

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования



УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения ПМР

К.В.Албул

2025г.

СОГЛАСОВАНО

Ученым советом факультета

протокол № 6

от «26» 12 2024г.

Председатель

Ученого совета факультета

Г.Н.Самко

ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы
высшего образования- программы ординатуры

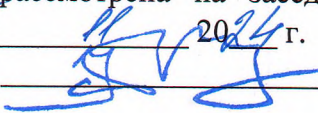
Специальность **31.08.75 СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

Квалификация выпускника: врач – стоматолог - ортопед

Трудоемкость: 108 часов-3з.е.

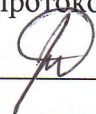
Сроки проведения: с 30 июня 2025г. по 12 июля 2025г.

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 716 от 13.08.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол № 4 от «25» 2024 г.
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии  Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«10» 12 2024 г. (протокол № 4)

Председатель УМК  А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«26» 12 2024 г. (протокол № 6)

Председатель УС  Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент  Чернятинский В.И.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
 - 4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
 - 4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
 - 4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
 - 6.1 Критерии оценки результатов тестирования
 - 6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
 - 6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
 - 7.1 Тестирование
 - 7.2 Практические навыки.
 - 7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая.

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач – стоматолог-ортопед).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая завершается присвоением квалификации " врач – стоматолог-ортопед ".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УКЗ.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) 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 - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ортопедической стоматологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4. Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1. Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.75 Стоматология ортопедическая проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3. Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача

государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Стоматология общей практики с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирования	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2,
2 этап - оценка практических навыков и умений	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7
3 этап – устный экзамен по дисциплине	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки результатов тестирования

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по пятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;

- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестирование: Приложение 1

7.2. Практические навыки: Приложение 2

7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной

аттестации.

Основная литература:

1. Лебеденко И.Ю., Ортопедическая стоматология [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 824 с. (Серия "Национальные руководства")
2. Трезубов В.Н., Ортопедическая стоматология [Электронный ресурс]: учебник / Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнёв Л.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 688 с.
3. Абакаров С.И., Основы анатомии, окклюзии и артикуляции в стоматологии [Электронный ресурс] / Абакаров С.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 528 с.
4. Ортопедическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2016. - 640 с
5. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов. Модуль / Под ред. Э.С.Каливрадзиян. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
6. Ортопедическое лечение больных с дефектами зубных рядов мостовидными зубными протезами. Методы определения центральной окклюзии при частичном отсутствии зубов. Модуль / Под ред. Э.С. Каливрадзиян. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Дополнительная литература:

1. CAD/CAM технология реставрации зубов - CEREC: учеб. пособие для ординаторов, обуч. по спец. Стоматология ортопедическая / Лебеденко И. Ю., Вафин С. М., Глебова Т. Э., Деев М. С., Лебеденко И. Ю. - М.: Практическая медицина, 2014 - 112 с. - 47 экз
2. Ортопедическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2016. - 640 с
3. Кариес и некариозные поражения твердых тканей зуба: учебное пособие для студентов стоматологического факультета / С. И. Бородовицина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2019. – 172 с.

1. Оптимальная длина штифта литой штифтовой вкладки составляет:

- а) 1/4 корня
- б) 1/3 корня
- в) 1/2 длины корня
- г) 2/3 длины корня
- д) на всю длину корня

2. Среднее соотношение анатомической коронки к корню зуба составляет?

- а) 1:1
- б) 1:2
- в) 1:3

3. Показанием к применению литых штифтовых вкладок является:

- а) патологическая стираемость зубов
- б) если зуб депульпирован более года тому назад
- в) если зуб депульпирован более 3-х лет тому назад
- г) если зуб депульпирован 5 и более лет тому назад
- д) дефект коронковой части на 1/3 и более

Правильный ответ: д

4. Возможно ли применение фарфоровых коронок при патологической стираемости зубов?

- а) нет
- б) возможно
- в) возможно, но после соответствующей подготовки
- г) возможно только при I степени
- д) возможно только при I и II степени

5. Возможна ли фиксация фарфоровых коронок на временный цемент?

- а) да
- б) да, если это одиночная коронка
- в) да, если у пациента нет бруксизма
- г) да, если не более чем на 5-7 дней
- д) нет

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

- а) перфорация стенки корня
- б) недостаточная глубина штифта
- в) раскол корня
- г) расцементировка вкладки

7. Получить более точное воспроизведение на модели зубных и около зубных тканей позволяет:

- а) стомальгин
- б) эластик
- в) акродент
- г) сизласт 69
- д) сизласт 05

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

- а) да
- б) да, но только на передней поверхности
- в) да, если зуб депульпирован
- г) нет

д) нет, если у пациента глубокий прикус

9. Полукоронка может быть опорой только:

- а) металлокерамического мостовидного протеза
- б) цельнометаллического мостовидного протеза
- в) металлокрилового цельнолитого мостовидного протеза
- г) паяного мостовидного протеза

10. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц:

- а) на 1/3 толщины эмали
- б) на 1/2 толщины эмали
- в) на всю толщину эмали
- г) в пределах эмали
- д) в пределах твердых тканей, отступив от пульповой камеры на 0.5-1.0 мм

11. Вкладки могут быть?

- а) пластмассовые
- б) фарфоровые
- в) металлические
- г) комбинированные

12. К микропротезам относятся:

- а) вкладки
- б) штифтовые вкладки
- в) полукоронки и вкладки
- г) интрадентальные и парапальпарные несъемные конструкции

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

- а) ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта
- б) пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта
- в) молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител
- г) механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта

14. Этиологические факторы патологической стираемости, связанные с функциональной перегрузкой зубов:

- а) аномалия прикуса
- б) алиментарная недостаточность
- в) частичная адентия
- г) нарушение окклюзии при неправильном протезировании
- д) химические воздействия
- е) различный функциональный износ зубных протезов, изготовленных из разных материалов
- ж) воздействие средств гигиены
- з) бруксизм

15. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется?

- а) чрезмерная
- б) компенсированная
- в) горизонтальная
- г) вертикальная
- д) смешанная
- е) декомпенсированная

16. В основу классификации зубочелюстных аномалий по Энглю положено?

- а) принцип соотношения зубных рядов (соотношение 1-х моляров)
- б) принцип аномалии зубов
- в) принцип аномалий челюстей и их анатомических отделов

17. Укажите показания к применению окклюзионных шин при болезнях височно-нижнечелюстного сустава?

- а) нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений
- б) ограничить движение нижней челюсти
- в) исключить чрезмерную нагрузку на ткани зуба, пародонт, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений

18. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии височно-нижнечелюстного сустава производится с целью?

- а) снижения окклюзионной высоты
- б) уменьшения нагрузки на пародонт
- в) нормализации функциональной окклюзии

19. Для диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава применяют следующие методы:

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

20. К деформации зубных рядов могут приводить следующие патологические процессы?

- а) патологическая стираемость
- б) кариес
- в) пародонтит
- г) адентия
- д) лейкоплакия

21. Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом Попова-Годона, следует дифференцировать:

- а) от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты дистальным смещением нижней челюсти
- б) от частичной адентии, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты
- в) от частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары антагонизирующих зубов

22. Вторичные деформации зубных рядов при наличии всех зубов могут возникать?

- а) да
- б) нет

23. Методом рентгенодиагностики, дающим исчерпывающую информацию о состоянии тканей пародонта, является?

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

24. Норматив обеспеченности врачевыми кадрами по ортопедической стоматологии в расчете на 10 000 населения?

- а) 0,25
- б) 0,5
- в) 1,0
- г) 1,5
- д) 2,0

25. Оптимальная нагрузка врача-ортопеда, выраженная числом посещений пациентов в день, составляет:

- а) 7,0
- б) 10,0
- в) 12,0
- г) 14,0
- д) 16,0

26. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является?

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

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

- а) свыше 10%
- б) 15%
- в) 20%
- г) 25%
- д) 50%

28. Средние сроки пользования пластиночными зубными протезами?

- а) 1 год
- б) 3 года
- в) 5 лет
- г) 7 лет
- д) 10 лет

29. Срок гарантии на изготовленный зубной протез?

- а) 0,5 года
- б) 1 год
- в) 2 года
- г) 3 года
- д) 4 года

30. Соотношение должностей врач-зубной техник должно быть?

- а) 0.5:1.0
- б) 1.0:1.0
- в) 1.0:2.0
- г) 1.5:2.0
- д) 2.0:3.0

31. Наиболее характерным функциональным нарушением при деформациях зубочелюстной системы является?

- а) нарушение жевания
- б) нарушение эстетических норм
- в) нарушение окклюзии
- г) нарушение артикуляции

32. При изучении диагностических моделей важна информация?

- а) соотношение зубных рядов
- б) характер смыкания передних зубов
- в) совпадение средних линий между центральными резцами
- г) форма зубных дуг

33. Истинная прогения - это?

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

34. Характерным признаком для глубокого прикуса у взрослого пациента является?

- а) отсутствие контакта между передними зубами
- б) наличие маргинальных пародонтитов
- в) блокирование движений нижней челюсти
- г) наличие артропатий

35. Признаком, характеризующим открытый прикус, является:

- а) короткая верхняя губа
- б) развернутый угол нижней челюсти
- в) нарушение речи
- г) нарушение откусывания пищи

36. Путь введения анестетика при стоматологических вмешательствах:

- а) инъекционный
- б) аппликационный
- в) безыгольное введение под давлением
- г) все перечисленные

37. При дифференциальной диагностике перекрестного прикуса (неравномерное сужение зубных рядов) от деформации вследствие потери зубов учитывается:

- а) симметричность расположения боковых зубов по отношению к срединно-сагиттальной плоскости
- б) фасетки стирания на зубах
- в) наличие травматической окклюзии
- г) аномалия формы суставных головок

38. Применение съемного протеза с литым базисом показано:

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

39. Наиболее тяжелым осложнением при неправильном лечении глубокого прикуса может быть?

- а) нарушение речи
- б) чувство дискомфорта
- в) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- г) увеличение атрофии альвеолярных отростков
- д) повреждение пародонта оставшихся зубов

40. Укажите преимущество литого базиса перед пластмассовым?

- а) более равномерное распределение жевательного давления между опорными зубами и слизистой оболочкой протезного ложа
- б) язычная металлическая пластинка предохраняет десневой край от травмы пищевым комком
- в) предохраняет краевой пародонт от повреждающего воздействия
- г) металлический базис не вызывает (в отличие от пластмассового) аллергических повреждений слизистой оболочки

41. Основным показанием к сочетанному хирургическому и ортопедическому лечению аномалий прикуса является?

- а) скелетные формы аномалий
- б) желание больного
- в) аномалии, вызванные смещением нижней челюсти
- г) аномалии, возникшие в результате потери части зубов
- д) ускорение ортопедического лечения

42. В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры:

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

43. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка имеет скат, направленный в дистальную сторону, рекомендуется использовать:

- а) опорно-удерживающие кламмеры
- б) многозвеньевые кламмеры
- в) непрерывные кламмеры
- г) дробители нагрузки
- д) антипрокидыватели

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

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

- г) переднесреднее
- д) среднезаднее

45. У паяных золотых протезов в сравнении со стальными:

- а) выше гальванизм и выше твердость
- б) выше гальванизм, но ниже твердость
- в) ниже гальванизм, но выше твердость
- г) ниже гальванизм и ниже твердость

46. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми:

- а) выше стираемость и выше цветостойкость
- б) выше стираемость, но ниже цветостойкость
- в) ниже стираемость и ниже цветостойкость
- г) ниже стираемость, но выше цветостойкость

47. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми:

- а) выше гигроскопичность и выше прочность
- б) выше гигроскопичность, но ниже прочность
- в) ниже гигроскопичность и ниже прочность
- г) ниже гигроскопичность, но выше прочность

48. У металлокерамических протезов по сравнению с паянными с пластмассовой облицовкой:

- а) выше эстетика и выше прочность
- б) выше эстетика, но ниже прочность
- в) ниже эстетика и ниже прочность
- г) ниже эстетика, но выше прочность

49. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным:

- а) выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
- б) выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
- в) ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
- г) ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

50. Вестибулярное расположение дуги в бюгельном протезе для нижней челюсти обусловлено следующим положением фронтальных зубов нижней челюсти:

- а) выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти
- б) выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти
- в) вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов
- г) желанием пациента
- д) высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

51. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и небной пластинкой:

- а) не более 0.8 мм
- б) не более 0.5 мм
- в) не более 0.4 мм
- г) не более 0.3 мм

д) нет зазора

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

- а) линией поднутрения
- б) линией анатомического экватора
- в) линией обзора
- г) линией десневого края
- д) линией жевательной поверхности и режущей поверхности

53. Опорная и охватывающая часть опорно-удерживающего кламмера располагается?

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

54. На одиночно стоящий клык применяется кламмер

- а) Аккера
- б) Роуча
- в) Бонвиля
- г) Свенсена
- д) кольцевидный

55. На какой модели техник моделирует каркас цельнолитого протеза?

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

56. Для изготовления цельнолитого каркаса опирающегося протеза широко применяются следующие современные отечественные сплавы:

- а) нержавеющей сталь
- б) сплав золота
- в) хром-никелевый сплав
- г) хром-кобальтовый сплав
- д) серебряно-палладиевый сплав

57. При хронической заеде целесообразно изготовить:

- а) протеза с использованием фарфоровых зубов
- б) протезы с использованием пластмассовых искусственных зубов
- в) протезы, изготавливаемые с учетом восстановления высоты нижнего отдела лица

58. Используя функциональные двигательные пробы, можно выявить:

- а) миосуставной дисфункциональный синдром
- б) смещение нижней челюсти
- в) функциональные отклонения в височно-нижнечелюстных суставах
- г) функциональные отклонения в мышцах

59. Пользование неудовлетворительным протезом может вызвать:

- а) изменение окклюзионного положения нижней челюсти
- б) изменение характера сокращений мышц (жевательных, мимических, языка)
- в) смещение нижней челюсти
- г) уменьшение межальвеолярной высоты

60. Для протезирования наиболее благоприятна?

- а) плотная слизистая оболочка
- б) подвижная слизистая оболочка
- в) рыхлая, податливая слизистая оболочка
- г) сочетание тонкой слизистой оболочки с подвижной
- д) тонкая слизистая оболочка

61. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является:

- а) выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе
- б) выраженная атрофия в переднем отделе
- в) выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка
- г) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков
- д) неравномерная выраженная атрофия

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

- а) антропометрический метод
- б) на основании изучения фотографий больного
- в) ориентация на высоту нижней трети лица в состоянии покоя нижней челюсти
- г) с помощью фонетических и глотательных проб
- д) с помощью циркуля золотого сечения

63. При протезировании больных с полной адентией необходимо решить:

- а) как восстановить пищеварительную функцию
- б) как восстановить пропорции лица
- в) как восстановить фонетическую функцию
- г) как восстановить функцию жевания
- д) как укрепить протезы на беззубой челюсти

64. Suppli предложил классификацию:

- а) беззубой верхней челюсти
- б) беззубой нижней челюсти
- в) методов получения слепков
- г) слепочных материалов
- д) типов слизистой оболочки рта
- е) формы скатов альвеолярных гребней

65. Для анатомических слепков применяют слепочные массы:

- а) акриловые пластмассы
- б) альгинатные
- в) гипс
- г) силиконовые
- д) термопластические

66. Укажите метод ортопедического лечения очагового пародонтита центрального резца верхней челюсти (развившаяся стадия):

- а) интердентальная шина В.Н.Копейкина
- б) шина Мамлока
- в) шина Эльбрехта
- г) шина из четырех цельнолитых (металлокерамических, металлоакриловых) коронок
- д) экваторные коронки в сочетании со съемной шиной, состоящей из бюгеля и опорно-удерживающих кламмеров

67. Кипмайдер - это:

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

68. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается:

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

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

- а) 1 мм
- б) 2 мм
- в) 3 мм
- г) 4 мм
- д) 5 мм

70. Укажите последовательность планирования элементов бюгельного протеза:

- а) уточнение выбора опорных, ретенционных и стабилизирующих элементов
- б) планирование соединяющей дуги и каркасов базиса протеза
- в) планирование базисов протеза
- г) планирование не прямых удерживателей (антипрокидывателей):
1) 1,2,3,4; 2) 3,1,2,4; 3) 3,2,1,4; 4) 2,3,1,4

71. Типичное расположение лигвальной дуги бюгельного протеза:

- а) выше экватора альвеолярного отростка
- б) на уровне экватора альвеолярного отростка
- в) ниже экватора альвеолярного отростка
- г) значительно выше экватора альвеолярного отростка
- д) значительно ниже экватора альвеолярного отростка

72. Причинами возникновения дефектов верхней челюсти являются?

- а) результат воспалительного процесса челюстно-лицевой области
- б) травматические повреждения и оперативные вмешательства челюстно-лицевой области
- в) результат лучевой терапии
- г) врожденные дефекты

73. Особенности снятия слепков при стомоназальных дефектах (приобретенных):

- а) необходимость тампонирования дефекта
- б) сегментарное снятие оттиска
- в) снятие оттиска разборной ложкой
- г) снятие оттиска без тампонады дефекта
- д) снятие оттиска индивидуальной ложкой

74. Наиболее применимыми методами фиксации при сочетанных дефектах верхней челюсти и лица являются:

- а) сочетанная система с очковой оправой
- б) применение магнитных элементов
- в) использование эластичной пластмассы
- г) специальная хирургическая подготовка

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

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

76. Наиболее оптимальными сроками изготовления резекционного протеза являются: а) через 2 месяца после операции

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

77. К основным функциям резекционного протеза относятся:

- а) восстановление эстетических норм челюстно-лицевой области
- б) восстановление функции дыхания
- в) защита раневой поверхности
- г) частичное восстановление нарушенных функций и формирование протезного ложа

78. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации:

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

79. При использовании субпериостальной имплантации необходимо изготовление индивидуальной ложки в следующих случаях:

- а) применение индивидуальной ложки необязательно
- б) необходимо применять в каждом случае
- в) только при использовании полного субпериостального имплантата
- г) в зависимости от анатомических условий

80. Получать оттиск при субпериостальной имплантации рекомендуется:

- а) гипсом
- б) альгинатными материалами
- в) силиконовыми материалами
- г) любыми
- д) в зависимости от клинических условий

81. Для стерилизации стоматологических зеркал применяют:

- а) антисептические растворы
- б) автоклавирование
- в) сухожаровой метод

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

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

83. Применение эндо-субпериостальных имплантатов показано:

- а) во фронтальном отделе нижней челюсти
- б) в дистальных участках нижней челюсти
- в) во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти
- г) во фронтальном отделе верхней челюсти
- д) в дистальных участках верхней челюсти

84. Зафиксированную литую коронку можно снять с зуба, разрезав при помощи:

- а) карборундовой головки
- б) металлической фрезы
- в) сепарационного диска
- г) твердосплавного бора
- д) коронкоснимателя

85. Рабочий слепок с опорными коронками снимают при изготовлении мостовидного протеза:

- а) любого
- б) литого
- в) паяного
- г) металлокерамического
- д) металлопластмассового

86. Подвергается ли коррекции (сошлифовыванию) окклюзионные накладки во время адаптационного протеза и после него?

- а) да,
- б) нет,
- в) по усмотрению пациента,
- г) по усмотрению зубного техника,

87. Ортопедические методы лечения при очаговом пародонтите направлены:

- а) на устранение причин, вызвавших пародонтит,
- б) на шинирование зубов,
- в) на предупреждение функциональной перегрузки пародонта здоровых зубов,

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

- а) да,
- б) да, но только на передней поверхности,
- в) да, если зуб депульпирован,
- г) нет,
- д) нет, если у пациента глубокий прикус,

89. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться.

- а) не доходить до десны на 0,5 мм,
- б) не доходить до десны на 1 мм,
- в) на уровне десны,
- г) под десной на 0,5 мм,
- д) под десной на 1 мм.,

90. Временная пластмассовая коронка обычно не показана при изготовлении коронки:

- а) штампованной
- б) цельнолитой
- в) металлокерамической
- г) металлопластмассовой
- д) фарфоровой

91. Окклюзия - это:

- а) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
- б) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
- в) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней

- г) соотношение беззубых челюстей
- д) вид прикуса

92. Препарирование зубов под литые коронки производят:

- а) металлическими фрезами
- б) алмазными головками
- в) карборундовыми фрезами
- г) карборундовыми дисками
- д) вулканизовыми дисками

93. Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (в %):

- а) 20
- б) 40
- в) 60
- г) 80
- д) 100

94. Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть:

- а) коронки, полукоронки, вкладки
- б) вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
- в) опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки
- г) телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены
- д) коронки, полукоронки, культевые штифтовые вкладки

95. Анатомическая шейка зуба соответствует:

- а) переходу эмали в цемент корня
- б) границе над- и поддесневой частей зуба
- в) экватору зуба
- г) дну зубодесневого желобка
- д) дну патологического зубодесневого кармана

96. При отломе корешковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают:

- а) полукоронкой
- б) экваторной коронкой
- в) штифтовой конструкцией
- г) съемным протезом
- д) вкладкой

97. Металлокерамическая коронка относится:

- а) к комбинированным,
- б) к металлическим,
- в) к неметаллическим,
- г) к керамическим,

98. Индивидуальные жесткие ложки должны:

- а) не соответствовать границам протезного ложа,

- б) воспроизводить вестибулярный овал,
- в) плотно прилегать к тканям протезного ложа не балансировать,
- г) соответствовать границам протезного ложа, но неплотно прилегать, наличие места под слепочную массу,

99. К патологическим видам прикуса относятся:

- а) бипрогнатический
- б) глубокий
- в) ортогнатический
- г) прямой
- д) глубокое резцовое перекрытие

100. Возможно ли изготовление 2-х цветной пластмассовой коронки:

- а) нет,
- б) нет, так как коронку из пластмассы готовят однократной полимеризацией,
- в) да.
- г) возможно только для центральных резцов.

Приложение 2

1. Моделировка восковой композиции – вкладки.
2. Препарирование зубов под искусственные коронки: штампованные.
3. Снятие анатомических слепков - силиконовыми массами (двухслойный).
4. Заполнение медицинской карты стоматологического больного.
5. Заполнение формы №37 и №39
6. Изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками.
7. Изготовление временных пластмассовых коронок клиническим методом.
8. Изготовление гипсовых моделей челюстей.
9. Изготовление индивидуальных ложек
10. Коррекция съемных протезов.
11. Моделировка восковой композиции – вкладки.
12. Моделировка восковой композиции - культевой штифтовой вкладки.
13. Определение степени атрофии альвеолярных отростков.
14. Определение центрального соотношения челюстей.
15. Определение центральной окклюзии
16. Перебазировка съемных пластиночных протезов.
17. Перебазировка съемных пластиночных протезов.
18. Подготовка корневого канала под штифтовые конструкции Фиксация на цемент - мостовидных протезов.
19. Подготовка корневого канала под штифтовые конструкции.
20. Починка съемных пластиночных протезов.
21. Починка съемных пластиночных протезов.
22. Препарирование зубов под искусственные коронки: - металлокерамические коронки.
23. Препарирование зубов под искусственные коронки: - пластмассовые коронки.
24. Препарирование зубов под искусственные коронки: - цельнолитые (с пластмассовой или керамической облицовкой).
25. Препарирование зубов под искусственные коронки: - цельнолитые коронки.
26. Препарирование зубов под искусственные коронки: - цельнолитые с пластмассовой облицовкой.
27. Препарирование зубов под искусственные коронки: - цельнолитые.
28. Препарирование зубов под искусственные коронки: - штампованные коронки.
29. Препарирование зубов под искусственные коронки: - штампованные коронки
30. Препарирование зубов под искусственные коронки: металлокерамические.
31. Препарирование зубов под искусственные коронки: пластмассовые.
32. Припасовка - искусственных коронок.
33. Припасовка - мостовидных протезов (паяных, металлокерамических, металлопластмассовых).
34. Припасовка и наложение съемных протезов.
35. Припасовка и наложение съемных протезов. Рекомендации.
36. Припасовка индивидуальных ложек по Гербсту .
37. Проведение осмотра полости рта.
38. Проверка конструкции съемных протезов.
39. Снятие (разрезание) коронок.
40. Снятие анатомических слепков - альгинатными массами.
41. Снятие анатомических слепков - силиконовыми массами (двухслойный).
42. Снятие анатомических слепков силиконовыми массами (двухслойный).
43. Снятие функциональных слепков.
44. Фиксация на цемент – вкладок.
45. Фиксация на цемент - искусственных коронок.

1. Определение ортопедической стоматологии. Цели. Задачи.
2. История развития ортопедической стоматологии. Ученые, которые внесли вклад в развитие ортопедической стоматологии.
3. Ортопедическое отделение. Структура. Учетно-отчетная документация.
4. Классификация (виды) материалов, применяемых в ортопедической стоматологии.
5. Оттисковые материалы. Классификация. Представители. Показания к применению.
6. Асептика и антисептика в клинике ортопедической стоматологии. Современные методы стерилизации инструментария и слепков (оттисков).
7. Воски. Классификация (виды). Состав. Применение.
8. Полимерные материалы. Классификация (виды). Состав. Применение.
9. Эластичные подкладки. Классификация. Показания к применению. Представители.
10. Композиты. Классификация. Режим полимеризации. Марки.
11. Цементы. Классификация. Представители.
12. Искусственные зубы. Виды. Методика подбора зубов.
13. Фарфоровые, керамические массы. Классификация. Состав. Область применения. Марки.
14. Вкладки. Классификация. Показания к применению. Материалы. Принципы препарирования полостей под вкладки типа –inlay, onlay, overlay.
15. Прямой и косвенный методы изготовления вкладок. Клинико- лабораторные этапы изготовления.
16. Вкладки. Ошибки и осложнения при протезировании вкладками.
17. Искусственные коронки. Классификация. Показания и противопоказания к изготовлению.
18. Основные принципы препарирования зубов под коронки, понятие о щадящем режиме. Зоны безопасности твердых тканей зубов (Н.Г.Аболмасов, Б.С.Клюев).
19. Штампованная коронка. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
20. Пластмассовая коронка. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
21. Цельнолитая коронка. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
22. Комбинированные коронки (металлокерамика). Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
23. Ошибки и осложнения при изготовлении искусственных коронок.
24. Частичное отсутствие зубов. Основные симптомы. Классификация дефектов зубных рядов.
25. Дефекты зубных рядов, их виды, клиническая картина, классификация (Кеннеди, Е.И.Гаврилов).
26. Мостовидные протезы. Классификация. Составные элементы. Показания и противопоказания. Жевательная эффективность по Агапову.
27. Клинико- лабораторные этапы изготовления штампованно-паянных мостовидных протезов.
28. Клинико- лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.

29. Клинико- лабораторные этапы изготовления металлокерамических мостовидных протезов.
30. Ошибки и осложнения при замещении дефектов зубных рядов мостовидными протезами.
31. Основные принципы ортопедических методов лечения заболеваний пародонта (избирательное шлифование, шинирование, особенности протезирования).
32. Снимающийся прикус: понятие; патологическая стираемость, виды и их характеристика
33. Частичные съемные пластинчатые протезы, конструктивные элементы. Показания и противопоказания к изготовлению. Методы фиксации частичных съемных пластинчатых протезов.
34. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичных съемных пластинчатых протезов.
35. Ошибки и осложнения при изготовлении частичных съемных пластинчатых протезов.
36. Ортопедическое лечение частичного отсутствия зубов бюгельными протезами. Показания и противопоказания. Характеристика конструктивных элементов бюгельного протеза на верхнюю и нижнюю челюсти.
37. Методы фиксации бюгельных протезов. Классификация. Бюгельные протезы с системой фиксации на опорно-удерживающих кламерах (классификация Нея)
38. Параллелометрия. Понятие. Задачи. Основные правила. Методы.
39. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов на огнеупорных моделях.
40. Сравнительная характеристика частичных съемных пластинчатых и бюгельных протезов.
41. Полное отсутствие зубов. Особенности клинического обследования. Возрастные изменения челюстно-лицевой области.
42. Подготовка полости рта к протезированию. Методы. Показания и противопоказания к удалению одиночно стоящего зуба на верхней и нижней челюстях.
43. Особенности строения беззубых верхней и нижней челюстей. Старческая прогения. Классификация по Оксману, Шредеру, Келлеру, Дойникову.
44. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа беззубых челюстей. Классификация по Суппли. Зоны податливости по Лунду.
45. Методы определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов и возможные ошибки при этом, способы их выявления и устранения. Методы постановки зубов (по стеклу, калотте, индивидуальной поверхности).
46. Анатомо-физиологические особенности строения беззубых челюстей в обеспечении фиксации зубных протезов. Методы фиксации и стабилизации съемных протезов при полном отсутствии зубов
47. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных пластинчатых протезов.
48. Методы изготовления и припасовки индивидуальной ложки.
49. Функциональные пробы по методике Гербста.
50. Функциональные оттиски и их классификация. Обоснование выбора оттисковых материалов.
51. Методика получения оттиска компрессионного, декомпрессионного, с дифференцированным давлением.
52. Сагиттальные движения нижней челюсти. Суставной путь. Резцовый путь. Угол суставного и резцового сагитального пути. Артикуляционная пятерка Ганау.
53. Трансверсальные движения нижней челюсти. Суставной путь. Резцовый путь. Угол суставного и резцового трансверсального пути. Артикуляционная пятерка Ганау.

54. Методика оформления и постановка зубов по индивидуальным окклюзионным поверхностям.
55. Строение окклюдатора. Методика заливки моделей в окклюдатор.
56. Строение артикулятора. Методика заливки моделей в артикулятор.
57. Проверка конструкции полного съемного протеза. Припасовка и наложение полных съемных пластиночных протезов. Правила пользования.
58. Применение двухслойных базисов при полном отсутствии зубов. Показания. Методы клинической и лабораторной перебазировки.
59. Ошибки и осложнения при изготовлении полных съемных пластиночных протезов.
60. Реакция тканей протезного ложа. Токсические и протезные стоматиты. Аллергические реакции.
61. Болезни пародонта. Классификация. Этиология. Патогенез. Задачи ортопедического лечения.
62. Методы исследования состояния пародонта: зондирование, определение подвижности зубов, окклюзиограмма, ортопантомограмма, одонтопародонтограмма.
63. Травматическая окклюзия. Виды. Методика избирательного шлифования твердых тканей зубов при заболеваниях пародонта.
64. Классификация шин. Требования, предъявляемые к ним. Виды стабилизации зубного ряда. Временное шинирование.
65. Классификация шин. Требования, предъявляемые к ним. Виды стабилизации зубного ряда. Постоянные шинирующие конструкции.
66. Очаговый пародонтит. Ортопедические методы лечения. Прогноз. Диагноз.
67. Генерализованный пародонтит. Ортопедические методы лечения. Прогноз. Диагноз.
72. Показания к удалению зубов при заболеваниях пародонта. Непосредственное протезирование.
68. Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных имедиат- протезов.
69. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных имедиат- протезов.
70. Особенности ортопедической помощи больным с паравискусом жевательных мышц.
71. Методы обследования пациента с заболеваниями жевательных мышц и ВНЧС. Интерпретация данных.
72. Принципы и цели комплексного лечения заболеваний ВНЧС и жевательных мышц.
73. Ортопедический протокол работы в имплантологических системах. Абатменты, выбор. Слестные трансферы, аналоги.
74. Снятие оттисков при протезировании с опорой на имплантаты. Оттисковые массы, техники закрытой и открытой ложки.
75. Дефекты зубного ряда. Методики лечения с использованием имплантатов. Одиночные коронки и мосты. Цементная фиксация. Винтовая фиксация.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструктирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, эпидемиология и патогенез туберкулеза. Современная патоморфология туберкулеза. Понятие о множественной лекарственной устойчивости.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Классификация клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области (голова-шея).
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Методы обследования больного туберкулезом: лабораторные, инструментальные.
4. Туберкулез при острых клинических ситуациях и в сочетании с сопутствующими заболеваниями: туберкулез и ВИЧ в практике врача-стоматолога.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза от неспецифических воспалительных заболеваний в практике врача-стоматолога. Алгоритм диагностики и тактика ведения.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.
7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?
8. Воспроизводство населения (естественное движение населения). Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие. Протестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”, патологическая пораженность”
12. От чего зависит полнота учета заболеваемости?