапевтическом стоматологическом приеме.

2. Препарирование и пломбирование кариозной полости I класса зубов стеклономерными цементами.

3. Препарирование и пломбирование кариозной полости II класса зубов стеклономерными цементами.

4. На гипсовых моделях определить ключи окклюзии по Эндрюсу.

5. Анализ ортопантограммы ребёнка.

6. Антропометрическое исследование моделей по Пону.

7. Анализ ТРГ: указать на боковой проекции точки, углы, линии. (не менее 5)

8. Провести ортодонтический анализ формы лица (по фотографии).

9. Антропометрические исследования моделей челюстей: метод Коркхауза.

10. Антропометрические исследования моделей челюстей: метод Нанса.

11. Герметизация фиссур.

12. Проведение профессиональной гигиены полости рта.

### III этап – собеседование по вопросам

Перечень вопросов к итоговому собеседованию государственной итоговой аттестации:

<b>Терапевтическая стоматология</b>	
<b>Дисциплина «Эндодонтия»</b>	
1	Методы обследования стоматологического больного при заболевании твердых тканей зубов. Основные методы.
2	Методы обследования стоматологического больного при заболевании твердых тканей зубов. Дополнительные методы.
3	Кариес твердых тканей зубов. Классификации, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4	Этапы препарирования кариозных полостей. Особенности препарирования I, II, III, IV, V, VI классов.
5	Гипоплазия твердых тканей зубов. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
6	Флюороз. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
7	Болезни прорезывания зубов. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
8	Стирание и истирание твердых тканей зубов (клиновидный дефект), Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.,
9	Эрозии зубов. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
10	Травма зубов. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
11	Классификация стоматологических цементов. Краткая характеристика свойств.
12	Композитные материалы: классификация, показания к применению, методика пломбирования.
13	Методы изоляции рабочего поля при работе с реставрационными материалами.
14	Гистологическое строение пульпы зуба: волокнистые структуры и основное вещество пульпы зуба, состав и роль. Клеточные слои.

15	Классификации пульпитов: ММСИ, Е.Е. Гофунг, МКБ-10. Этиология и патогенез острых и хронических форм пульпита.
16	Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика острых форм пульпита.
17	Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика хронических форм пульпита.
18	Особенности строения периодонта. Волокна периодонта, их классификация. Клеточные элементы периодонта, их функции.
19	Классификации периодонтитов: МКБ-10, ММСИ, Г.И. Лукомского (1955 г.). Этиология и патогенез острых и хронических форм периодонтита.
20	Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика острых форм периодонтита.
21	Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика хронических форм периодонтита.
22	Эндодонтический инструментарий, классификация, методика применения.
23	Ирригация и дезинфекция корневых каналов. Средства для химического расширения корневых каналов.
24	Выбор пломбировочного материала и пломбирование корневых каналов. Эффективность и прогноз лечения.
<b>Дисциплина «Пародонтология»</b>	
25	Современный взгляд на зубную бляшку и ее роль в развитии заболеваний пародонта.
26	Катаральный гингивит. Гипертрофический гингивит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
27	Язвенный гингивит. Гингивит беременных. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
28	Пародонтит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
29	Общие принципы лечения заболеваний пародонта.
30	Профилактика заболеваний пародонта. Профессиональная гигиена полости рта.
<b>Ортопедическая стоматология</b>	
<b>Дисциплина «Зубопротезирование (простое протезирование)»</b>	
1	Вкладки. Классификация и формирование полостей под вкладки. Клинико-лабораторные этапы изготовления вкладок (прямой и косвенный методы).
2	Оттисковые материалы: классификация, свойства, правила получения оттисков различными материалами, представители.
3	Показания и клинико-лабораторные этапы изготовления культевых штифтовых конструкций по Ахметову, Ильиной-Маркосян, Копейкину.
4	Показания, противопоказания и клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассовых и комбинированных коронок.
5	Показания, противопоказания и клинико-лабораторные этапы изготовления штампованных коронок.
6	Показания, противопоказания и клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассовых коронок.
7	Клинико- лабораторные этапы изготовления адгезивных мостовидных протезов.
8	Классификация дефектов зубных рядов (Кеннеди, Вильд, Гаврилова). Частичное отсутствие зубов, причины развития.
9	Изготовление керамических вкладок методом компьютерного фрезерования. CAD/CAM-технологии. Клинико-лабораторные этапы изготовления керамических вкладок на примере системы CEREC
10	Клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамических и цельнолитых коронок.
<b>Дисциплина «Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»</b>	

11	Травматическая перегрузка пародонта как фактор развития заболеваний пародонта. Методы избирательного пришлифовывания зубов.
12	Фиксация и стабилизация протезов. Суставной путь. Конструирование зубных рядов по Гизи, Герберу, Шредеру, Васильеву.
13	Дуговые (бюгельные) протезы, их характеристика, составные элементы. Показания к применению.
14	Последовательность клинических и лабораторных этапов при протезировании частичными съемными пластиночными протезами.
15	Последовательность клинических и лабораторных этапов при протезировании дуговыми (бюгельными) протезами.
16	Методики определения центральной окклюзии, центрального соотношения челюстей и клинических ориентиров при частичном отсутствии зубов.
17	Особенности клинического обследования в ортопедической стоматологии. Гнатодинамометрия, ЭОД, измерение подвижности зубов двухпараметрическим периодометром.
18	Законы артикуляции Бонвиля, Ганау. Вне- и внутриротовая запись движений нижней челюсти.
19	Генерализованная форма повышенной стираемости твердых тканей зубов. Клиника, диагностика, методы ортопедического лечения.
20	Удерживающий кламмер. Составные части. Кламмерная линия. Виды.
21	Травматическая окклюзия. Виды. Этиология, клиника, лечение.
22	Клиническая картина при полной потере зубов. Морфологические особенности беззубых челюстей, их классификация (Шредер, Келлер, Оксман).
23	Строение и свойства слизистой оболочки полости рта, классификации. Понятия «протезного поля» и «протезного ложа».
24	Фиксация и стабилизация полносъемного пластиночного протеза.
25	Функциональные оттиски. Виды, показания.
26	Влияние съемного протеза на слизистую оболочку полости рта. Протезные стоматиты.
<b>Дисциплина «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта»</b>	
27	Строение и классификация имплантатов. Показания и противопоказания к лечению имплантатами.
28	Последовательность клинико-лабораторных этапов протезирования при двухэтапной имплантации.
29	Протезирование «all on 4» и «all on 6». Показания, противопоказания, клинико-лабораторные этапы.
30	Феномен остеоинтеграции. Предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантатов с костной тканью.
<b>Хирургическая стоматология</b>	
<b>Дисциплина «Хирургия полости рта»</b>	
1	Особенности обследования больного на хирургическом стоматологическом приеме.
2	Местные анестетики, применяемые в хирургической стоматологии.
3	Поверхностная (аппликационная) анестезия. Показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания.
4	Инфильтрационная анестезия. Показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
5	Проводниковая анестезия на верхней челюсти. Туберальная анестезия. Техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.

6	Проводниковая анестезия на верхней челюсти. Подглазничная (инфрорбитальная) анестезия: внутриротовой и внеротовой способ выполнения. Техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
7	Проводниковая анестезия на верхней челюсти. Палатинальная анестезия. Техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
8	Проводниковая анестезия на нижней челюсти. Мандибулярная анестезия. Техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
9	Проводниковая анестезия на нижней челюсти. Торусальная анестезия. Техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
10	Общесоматические осложнения, возникающие при проведении местной анестезии. Обморок. Коллапс. Аллергические реакции. Этиология, клиническая картина, оказание неотложной помощи на стоматологическом приеме, профилактика.
11	Общесоматические осложнения, возникающие при проведении местной анестезии. Гипертонический криз. Инфаркт миокарда. Судорожные состояния. Гипогликемическая кома. Этиология, клиническая картина, оказание неотложной помощи на стоматологическом приеме, профилактика.
12	Операция удаления зуба. Показания и противопоказания к проведению удаления зуба.
13	Операция удаления зуба. Методики удаления зубов щипцами.
14	Операция удаления зуба. Методики удаления зубов элеватором.
15	Осложнения, возникающие во время удаления зуба.
16	Осложнения, возникающие после удаления зуба.
17	Перикоронит: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
<b>Дисциплина «Заболевания головы и шеи»</b>	
18	Острый одонтогенный периостит челюсти: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
19	Одонтогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
20	Переломы нижней челюсти. Лечение переломов нижней челюсти (временная иммобилизация отломков, постоянная иммобилизация отломков, остеосинтез).
21	Переломы костей верхней челюсти. Лечение переломов верхней челюсти.
22	Калькулезный сиаладенит (слюнно-каменная болезнь). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
<b>Дисциплина «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»</b>	
23	Неврит лицевого нерва. Клиника, диагностика, лечение.
24	Неврит и невралгия тройничного нерва. Клиника, диагностика, методы лечения.
25	Острый, хронический артрит ВНЧС, артроз ВНЧС. Этиология, клиника, диагностика, методы лечения.
26	Гематогенный остеомиелит челюстных костей. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
27	Проявление ВИЧ инфекции в челюстно-лицевой области. Профилактика ВИЧ инфекции в стоматологической практике.
28	Пластика местными тканями. Пластика лоскутом на ножке. Показания, техника выполнения.
29	Пластика местными тканями. Пластика встречными лоскутами. Показания, техника выполнения.
30	Свободная пересадка тканей. Контурная пластика. Показания, техника выполнения.
<b>Детская стоматология</b>	
<b>Дисциплина «Детская стоматология»</b>	
1	Анатомические особенности строения молочных зубов.



2	Определение индексов в КПУ, КП, КПУ + КП. Распространенность и интенсивность кариеса.
3	Сроки прорезывания, формирования и резорбции корней временных зубов. Факторы, нарушающие эти процессы.
4	Методы оценки гигиены полости рта: индексы Фёдорова-Володкиной, Грина-Вермиллиона. Пропись раствора Шиллера-Писарева.
5	Методы оценки состояния пародонта у детей: проба Шиллера-Писарева, индекс РМА, индекс SPITN, пародонтальный индекс PI.
6	Кариес: классификация, клиническая картина, диагностика у детей.
7	Реставрационные технологии, используемые в детской стоматологии при лечении заболеваний твердых тканей зубов.
8	Герметизация фиссур: показания, виды, техника выполнения. Герметики.
9	Острые и хронические формы пульпитов у детей разного возраста и их описание.
10	Витальные и девитальные методы лечения пульпитов у детей разного возраста.
11	Особенности лечения периодонтитов временных зубов, постоянных зубов с несформированной верхушкой корня.
12	Теоретическое обоснование реминерализующей терапии: задачи, показания к применению, условия осуществления, классификация реминерализующих средств.
13	Фтор в схеме эндогенной профилактики кариеса: механизмы действия. Показания к применению. Источники поступления фтора в организм. Лекарственные формы. Курс и особенности применения.
14	Приобретенные пороки развития твердых тканей зубов. Гипоплазия эмали. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
15	Приобретенные пороки развития твердых тканей зубов. Флюороз зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
16	Травма зубов. Ушиб зуба. Вывих зуба (вколоченный, полный). Перелом зуба. Классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
<b>Дисциплина «Ортодонтия и детское протезирование»</b>	
17	Виды протезирования дефектов зубных рядов в сменном прикусе. Показания и противопоказания.
18	Охарактеризуйте период временного прикуса. Дайте понятие сменного прикуса, его особенности.
19	Инструментарий и методика установки стандартных металлических коронок в детской стоматологии.
20	Опишите сагиттальные и трансверзальные окклюзионные кривые в постоянном прикусе.
21	Клинические и функциональные методы диагностики в ортодонтии.
22	Аномалии числа зубов, сроков прорезывания. Этиология, клиническая картина.
23	Классификация зубочелюстных аномалий: этиопатогенетическая; функциональная; морфологическая.
24	Классификация аномалий зубов, челюстей, окклюзии зубных рядов кафедры ортодонтии МГМСУ.
25	Подготовка полости рта к зубному протезированию (хирургическая, терапевтическая).
26	Подготовка полости рта к зубному протезированию (ортопедическая, ортодонтическая).
27	Ортодонтические аппараты, классификация и их составные части.
28	Внутриротовые аппараты механического действия. Виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.
29	Внеротовые аппараты механического действия. Виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.

#### 4.1.2. Критерии оценивания результатов сдачи государственного экзамена

Итоговая оценка за итоговый междисциплинарный экзамен выставляется как среднее арифметическое результатов трех этапов.

Результаты сдачи государственного экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешную сдачу государственного экзамена.

##### **Оценка «отлично» (средний балл от 4,5 до 5):**

– логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы;

– глубокие и твердые знания всего программного материала, глубокое понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых явлений (процессов);

– умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, применять теоретические положения к решению практических задач, делать правильные выводы из полученных результатов;

– твердые навыки, обеспечивающие решение задач предстоящей профессиональной деятельности;

##### **Оценка «хорошо» (средний балл от 3,5 до 4,4):**

– правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных разделов;

– достаточно твердые знания программного материала, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых явлений (процессов);

– умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы, применять основные теоретические положения к решению практических задач;

– достаточные навыки и умения, обеспечивающие решение задач предстоящей профессиональной деятельности;

##### **Оценка «удовлетворительно» (средний балл от 3 до 3,4):**

– правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы, несущественные ошибки, устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных разделов с помощью экзаменатора;

– знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей;

– умение применять теоретические знания к решению основных практических задач;

– посредственные навыки и умения, необходимые для предстоящей профессиональной деятельности;

##### **Оценка «неудовлетворительно»:**

– неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов;

– отсутствие знаний значительной части программного материала;

– неумение применять теоретические знания при решении практических задач;

– отсутствие навыков и умений, необходимых для предстоящей профессиональной деятельности.



## ПРОТОКОЛ ОТВЕТА

### 1. Причина обращения:

---



---



---

### 2. Диагноз:

---



---



---

**Состояние зубов:**  
 К - кариес;  
 П - пульпит;  
 ПП - периодонтит;  
 Д - дефект;  
 ПЛ - пломба;  
 МК - искусственная коронка;  
 ИЗ - искусственной зуб;  
 В - вкладка;  
 И - имплантат;  
 КЗ - корень зуба;  
 О - отсутствующий зуб.

<b>Подвижность:</b>																				
<b>Состояние зубов:</b>																				
<b>Верхняя челюсть:</b>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
<b>Нижняя челюсть:</b>	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
<b>Состояние зубов:</b>																				
<b>Подвижность:</b>																				

### 3. Обоснование основного диагноза:

---



---



---



---



---



---



---



---

### 4. План обследования пациента:

---



---



---



---



---



---



---



---







**Пример ситуационной задачи и практической манипуляции для государственной итоговой аттестации:**

ПРИДНЕСТРОВСКАЯ МОЛДАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА  
Государственное образовательное учреждение  
**«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»**

Факультет \_\_\_\_\_ медицинский \_\_\_\_\_  
Кафедра \_\_\_\_\_ стоматологии \_\_\_\_\_

«УТВЕРЖДАЮ»  
Декан, доцент \_\_\_\_\_ Самко Г.Н.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

**Государственная итоговая аттестация, 2 этап**

**Задача 1**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А. 32 лет с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба. Объективно при осмотре:

Зубная формула															
О											С	С			О
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

2.4, 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%.

3.5 зуб – зубо-альвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

На прицельной рентгенограмме каналы 2.4, 2.5 зубов запломбированы рентгеноконтрастным материалом до физиологической верхушки зуба.

**Вопросы:**

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
- 3.Составьте план терапевтического лечения.
- 4.Составьте план ортопедического лечения.
- 5.Какова основная причина зубо-альвеолярного удлинения?

**Практические манипуляции**

Препарирование и пломбирование кариозной полости I- класса (фотополимерным композитом).

И.о. зав. выпускающей кафедрой \_\_\_\_\_ Фукс А.П.



**Пример профессиональных тестов для государственной итоговой аттестации:**

ПРИДНЕСТРОВСКАЯ МОЛДАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА  
Государственное образовательное учреждение  
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Факультет \_\_\_\_\_ медицинский \_\_\_\_\_  
Кафедра \_\_\_\_\_ стоматологии \_\_\_\_\_

«УТВЕРЖДАЮ»  
Декан, доцент \_\_\_\_\_ Самко Г.Н.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

**Государственная итоговая аттестация, 1 этап**

**Тесты**

**V вариант**

**Раздел «Терапевтическая стоматология»**

1. Эксфолиативный хейлит – это:
  1. воспалительный процесс на красной кайме губы, проявляется он преимущественно шелушением губ,
  2. патология губ, вызванная врожденным или же приобретенным разрастанием слюнных желез,
  3. повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам, погоде, ветру,
  4. возникает при остром дефиците витаминов группы В,
  5. эта патология может быть частью синдрома Мелькерссона-Россолимо-Розенталя. У больных увеличивается губа и очень сильно зудит, отекают другие части лица.
  
2. Ороговевающие элементы поражения свойственны:
  1. пузырьчатке,
  2. кандидозу,
  3. простому герпесу,
  4. ящуру,
  5. лейкоплакии.
  
3. Патологические процессы в эпителии, приводящие к образованию пузырьков при простом герпесе:
  1. папилломатоз,
  2. баллонизирующая дегенерация,
  3. акантоз,
  4. паракератоз,
  5. гиперкератоз.
  
4. Основной метод обследования стоматологического больного:
  1. рентгенологический,
  2. цитологический,
  3. гистологический,
  4. сбор анамнеза,
  5. аллергологический.

5. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 - рентгенологический признак:

1. пародонтита легкой степени,
2. пародонтита средней степени,
3. пародонтоза легкой степени,
4. пародонтоза средней степени,
5. пародонтоза тяжелой степени.

И.о. зав. выпускающей кафедрой \_\_\_\_\_ Фукс А.П.