

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность **31.08.75 «Стоматология ортопедическая»**
Год начала обучения **2021 год**

Всего ЗЕТ -3
Всего часов -108

Программа ГИА разработана в соответствии со следующими документами:

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования 31.08.77 Ортодонтия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от 27 августа 2014 года № 1128;
- Приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программы ординатуры»;
- Профессиональным стандартом «Врача-стоматолога», утвержденным приказом Минтруда России от 10.05.2016 № 227н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач - стоматолог"»

1. Цель и сроки проведения ГИА

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы (далее – ОПОП) требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования **31.08.75** Стоматология ортопедическая

2. Требования к обучающимся при допуске к ГИА

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной образовательной программе высшего образования

3. Виды государственных аттестационных испытаний

Государственная итоговая аттестация выпускников по образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.75 «Стоматология ортопедическая» проходит в форме госэкзамена.

Государственный экзамен проводится для оценивания результатов освоения ОПОП, разработанной в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.08.75 «Стоматология ортопедическая» и определения уровня подготовленности выпускника к самостоятельному выполнению трудовых функций.

Трудоёмкость Госэкзамена составляет 3 з.е., проводится на 2 курсе.

4. Структура аттестационных испытаний.

4.1. Структура государственного экзамена

На государственном экзамене выпускники должны продемонстрировать готовность к осуществлению следующих видов профессиональной деятельности по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая:

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

Государственный экзамен включает в себя следующие этапы:

1. Этап – Оценка уровня освоения практических (мануальных) навыков
2. Этап – Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры
3. Этап – Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач

Перечень дисциплин, определяющие содержание Госэкзамена

Этап проведения Госэкзамена	Перечень дисциплин
Оценка практических навыков (мануальных) навыков	«Ортопедическая стоматология»
Тестовый контроль	Ортопедическая стоматология. Микробиология. Патологическая физиология. Клиническая фармакология. Общественное здоровье и здравоохранение. Педагогика. Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Инфекционные болезни. Медицинская информатика. Педагогическая психология. Онкология
Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач	«Ортопедическая стоматология»

4.2. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Не позднее, чем за 30 календарных дней до дня проведения государственного аттестационного испытания Университет утверждает приказом ректора расписание, в котором указываются даты, время и место проведения защиты ВКР и консультации, и доводит расписание до сведения обучающихся, членов ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ГЭК, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Государственный экзамен проводится по утвержденной Университетом программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Первый этап :

Цель: оценка умений и навыков выпускников по осмотру больного, анализу данных лабораторного и инструментального исследований, проведению мероприятий по оказанию первой врачебной помощи, определению диагностических манипуляций, тактики лечения, а также других специальных профессиональных умений по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая. Данный этап экзамена проводится в устной форме на базе кафедры: в профильных отделениях стоматологической поликлиники, и учебно-лечебных кабинетах кафедры профилирующей дисциплины (кафедра ортопедической стоматологии), где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и стоматологического инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение.

Место проведения - оценка уровня освоения практических навыков на симуляционном оборудовании, смоделированной клинической ситуации, на базе кафедры.

Форма проведения – устно.

Второй этап :

Цель: оценка уровня теоретических знаний по основным клиническим дисциплинам.

Проверка уровня теоретической подготовленности на тестовом экзамене проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из массива по всем разделам профильных дисциплин, на которые необходимо ответить в течение 60 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

Место проведения – компьютерный класс или учебная аудитория (при бланочном тестировании)

Форма проведения – тестирование по компетенциям, установленным в основной профессиональной образовательной программе. Проведение тестирования осуществляется в компьютерном классе или в письменной форме (на бланках).

Третий этап :

Цель: оценка уровня сформированного у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач.

Форма проведения – собеседование ситуационным клиническим задачам.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания или подготовки к устному ответу.

ординаторы должны быть ознакомлены с графиками проведения этапов государственного экзамена. Перерыв между государственными аттестационными испытаниями устанавливается продолжительностью не менее 7 календарных дней.

В случае непрохождения одного из трех этапов государственного экзамена, ординатор не допускается к следующим этапам, и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Государственный экзамен должен начинаться в указанное в расписании время в присутствии председателя государственной экзаменационной комиссии (ГЭК).

Секретарь государственной экзаменационной комиссии обеспечивает процедуру ведения экзамена следующими документами: приказом о допуске к государственному экзамену, приказом о составе государственной экзаменационной комиссии, списками ординаторов, протоколами на каждого ординатора. В начале экзамена (1 и 3 этапы) ординаторам выдаются экзаменационные задания.

В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований

- проведение ГИА для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами и лицами с

ограниченными возможностями здоровья, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении ГИА;

- присутствие в аудитории ассистента, оказывающегося обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочесть и оформить задание, общаться с председателем и членами ГЭК);

- пользование необходимыми обучающимися инвалидами и лицам с ограниченными возможностями здоровья техническими средствами при прохождении ГИА с учетом их индивидуальных особенностей;

- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Университета по вопросам проведения ГИА доводятся до сведения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья продолжительность выступления обучающегося при защите выпускной квалификационной работы может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи не более чем на 15 минут.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае удовлетворения апелляции, результат проведения государственного

аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее 15 июля.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

5.1 Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы

Этап экзамена	Коды компетенций
1. проверка уровня освоения практических умений;	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2. тестовый экзамен;	УК-1, УК-2, УК-3, 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
3. решение ситуационных задач	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

5.2. Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания

Показатели	Критерии оценивания	Код(ы) оцениваемой компетенции	Этап проведения экзамена
Знания			
	Описывает клиническую картину отдельных стоматологических заболеваний	УК - 1	1,2,3
	Анализирует особенности течения стоматологических заболеваний	УК - 1	1,2,3
	Характеризует методы диагностики стоматологических заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи при стоматологических	УК - 1	1,2,3

	заболеваниях		
	Перечисляет основные показатели диагностической ортодонтического подразделения стоматологической поликлиники.	основные лечебно-работы	УК-2 1,2,3
	Рассказывает инструкции младшего и среднего медицинского персонала в медицинских учреждениях.	должностные врача-ортодонта, и среднего (лечебно-профилактических)	УК-2 1,2,3
	Рассказывает близко к тексту Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".		УК-2 3
	Перечисляет требования охраны труда и пожарной безопасности.		УК-2 3
	Рассказывает о участии в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования.		УК-3 2
	Описывает факторы и патогенез стоматологических заболеваний.	этиологические и патогенез	ПК - 1 1,2,3
	Описывает картину и особенности течения стоматологических заболеваний.	клиническую	ПК - 1 1,2,3
	Перечисляет осложнения стоматологических заболеваний.	возможные	ПК - 1 1,2,3
	Характеризует методики стоматологических	методы	ПК - 1 1,2,3

	заболеваний, обосновывает выбор основных и дополнительных методов диагностики.		
	Рассказывать порядок диспансерного наблюдения за пациентами стоматологического профиля	ПК-2	1,2,3
	Перечислять этапы санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний	ПК-2	1,2,3
	Формулирует принципы диспансерного наблюдения в различных категориях пациентов и среди населения	ПК-2	3
	Описывать порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за пациентами стоматологического профиля с действующими нормативными правовыми актами и иными документами.	ПК-2	3
	Описывает порядок проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	ПК-3	2
	Перечисляет основные показатели лечебно-диагностической работы ортопедического подразделения стоматологической поликлиники.	ПК - 4	1,2,3

	Перечисляет санитарно-эпидемиологические требования	ПК - 4	1,2,3
	Рассказывает основы организации страховой медицины.	ПК - 4	1,2,3
	Описывает клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения стоматологических заболеваний у взрослых и детей по нозологиям.	ПК -5	1,2,3
	Описывает значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний.	ПК -5	1,2,3
	Описывает алгоритм постановки предварительного диагноза, клинического диагноза и заключительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	ПК -5	1,2,3
	Описывает порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.	ПК-6	2
	Анализирует особенности применения различных тактик лечения в соответствии с клиническими рекомендациями.	ПК - 7	1,2,3
	Обосновывает необходимость направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.	ПК - 7	1,2,3
	Описывает особенности адаптации к зубным протезам и протезам-аппаратам и принципы осуществления эстетической и фонетической коррекции.	ПК - 7	1,2,3

	Описывает показания к зубному протезированию, принципы подготовки полости рта и зубочелюстного аппарата к ортопедическим вмешательствам.	ПК - 7	1,2,3
	Характеризуют морфологические изменения в зубочелюстной системе при ортопедическом и ортодонтическом вмешательствах; механизм действия, принципы конструирования и особенности технологии изготовления ортодонтических и ортопедических аппаратов и протезов.	ПК - 7	1,2,3
	Описывает порядок участия в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.	ПК-8	2
	Описывает показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения при различных стоматологических заболеваниях и патологических состояниях.	ПК - 9	1,2,3
	Перечисляет основные принципы реабилитации пациентов.	ПК - 9	1,2,3
	Оценивает эффективность и безопасность медикаментозных методов лечения.	ПК - 9	1,2,3
	Обосновывает фармакотерапию пациента при основных патологических синдромах и неотложных состояниях.	ПК - 9	1,2,3
	Анализирует особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов пожилого и	ПК - 9	1,2,3

	старческого возраста.		
	Перечисляет основные гигиенические мероприятия.	ПК - 10	1,2,3
	Перечисляет основные критерии здорового образа жизни и методы его формирования.	ПК - 10	1,2,3
	Рассказывает принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования ортопедических заболеваний стоматологического профиля	ПК - 10	1,2,3
	Рассказывает должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала в медицинских организациях ортодонтического профиля	ПК-11	1,2,3
	Описывает требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка	ПК-11	1,2,3
	Характеризует лечебно-диагностическую работу ортопедического подразделения стоматологической поликлиники.	ПК - 12	1,2,3
	Рассказывает особенности организации деятельности врача и младшего медицинского персонала в условиях ЧС.	ПК - 13	2
Умения			
	Проводит дифференциальную диагностику ортопедических заболеваний стоматологического профиля.	УК - 1	1,2,3
	Проводит постановку предварительного диагноза	УК - 1	1,2,3
	Разрабатывает оптимальную тактику комплексного лечения заболеваний челюстно-лицевой области с учетом результатов	УК - 1	1,2,3

	проведенного обследования.		
	Организует работу коллектива стоматологического кабинета ортопедического профиля с распределением обязанностей в нем.	УК - 2	1,2,3
	Организует участие в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования.	УК-3	2
	Проводит обследование челюстно-лицевой области: мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез и региональных лимфатических узлов, степень подвижности и зондирования зубов, патологических зубо-десневых карманов, свищей и протоков слюнных желез.	ПК - 1	1,2,3
	Оценивает окклюзионные контакты, проводит электро- и термоодонтодиагностику, определяет степень подвижности и податливости слизистой полости рта.	ПК - 1	1,2,3
	Проводит дифференциальную диагностику патологических процессов в ортопедической стоматологии, формулирует предварительный диагноз патологий зубочелюстной системы.	ПК - 1	1,2,3
	Принимает участие в профилактических осмотрах.	ПК - 2	1,2,3
	Выявляет на ранних этапах образования ортопедические заболевания.	ПК - 2	1,2,3
	Проводит противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных	ПК-3	2

	бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.		
	Принимает участие в проведении оценки качества оказания медицинской помощи.	ПК - 4	1,2,3
	Анализирует показатели заболеваемости, инвалидности.	ПК - 4	1,2,3
	Самостоятельно формулирует предварительный, клинический и заключительный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	ПК - 5	1,2,3
	Диагностирует зубочелюстные деформации и аномалии.	ПК - 5	1,2,3
	Интерпретирует результаты основных и дополнительных исследований.	ПК - 5	1,2,3
	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.	ПК-6	2
	Выполняет местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание, новокаиновые блокады и определять показания к общему обезболиванию.	ПК - 7	1,2,3
	Проводит подготовку к зубному протезированию и суметь осуществить его при дефектах и аномалиях зубов и челюстей, выбирая методы лечения и конструкции протезов.	ПК - 7	1,2,3
	Изготавливает индивидуальные	ПК - 7	1,2,3

	ложки, базисы, каппы, временные шины, производить припасовку, коррекцию и фиксацию различных зубных протезов (коронки, вкладок, штифтовых зубов, частичных и полных съемных протезов и протезов-аппаратов); снимать несъемные протезы, накладывать лигатуры и резиновые тяги.		
	Определяет и фиксирует центральную окклюзию.	ПК - 7	1,2,3
	Получает функциональные оттиски при значительной и полной потере зубов.	ПК - 7	1,2,3
	Разрабатывает оптимальную тактику лечения стоматологической патологии с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.	ПК - 7	1,2,3
	Перечисляет порядок участия в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации.	ПК-8	2
	Использует лекарственные препараты, медицинские изделия (в т.ч. стоматологические материалы, инструменты).	ПК - 9	1,2,3
	Определяет способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов.	ПК - 9	1,2,3
	Оценивает эффективность и безопасность медикаментозных методов.	ПК - 9	1,2,3
	Самостоятельно назначает и обосновывает необходимость проведения профилактических процедур.	ПК - 10	1,2,3

	Формирует план профилактической стоматологической помощи.	ПК - 10	1,2,3
	Формирует задания в соответствии с должностными обязанностями находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	ПК-11	1,2,3
	Перечисляет условия, необходимые для обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	ПК-11	1,2,3
	Рассказывает правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности	ПК-11	1,2,3
	Демонстрирует навыки использования в своей работе информационных систем и информационной сети «Интернет»	ПК-12	1,2,3
	Перечисляет порядок организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	ПК-13	2
Навыки			
	Обосновывает порядок решения поставленной задачи.	УК - 1	1,2,3
	Грамотно использует специальную профессиональную терминологию.	УК - 1	1,2,3
	Анализирует результаты собственной деятельности.	УК - 1	1,2,3
	Осуществляет контроль выполнения младшим медицинским персоналом поставленных задач.	УК - 2	1,2,3
	Обосновывает план лечения или поставленный диагноз, апеллируя терминами, применяемыми в клинических рекомендациях, либо в	УК - 2	1,2,3

	стандартах оказания стоматологической помощи детскому и взрослому населению.		
	Разрабатывает рекомендации по организации здорового образа жизни и профилактики ортопедических заболеваний стоматологического профиля.	ПК - 1	1,2,3
	Проводит обучение пациентов основам гигиены полости рта для устранения вредного влияния на здоровье человека факторов.	ПК - 1	1,2,3
	Проводит диспансерное наблюдение.	ПК - 2	1,2,3
	Самостоятельно заполняет необходимую медицинскую документацию (в том числе в электронном виде) в соответствии с установленными требованиями.	ПК - 2	1,2,3
	Проводит профилактику заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы ЧЛЮ, ВНЧС.	ПК - 2	1,2,3
	Под руководством врача, вносит сведения в Единую государственную информационную систему здравоохранения.	ПК - 4	1,2,3
	Самостоятельно осуществляет сбор информации от пациентов, выявляет общие и специфические признаки стоматологических заболеваний.	ПК - 5	1,3
	Описывает и анализирует данные рентгенограмм отображающих патологические процессы зубочелюстной системы.	ПК - 5	1,2,3
	Применяет необходимое стоматологическое оборудование.	ПК - 5	1
	Осуществляет ортопедическое лечение лиц с дефектами зубов, зубных рядов в пределах	ПК - 7	1,2,3

	временного протезирования, протезирования одиночных дефектов зубного ряда.		
	Выполняет ортопедическое лечение лиц с дефектами зубов, зубных рядов в пределах частичных и полных съемных пластиночных протезов.	ПК - 7	1,2,3
	Осуществляет наблюдение, контроль за лечением пациента и анализирует результаты каждый этапа.	ПК - 7	1,2,3
	Осуществляет оценку осложнений, вызванных применением выбранной методики лечения.	ПК - 7	1,2,3
	Применяет методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.	ПК - 9	1,2,3
	Разрабатывает оптимальную тактику лечения с учетом течения заболевания, подбирать, назначать лекарственную терапию, использовать методы медикаментозного и немедикаментозного лечения.	ПК - 9	1,2,3
	Проводит гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний. Самостоятельно применяет методы первичной и вторичной профилактики.	ПК - 10	1,2,3
	Выполняет предписанные действия при проведении противоэпидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях	ПК - 10	1,2,3

	оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний.		
	Ставит задачи по выполнению врачебных назначений медицинскими работниками, занимающими должности среднего и младшего медицинского персонала	ПК-11	1,2,3
	Составляет план и отчет о проделанной лечебной работе врача-стоматолога-ортопеда	ПК-11	1,2,3
	Разрабатывает план лечения по восстановлению и поддержанию функции ВНЧС функциональными, медикаментозными и немедикаментозными (аппаратные) методами, организационно-методическое руководство по выполнению контроля эффективности оказания медицинской помощи.	ПК-12	1,2,3
	Использует медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»	ПК-12	1,2,3

Шкалы оценивания Госэкзамена

Этап проведения госэкзамена	Шкала оценивания		Оценка
	Описание или % выполнения	Балл	
Демонстрация практических	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) не изложен и не продемонстрирован на манекене,	2	Неудовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с нарушениями последовательности выполнения.	3	Удовлетворительно

навыков	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с небольшими ошибками.	4	Хорошо
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован правильно.	5	Отлично
Тестовый контроль	71 и более %	-	Зачтено
	71 и менее %	-	Незачтено
Собеседование по клиническим задачам	экзаменуемый не способен продемонстрировать знания теоретического материала, допускает существенные ошибки при изложении учебного материала, при ответе подменяет теоретическую аргументацию рассуждениями обыденно-бытового характера.	2	Неудовлетворительно
	экзаменуемый усвоил только базовую часть программного материала, при ответе допускает неточности, материал излагает не последовательно, затрудняется применить теоретические знания при решении практической задачи, допускает ошибки, которые исправляет с помощью преподавателя.	3	Удовлетворительно
	экзаменуемый строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, однако допускает отдельные неточности и пробелы в знаниях, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	4	Хорошо
	теоретическое содержание специальных дисциплин экзаменуемым освоено полностью, строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, не затрудняется с ответом, делает обоснованные выводы и заключения, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	5	Отлично

5.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки

результатов освоения ОПОП

5.3.1. Перечень практических навыков

Формулировка задания
1. Провести врачебное обследование и оценить данные физического обследования больного.
2. Составить план лабораторного, функционального, инструментального обследования.
3. Дать клиническую оценку результатов лабораторных, рентгенологических, графических и других распространенных в клинической практике диагностических методов исследования.
4. Сформировать в своих заключениях диагностическое решение (предварительный или клинический диагноз) в соответствии с требованиями МКБ-10.
5. Владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных стоматологических заболеваний, а также реабилитации больных.
6. Владеть всеми видами инъекций.
7. Читать рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы ВНЧС, в том числе компьютерные.
8. Составить и обосновать план комплексного стоматологического лечения и план ортопедического лечения, сформулировать показания и противопоказания к ортопедическому стоматологическому лечению.
9. Определить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении стоматологического больного в том случае, когда врач-стоматолог-ортопед является лечащим врачом.
10. Провести ретракцию десны.
11. Получить двойной оттиск А-силиконом.
12. Провести анализ гипсовых моделей челюстей. Применить индивидуальный артикулятор при анализе модели челюстей. Охарактеризовать принцип его настройки при сохраненных зубных рядах.
13. Сформулировать алгоритм ортопедического лечения при дисфункциональных состояниях ВНЧС.
14. Уметь применить необходимые манипуляции при неотложных состояниях (шок, коллапс, обморок и др.).
15. Выбрать наиболее целесообразную методику ортопедического лечения зубочелюстной системы и выполнить её в полном объёме.
16. Организовать диспансеризацию, реабилитацию пациентов после проведённого ортопедического лечения зубочелюстной системы.
17. Выполнить препарирование зубов.
18. Выполнять лечебно-диагностические манипуляции при травматических повреждениях височно-нижнечелюстного сустава.
19. Фиксировать ортопедические конструкции на различные виды цемента.
20. Провести диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний твердых и мягких тканей зубов;
21. Ортопедическое лечение пациентов с частичной потерей зубов.
22. Снять анатомические оттиски у пациентов с частичным отсутствием зубов.
23. Изготовить восковые базисы с окклюзионными валиками.
24. Провести клинический этап определения центральной окклюзии (соотношения) при частичном отсутствии зубов.

25. Провести проверку восковой композиции съёмного протеза.
26. Наложить частичный съёмный протез.
27. Провести коррекцию частичного съёмного протеза.
28. Снять анатомические оттиски у пациентов с полным отсутствием зубов.
29. Изготовить гипсовые модели.
30. Провести клинический этап определения центрального соотношения беззубых челюстей.
31. Загипсовать гипсовые модели в межрамочное пространство артикулятора и окклюдатора.
32. Провести клиническую перебазировку съёмных пластиночных протезов.
33. Владеть методикой выявления участков зубов, блокирующих окклюзионные движения нижней челюсти (окклюзионных интерференций) при помощи копировальной бумаги.
34. Получить окклюзограмму при помощи базисного воска.
35. Получить компьютерную окклюзограмму, провести ее анализ.

5.3.2. Примеры тестовых заданий

1. Частота возникновения болевых ощущений при препарировании зубов под искусственные коронки составляет:

- 1) 10%
- 2) 25%
- 3) 58%
- 4) 32%
- 5) 79%

2. Где расположены зоны безопасности у резцов верхней и нижней челюсти:

- 1) С оральной и вестибулярной поверхности на уровне экватора и шейки зуба;
- 2) Оральная вогнутость коронки между зубными бугорками и режущими краями
- 3) Контактные поверхности на уровне экватора и шейки, где они имеют наименьшую толщину.

3. Какие осложнения могут возникнуть при препарировании зубов:

- 1) Термический ожог пульпы
- 2) Повреждение слизистой оболочки полости рта
- 3) Повреждение мягких тканей губ, щек, языка
- 4) Вскрытие полости зуба
- 5) Все выше перечисленное

4. Меры профилактики осложнений, возникающих при проведении обезболивания:

- 1) Выявление аллергического статуса
- 2) Соблюдение правил проведения анестезии
- 3) Использование стерильного инструмента
- 4) Все выше перечисленное

5. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

- 1) моляры
- 2) резцы и клыки
- 3) резцы, клыки и премоляры

6. При анестезии у большого небного отверстия происходит блокада
 - 1) носонебного нерва
 - 2) большого небного нерва
 - 3) среднего верхнего зубного сплетения

7. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии с помощью пальпации является
 - 1) моляры
 - 2) височный гребешок
 - 3) крыловидно-челюстная складка

8. При мандибулярной анестезии происходит блокада нервов
 - 1) язычного и щечного, нижнелуночкового
 - 2) язычного и нижнелуночкового
 - 3) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

9. При торусальной анестезии происходит блокада нервов
 - 1) язычного и щечного, нижнелуночкового
 - 2) язычного и нижнелуночкового
 - 3) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

10. При ментальной анестезии происходит обезболивание слизистой оболочки
 - 1) с вестибулярной поверхности
 - 2) с язычной поверхности

11. Показания для изготовления культевой коронки:
 - 1) подвижность зуба третьей степени
 - 2) восстановление дефекта зубного ряда
 - 3) ИРОПЗ = 0,4
 - 4) ИРОПЗ = 0,6
 - 5) тотальное разрушение коронковой части зуба

12. Показания для изготовления литой цельнометаллической коронки:
 - 1) изменение цвета зуба
 - 2) подвижность зуба третьей степени
 - 3) ИРОПЗ = 0,4
 - 4) использование зуба для опоры мостовидного протеза
 - 5) тотальное разрушение коронковой части зуба

13. Показания для изготовления металлокерамической коронки:
 - 1) изменение цвета зуба
 - 2) подвижность зуба третьей степени
 - 3) ИРОПЗ = 0,4
 - 4) глубокий патологический прикус
 - 5) тотальное разрушение коронковой части зуба

14. Показания для изготовления металлопластмассовой коронки:
 - 1) изменение цвета зуба
 - 2) подвижность зуба третьей степени
 - 3) ИРОПЗ = 0,4
 - 4) глубокий патологический прикус

5) тотальное разрушение коронковой части зуба

15. Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба и расположенный только в фиссурах окклюзионной поверхности (без перекрытия бугров):

- 1) pinlay
- 2) inlay
- 3) onlay
- 4) overlay
- 5) ney

16. Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба и расположенный на окклюзионной поверхности с перекрытием одного бугра:

- 1) pinlay
- 2) inlay
- 3) onlay
- 4) overlay
- 5) ney

17. Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба и перекрывающий всю окклюзионную поверхность:

- 1) pinlay
- 2) inlay
- 3) onlay
- 4) overlay
- 5) ney

18. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают

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

19. При прямом методе восковая модель будущей вкладки изготавливается

- 1) непосредственно в полости рта
- 2) на модели из супергипса
- 3) на модели из серебряной амальгамы

20. Собственно жевательная мышца по функции относится к группе мышц:

- 1) опускающих нижнюю челюсть
- 2) поднимающих нижнюю челюсть
- 3) смещающих нижнюю челюсть вперед
- 4) смещающих нижнюю челюсть вправо
- 5) смещающих нижнюю челюсть влево

21. Аппарат, позволяющий перенести правильное положение верхней челюсти в артикулятор, называется

- 1) окклюдатор
- 2) лицевая дуга
- 3) апекслокатор
- 4) электроодонтометр
- 5) скайлер

22. Аппарат, воспроизводящий все движения нижней челюсти, называется
- 1) окклюдатор
 - 2) артикулятор
 - 3) лицевая дуга
23. Сепарация – это этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с
- 1) окклюзионной поверхности
 - 2) вестибулярной поверхности
 - 3) контактных поверхностей
 - 4) оральной поверхности
 - 5) любой поверхности
24. Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют
- 1) боры колесовидные
 - 2) сепараторы
 - 3) мягкие диски
 - 4) фрезы
 - 5) односторонние сепарационные диски с алмазным покрытием
25. При препарировании охлаждение тканей зуба
- 1) обязательно
 - 2) необязательно
 - 3) вредно
26. Пластмассовая коронка должна
- 1) не иметь контакта с антагонистом
 - 2) разобщать прикус
 - 3) иметь контакт с зубом - антагонистом
 - 4) соответствовать пожеланиям пациента
 - 5) иметь контакт только в жевательных отделах
27. Пластмассовая коронка должна
- 1) погружаться в зубодесневой карман на 1 мм
 - 2) погружаться в зубодесневой карман на расстояние не более 0,2 мм
 - 3) или соприкасаться с десной
 - 4) не соприкасаться с десной
 - 5) отступать от десны
28. Фарфоровая коронка должна охватывать культю зуба
- 1) плотно
 - 2) с зазором 0,2 мм
 - 3) с зазором для фиксирующего материала
 - 4) не имеет значения
 - 5) в различных участках по-разному
29. Форма культи зуба, подготовленной под фарфоровую коронку, должна иметь вид
- 1) цилиндра
 - 2) конуса

- 3) усеченного конуса
- 4) обратноусеченного конуса
- 5) шара

30. Обжиг фарфоровой коронки осуществляется на:

- 1) модели из гипса
- 2) модели из супергипса
- 3) огнеупорной модели
- 4) платиновом колпачке

31. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только

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

32. При отломе коронковой части зуба на уровне десны

зуб восстанавливают

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

33. При изготовлении штифтовой конструкции оптимальная длина штифта относительно длины корня составляет:

- 1) $1/3$
- 2) $1/2$
- 3) $2/3$
- 4) всю длину корня
- 5) не имеет значения

34. Противопоказанием к применению штифтовой конструкции является:

1. аномалии положения передних зубов у взрослых, когда невозможно провести ортодонтическое лечение
2. ИРОПЗ больше 0,8
3. патологическая стираемость
4. некупированные периапикальные изменения

35. Для моделирования восковой композиции культевой штифтовой вкладки применяется:

1. базисный воск
2. липкий воск
3. воск «Лавакс»
4. погружной воск

36. Внутрикорневые штифты штифтовых конструкций не изготавливают из:

1. нержавеющей стали
2. золота 750 пробы
3. титана
4. гуттаперчи
5. латуни

37. Штифтовая конструкция показана при ИРОПЗ равном:

1. 0,5
2. 0,5
3. 0,8
4. 0,4

38. При изготовлении штифтового зуба по Ричмонду применяется:

1. сплав золота
2. нержавеющей сталь
3. кобальто-хромовый сплав
4. диоксид циркония

39. Наилучшая фиксация наблюдается при применении штифтов:

1. конических
2. цилиндрических
3. цилиндро-конических

40. Для расширения корневого канала под стандартный штифт не целесообразно применение:

1. машинных римеров
2. ларго
3. gates gliden
4. бурав

41. Штифтовый зуб, состоящий из золотого кольца, надкорневой защитной пластинки, штифта литой оральной стенки и фабричного фарфорового зуба в качестве облицовки, предложен:

1. Катцем
2. Ильиной-Маркосян
3. Ричмондом
4. Цитриным
5. Копейкиным

42. В штифтовом зубе по Ричмонду кольцо с надкорневой защитной пластинкой изготавливаются из:

1. нержавеющей стали
2. золота 900 пробы
3. титана
4. кобальтохромового сплава

43. Штифтовые конструкции не применяются:

1. при ИРОПЗ более 0,8
2. при длине корня большей, чем высота будущей коронки
3. при разрушении коронки более $\frac{2}{3}$ ее высоты
4. в группе жевательных зубов
5. при разрушении корня более, чем $\frac{1}{4}$ его длины

44. Культевая штифтовая вкладка применяется:

1. только в группе фронтальных зубов верхней челюсти
2. только в группе фронтальных зубов верхней и нижней челюсти

3. в любой группе зубов

4. только в жевательной группе зубов

45. Культевая штифтовая вкладка может быть изготовлена:

1. методом штамповки из нержавеющей стали
2. методом литья из нержавеющей стали
3. методом полимеризации из акриловой пластмассы
4. путем пайки наддесневой части и штифта из золота

46. Для моделирования восковой композиции культевой штифтовой вкладки применяется:

1. базисный воск
2. липкий воск

3. воск «Лавакс»

4. погружной воск

47. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают

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

48. Для моделировки культевой штифтовой вкладки не используют:

1. воск
2. беззольную пластмассу
3. гуттаперчу

49. Для изготовления культевых штифтовых вкладок не применяется:

1. нержавеющая сталь
2. кобальто-хромовый сплав
3. сплав золота 750 пробы
4. сплав Меллота
5. диоксид циркония

50. Культевая штифтовая вкладка не изготавливается методом:

1. штамповки
2. литья
3. компьютерного фрезерования
4. напрессовывания фарфора на стандартный штифт.

51. Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:

- 1) кариес и его осложнения
- 2) сердечно-сосудистые заболевания
- 3) онкологические заболевания
- 4) травмы
- 5) некариозные поражения твердых тканей зубов

52. Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:

- 1) травмы
- 2) сердечно-сосудистые заболевания
- 3) онкологические заболевания

- 4) заболевания пародонта
- 5) заболевания желудочно-кишечного тракта

53. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

- 1) увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- 2) изменение характера движений нижней челюсти
- 3) атрофия альвеолярных гребней
- 4) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- 5) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

54. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

- 1) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки
- 2) изменение характера движений нижней челюсти
- 3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- 4) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- 5) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

55. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

- 1) атрофия суставного бугорка
- 2) уплощение суставной ямки
- 3) разволокнение внутрисуставного диска
- 4) истончение внутрисуставного диска
- 5) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

56. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

- 1) атрофия суставного бугорка
- 2) уплощение суставной ямки
- 3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- 4) истончение и разволокнение внутрисуставного диска
- 5) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

57. Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:

- 1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
- 2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
- 3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- 4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
- 5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

58. Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:

- 1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
- 2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
- 3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- 4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

59. Первый тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:

- 1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
- 2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
- 3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- 4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
- 5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

60. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации Шредера:

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) шесть

61. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:

- 1) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
- 2) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- 3) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
- 4) резкая равномерная атрофия альвеолярной части
- 5) полная атрофия альвеолярной части

62. Количество типов (степеней) атрофии беззубой нижней челюсти по классификации Келлера:

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) шесть

63. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации А.И. Дойникова:

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) шесть

64. Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации А.И. Дойникова характеризуется признаками:

- 1) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах

- 2) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
- 3) резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков
- 4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков
- 5) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

65. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками:

- 1) резко выраженная атрофия альвеолярной части в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
- 2) резко выраженная атрофия альвеолярной части в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
- 3) резкая равномерная атрофия альвеолярной части
- 4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярной части
- 5) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

66. Четвертый тип беззубой верхней челюсти по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками:

- 1) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
- 2) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
- 3) резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков
- 4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков
- 5) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

67. Четвертый тип беззубой нижней челюсти по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками:

- 1) резко выраженная атрофия альвеолярной части в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
- 2) резко выраженная атрофия альвеолярной части в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
- 3) резкая равномерная атрофия альвеолярной части
- 4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярной части
- 5) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

68. Количество типов (степеней) атрофии беззубой нижней челюсти по классификации В.Ю. Курляндского:

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) шесть

69. Нижняя челюсть с выраженной альвеолярной частью в области жевательных зубов и резкой ее атрофией в области фронтальных зубов относится по классификации В.Ю. Курляндского к типу:

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

70. Нижняя челюсть с выраженной альвеолярной частью в области фронтальных зубов и резкой ее атрофией в области жевательных зубов относится по классификации В.Ю. Курляндского к типу:

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

71. Степень податливости слизистой оболочки протезного ложа колеблется в пределах (мм):

- 1) 0,01-0,1;
- 2) 0,1 -4;
- 3) 5 - 10

72. После полной утраты зубов различают следующие виды соотношения беззубых челюстей:

- 1) физиологическая прогнатия;
- 2) прямое;
- 3) прогеническое;
- 4) физиологическая прогения;
- 5) прогнатическое;
- 6) 1+2+3;
- 7) 2+3+4;
- 8) 2+3+5

73. Черты старческого облика лица:

- 1) смещение мягких тканей лица книзу и кзади;
- 2) уплощение губ, щек;
- 3) укорочение нижнего отдела лица;
- 4) резкое углубление носо-губных складок;
- 5) наличие морщин в области висков и наружных углов глаз;
- 6) 1+2+3;
- 7) 3+4+5;
- 8) 1+2+3+4+5.

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

- 1) отлогая;
- 2) отвесная;
- 3) с навесами.

75. В связи с полной утратой зубов жевательные мышцы:

- 1) атрофируются
- 2) гипертрофируются
- 3) гипотрофируются
- 4) деформируются

76. В связи с полной потерей зубов угол нижней челюсти:

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) деформируется
- 4) не изменяется

77. На верхней челюсти при полной потере зубов происходит атрофия альвеолярного отростка:

- 1) вестибулярной части
- 2) небной части
- 3) язычной и небной части

78. Какая альвеолярная дуга становится шире в результате полной потери зубов и атрофии альвеолярных отростков:

- 1) верхняя
- 2) нижняя

79. Назовите основной метод фиксации в съемных протезах при полной потере зубов:

- 1) механический
- 2) биомеханический
- 3) физический
- 4) биофизический

80. Физико-биологический метод фиксации съемного протеза при полном отсутствии зубов обеспечивается:

- 1) замковыми креплениями и функциональной присасываемостью
- 2) функциональной присасываемостью и кламмерами
- 3) кламмерами и замковыми креплениями
- 4) замковыми креплениями и адгезией
- 5) адгезией и функциональной присасываемостью

81. Клапанная зона является понятием:

- 1) анатомическим
- 2) физиологическим
- 3) функциональным
- 4) комплексным
- 5) эстетическим

82. Что включает понятие «стабилизация» в полных съемных протезах:

- 1) устойчивость протеза в момент функции
- 2) устойчивость протеза в покое
- 3) устойчивость протеза в покое и в момент функции

83. Что включает понятие «фиксация» в полных съемных протезах:

- 1) устойчивость протеза в момент функции
- 2) устойчивость протеза в покое
- 3) устойчивость протеза в покое и в момент функции.

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

- 1) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм
- 2) проходить строго по границе твердого и мягкого неба
- 3) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм
- 4) не доходить до границы твердого неба на 5-7 мм
- 5) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 5-7 мм

85. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к позадиомолярному (ретромолярному) бугорку:

- 1) перекрывает его полностью
- 2) не доходит до бугорка на 1 мм
- 3) не доходит до бугорка на 5 мм
- 4) располагается посередине бугорка
- 5) перекрывает бугорок на 2/3

86. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов должна:

- 1) покрывать пассивно-подвижную слизистую оболочку, контактировать с куполом переходной складки (активно-подвижной слизистой оболочкой);
- 2) проходить по своду переходной складки;
- 3) заканчиваться на границе пассивно-подвижной и неподвижной слизистой оболочки.

87. Базис съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к челюстно-подъязычной (внутренней кривой) линии:

- 1) не перекрывает;
- 2) заканчивается на ее уровне;
- 3) перекрывает

88. Переходной складкой называют:

- 1) границу между податливой и активно- подвижной слизистой;
- 2) границу между податливой и пассивно подвижной слизистой;
- 3) границу между податливой и неподвижной слизистой;
- 4) границу между неподвижной и активно- подвижной слизистой;

89. При изготовлении индивидуальной ложки в полости рта используется:

- 1) гипс
- 2) воск
- 3) пластмасса
- 4) термопластическая масса
- 5) легкоплавкий сплав

90. При проведении функциональных проб амплитуда движений нижней челюсти зависит от:

- 1) типа соотношения челюстей
- 2) степени атрофии челюстей
- 3) типа слизистой оболочки (по Суппли)
- 4) размера нижней челюсти
- 5) высоты нижнего отдела лица

91. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «глотание»:

- 1) вестибулярный край между клыками
- 2) вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
- 3) язычный край в области моляров
- 4) язычный край в области премоляров
- 5) от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

92. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»:

- 1) вестибулярный край между клыками
- 2) вестибулярный край в области моляров и передних зубов

- 3) язычный край в области моляров
- 4) язычный край в области премоляров
- 5) от позадимолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

93. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «вытягивание вперед губ, сложенных трубочкой»:

- 1) язычный край в области премоляров
- 2) вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
- 3) язычный край в области моляров
- 4) вестибулярный край между клыками
- 5) от позадимолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

94. Требования, предъявляемые к припасованной индивидуальной оттисковой ложке на верхнюю челюсть:

- 1) плотно прилегать к тканям протезного ложа
- 2) 2) удерживаться на челюсти при проведении функциональных проб;
- 3) строго соответствовать линии «А»;
- 4) 1+2;
- 5) 1+3;
- 6) 2+3;
- 7) 1+2+3.

95. Толщина края пластмассовой индивидуальной ложки в среднем равна

- 1) 1,0 мм,
- 2) 2,0 мм,
- 3) 3,5 мм.

96. После проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками:

- 1) используют для постановки искусственных зубов
- 2) сохраняют до этапа проверки конструкции протезов
- 3) сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения
- 4) переплавляют для повторного использования воска
- 5) выдают пациенту на руки

97. Для проведения этапа «Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов» в клинику поступают:

- 1) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками
- 2) восковые базисы с окклюзионными валиками
- 3) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдатор
- 4) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикулятор
- 5) модели с восковыми базисами и искусственными зубами

98. Перед фиксацией центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов создают ретенционные пункты на окклюзионных валиках:

- 1) нижнем на окклюзионной поверхности
- 2) верхнем на окклюзионной поверхности
- 3) нижнем и верхнем на окклюзионных поверхностях
- 4) расположение насечек не имеет значения
- 5) нижнем и верхнем на вестибулярных поверхностях

99. Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов разогретый воск размещают на окклюзионном валике:

- 1) верхнем
- 2) нижнем
- 3) верхнем и нижнем
- 4) верхнем только в области жевательных зубов
- 5) нижнем только в области жевательных зубов

100. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов начинают с:

- 1) оформления вестибулярного овала на верхнем окклюзионном валике
- 2) припасовки нижнего воскового базиса с окклюзионными валиками в соответствии с высотой нижнего отдела лица
- 3) нанесения клинических ориентиров для постановки зубов
- 4) фиксации центрального соотношения челюстей
- 5) формирования протетической плоскости на верхнем окклюзионном валике

5.3.3 Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач

Формулировка задания
<u>Задача 1</u> При организации ортопедического кабинета выбрано помещение 30 кв.м. Установлено 3 стоматологических кресла. В помещении два окна ориентированы на северную сторону. Высота потолка в помещении 3,0 м, глубина-5,0м. Стены и полы облицованы керамической плиткой серого цвета. Вопросы 1. Объясните достаточно ли площади для размещения хирургического кабинета для приема пациентов. 2. Назовите место расположения устройства для стерилизации и предстерилизационной очистки. 3. Перечислите санитарно-гигиенические требования к кабинетам для оказания ортопедической помощи пациентам. 4. Составьте план размещения стоматологических установок в данном кабинете.
<u>Задача № 2</u> Пациент обратился по месту жительства в стоматологическую поликлинику. После установки диагноза назначен план ортопедического лечения. Но пациент ВИЧ инфицирован. Вопросы Должен ли врач оказывать помощь пациенту, если да, то на каком основании?
<u>Задача № 3</u> У больного при осмотре полости рта обнаружено стирание коронок 1.1,1.2 на 1/4. Остальные зубы интактны. Ваша тактика в этом случае?
<u>Задача № 4</u> Пациент обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на изменение цвета 1.1 и 2.1 зубов. Терапевтическое лечение данных зубов проводилось неоднократно. Два года назад при повторном лечении эти зубы были депульпированы. В результате произошло изменение цвета твердых тканей 1.1 и 2.1 зубов. Объективно: 1.1 и 2.1 зубы имеют пломбы по цвету, отличающиеся от твердых тканей. Полости по классификации Блека 4 класса, ИРОПЗ – 0,6. Прикус прямой. Коронковая часть зубов высокая. На ОПТГ – снимке патологических изменений в области периапикальных

тканей не отмечается, каналы корней запломбированы до апикального отверстия.

Вопросы:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Какой вид ортопедической конструкции даст в данном случае максимальный эстетический результат?
- 3)Опишите последовательность препарирования твердых тканей зубов под выбранную вами ортопедическую конструкцию.
- 4)Перечислите клинические этапы изготовления протеза.
- 5)Выберите виды материалов для постоянной фиксации.

Задача №5

Пациент 1950 г.р. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на изменении цвета зуба 1.2. Объективно: наличие обширной пломбы с нарушением угла режущего края, пришеечная часть зуба сохранена. Зуб депульпирован. Прикус прямой. Пациент желает изготовить недорогую эстетическую ортопедическую конструкцию.

Вопросы:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Тактика ортопедического лечения?
- 3)Назовите последовательность этапов препарирования под выбранный Вами вид ортопедической конструкции?
- 4)Каковы клинико-лабораторные этапы изготовления данной ортопедической конструкции?

Задача № 6

У больного в 3.6 зубе имеется полость 1 класса по Блэку с индексом разрушения окклюзионной поверхности равным 0,3. После удаления размягченного дентина и создания параллельности стенок отмечаются болезненное зондирование дна полости и неприятные ощущения при давлении тупым инструментом на дно полости. Укажите топографию дефекта. Как рассчитать ИРОПЗ? Какие осложнения могут возникнуть при изготовлении вкладки и какова профилактика подобных осложнений?

Задача № 7

Больная М., 25 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на дефект пломбы в боковом зубе на нижней челюсти справа.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, асимметрии, припухлости лица нет. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула;

8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
П		

Прикус прямой: В 46 – пломба занимает более ½ жевательной поверхности, переходящая на дистальную поверхность, пломба смещается контактный пункт между 47 и 46 отсутствует, после ее удаления дно и стенки полости плотные, зондирование безболезненное по дну, отмечается болезненность при зондировании эмалево-

дентальной границы, реакция на холод положительная быстропроходящая. Перкуссия безболезненная, зуб устойчив. Зуб по сравнению с рядом стоящими зубами в цвете не изменен. На R – грамме периапикальных изменений нет, периодонтальная щель не расширена.

Из анамнеза: Кариозная полость появилась два года назад, после пломбирования больная отмечала дискомфорт в результате попадания пищи между 47 и 46.

Вопросы:

Поставить диагноз, с учетом классификации по Блеку и ИРОПЗ.

Выберите конструкцию микропротеза.

Перечислите показания к изготовлению вкладки.

Назовите особенности формирования полости под вкладку.

Перечислите возможные конструкционные материалы для вкладок.

Назовите клинико-лабораторные этапы изготовления металлической вкладки.

Задача № 8

Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба.

В полости рта: Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Прикус ортогнатический. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную поверхность, без нарушения целостности угла... коронки зуба. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная.

Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду.

Вопросы:

Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда.

Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае?

Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете?

Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу.

Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.

Задача № 9

Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи.

Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка.

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена

В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентиной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Осветите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Как классифицируется данное заболевание.
4. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

Задача № 10

Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба.

В полости рта: Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула:

8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8

Прикус ортогнатический. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную поверхность, без нарушения целостности угла... коронки зуба. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная.

Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда.
2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае?
4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете?
5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу.
6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.

Задача №11

Больной Н. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов.

Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое

время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы.

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена.

В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.
3. Осветите методы лечения данного заболевания.
4. Какие ошибки могут возникнуть при лечении.

Задача №12

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования.

Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Ваш план ортопедического лечения.

Задача №13

Больному В., 63 лет были изготовлены частичные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Имеющиеся собственные зубы не смыкаются на величину около 3 мм. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора.

Вопросы:

1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?
2. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
3. Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей.
4. Дать определение понятию физиологический покой.

Задача №14

При проверке восковых композиций частичных съёмных протезов Больному М., 65 лет, после их смыкания наблюдается наличие сагиттальной щели между

искусственными зубами во фронтальном отделе. При этом нижняя губа западает внутрь и зубы верхней челюсти ложатся сверху на неё.

Вопросы:

1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?
2. Опишите способы фиксации центральной окклюзии.

Задача №15

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования.

Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

Назовите возможные причины возникновения данной патологии.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Дифференциальная диагностика.

Ваш план ортопедического лечения.

Задача №16

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Ваш план ортопедического лечения.

Задача №17

Больной С. были изготовлены частичные съемные пластиночные протезы. Она обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию съемного протеза на верхней челюсти во время еды и при разговоре.

При осмотре в полости рта: значительная неравномерная атрофия тканей альвеолярного гребня верхней челюсти, границы протеза в области переходной складки не соответствует её рельефу.

Вопросы:

1. Ваша тактика по ведению больного.
2. Расскажите о правилах проведения перебазировки съемных протезов при полном отсутствии зубов.
3. Назовите стадии созревания пластмассового теста.

Задача №18

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Ваш план ортопедического лечения.

Задача №19

На этапе «проверка восковой конструкции частичного съемного протеза» в положении центральной окклюзии обнаружена ошибка, при этом в полости рта определяется:

- преимущественно бугорковое смыкание зубов справа (одноименными буграми);
- повышение межальвеолярной (окклюзионной) высоты;
- смещение центра нижнего зубного ряда вправо;
- просвет между боковыми зубами слева (от 23 до 27 и 33 до 37).

Вопросы:

1. Объясните причину возникновения ошибки.
2. Дайте определение понятию «центральная окклюзия», «центральное соотношение (положение) челюстей».
3. Назовите последовательность этапов определения центрального соотношения челюстей.
4. Перечислите возможные другие ошибки при определении центрального положения челюстей.
5. Перечислите основные требования, предъявляемые к восковым шаблонам и окклюзионным валикам, применяемым при определении пространственного положения беззубых челюстей.

Задача №20

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык

гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Ваш план ортопедического лечения.

Задача №21

Больная К., 40 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов и боли при приеме пищи.

Анамнез: 2 года тому назад ей были изготовлены съемные пластиночные протезы.

Объективно: в полости рта имеется пара антагонизирующих 41. Они покрыты коронками, которые не доходят до десны. 4

Зубы имеют подвижность I - II степени, десна вокруг них слегка отечна, синюющего цвета. У съёмных протезов значительно стерта искусственные зубы, между ними щель при сомкнутых челюстях.

Поставьте диагноз и наметьте план ортопедического лечения.

Задача №22

Больная К., 42 года, обратилась с жалобами на боли при жевании, кровоточивость десен, подвижность зубов, расхождение, выдвигание зубов верхней челюсти. Ранее лечилась у пародонтолога.

Объективно: отсутствуют все жевательные зубы обеих челюстей.

У фронтальной группы обеих челюстей десна отечна, гиперемирована, с синюшным оттенком, шейки их оголены на 1/4 длины корня, глубина пародонтальных карманов от 3 до 6 метров у разных зубов. Зубы верхней челюсти подвижны I-II степени. Между зубами имеются тремы, диастемы, они выдвинуты вперед. Отмечается незначительное понижение высоты нижнего отдела лица. На рентгенограмме отмечается резорбция межзубных перегородок на 1/3, 1/2 длины корня.

Поставить диагноз, наметить план ортопедического лечения.

Задача №23

В ортопедическое отделение обратился больной 48 лет с жалобами на подвижность нижних фронтальных зубов.

Объективно:

7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7

3.2, 3.1, 4.1, 4.2 имеют подвижность I степени. Нижние клыки клинически без патологии. На рентгенограмме атрофия костной ткани в области данных зубов на 1/3 длины коронки. Больной постоянно лечится у пародонтолога. Воспалительное явление в области десневых карманов подвижных зубов наблюдаются.

Поставить диагноз, план лечения.

Задача №24

Больной Д., 54 года, обратился с жалобами на болезненное жевание зубами, кровоточивость десен, подвижность зубов. Объективно: зубы и зубной ряд верхней челюсти интактны. На нижней челюсти отсутствуют 4.8, 4.7, 4.6, 4.5, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8

зубы. Десна в области передних зубов отечна, гиперемирована с синюшным отеском, при дотрагивании кровоточит. У зубов 4.3, 4.2, 4.1, 3.1 подвижность II – III степени, шейки их оголены на 1/4 – 1/2 длины корня, глубина пародонтальных карманов в области 4.3, 4.2, 4.1, 3.1 4-5 мм в области остальных зубов - 3-4 мм и они неподвижны. На рентгенограмме отмечается резорбция межзубных перегородок на 1/2 - 1/3 длины корня.

Поставьте диагноз. Наметьте план ортопедического лечения.

Задача №25

Больной 40 лет обратился с жалобами на боль в области 3.7 зуба припухлость десны, выделение гноя. Два года назад этот зуб был покрыт коронкой. Объективно: десневые сосочки в области 3.6, 3.7 зубов гиперемированы, отечны, с цианотичным оттенком, при дотрагивании кровоточат. Между 3.6, 3.7 зубами пародонтальный карман 4-5 мм, с незначительным гнойным отделяемым. Края коронки глубоко заходят под десну. Поставьте диагноз, наметьте план лечения, опишите рентген-картину.

Задача №26

Больной Ж., 45 лет жалуется на нарушение речи, плохую фиксацию бюгельного протеза в/челюсти, попадание пищи между протезом и челюстью. Протезом пользуется около месяца. Объективно: на нижней челюсти все зубы интактные. На верхней челюсти имеются зубы 87 21 12 78. Они неподвижны. Корни их оголены на 1/4 длины. 7 7 зубы наклонены в сторону дефекта зубного ряда. Имеется съемный пластиночный протез с кламмерами на 7 7 зубы. При наложении протеза на челюсть отмечается следующее базис протеза во фронтальном участке перекрывает 21 12 зубы с небной стороны почти до резцової поверхности. Между базисом протеза и 87 78 зубами имеется щель и граница его проходит ниже уровня экватора этих зубов. Кламмеры слегка касаются зубов отдельными точками.

Поставить диагноз. Указать на причины, приведшие к таким жалобам. Что необходимо сделать, чтобы их устранить?

Задача №27

Больной Д. обратился с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в течение 5 лет.

Объективно: на нижней челюсти отсутствуют 4.7, 4.6, 4.5, 3.5, 3.6, 3.7.

Зубы потерял 3 года назад. Бугры 4.3, 3.3 незначительно стертые. 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 подвижны. 4.1, 3.1 вестибулярно выдвинуты. Слизистая оболочка в области 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 отечна, гиперемирована, болезненна и кровоточит при пальпации. На рентгенограмме 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 отмечается атрофия и остеопороз межальвеолярных перегородок на 1/3 высоты, равномерное расширение периодонтальной щели в 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3.

Поставить диагноз и составить план рационального протезирования.

Задача №28

Больному 40 лет. В клинику обратился с жалобами на затруднение при пережевывании пищи, боль и кровоточивость в области фронтальных зубов. Регулярно лечился у пародонтолога.

Объективно:

7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7

7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7

Зубы 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 имеют I степень подвижности, наблюдается увеличение клинических коронок данных зубов за счет их выдвижения из альвеол и атрофия альвеолярного отростка. Дать план сошлифовывания блокирующих участков зубных рядов.

Задача №29

В клинике ортопед-стоматолог принимает пациента 57 лет с полным зубным рядом челюсти и полным отсутствием зубов на нижней челюсти 321 123 имеют подвижность II степени. Объясните тактику врача-ортопеда. Необходимо ли здесь сошлифовывание зубов? И как, если необходимо, это сделать?

Задача №30

У больного 38 лет установлен диагноз: глубокое нерезко выраженное перекрытие. Пародонтоз I степени фронтальной группы зубов.

Объективно:

7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7

7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7

Объясните действия врача при сошлифовывании зубов.

Задача №31

Больной 46 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затруднение жевания, дефекты речи, эстетические нарушения.

Анамнез: по поводу саркомы верхней челюсти справа проведена частичная резекция в/ч.

Объективно: при внешнем осмотре - западение верхней губы и щеки справа. В полости рта - мостовидный протез с опорой на 27 и 24. На нижней челюсти одиночные металлические коронки на 37,36,35,46,47. Резекция верхней челюсти произведена до средней линии.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз.

2. Особенности ортопедического лечения.

3. Дополнительные методы лечения.

4. Каковы последствия указанной патологии.

Задача №32

Больному Б., 52 года, 4 месяца назад была произведена резекция правой половины верхней челюсти по поводу злокачественной опухоли. Непосредственно после операции он пользовался защитной пластинкой. Объективно: на верхней челюсти имеется обширный сквозной дефект неба и зубного ряда в области 23,24,25,26. Укажите наиболее приемлемый способ фиксации резекционного протеза в данном случае?

Задача №33

Больная 36 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида в области подбородка, нарушение процесса жевания, так же речеобразования.

Анамнез: по поводу новообразования была проведена частичная резекция нижней челюсти в подбородочной области, сразу был поставлен obtурирующий протез.

Объективно: При внешнем осмотре наблюдается западение подбородка и мягких тканей приротовой области. Со стороны собственной полости рта отсутствие участка челюсти от 45 до 35 зубов.

- Вопросы: 1. Составьте диагноз;
2. Особенности ортопедического лечения;
3. Перечислите дополнительные методы лечения;
4. Каковы последствия указанной патологии.

Задача №34

Больному Б., 52 года, 4 месяца назад была произведена резекция правой половины верхней челюсти по поводу злокачественной опухоли. Непосредственно после операции он пользовался защитной пластинкой. Объективно: на верхней челюсти имеется обширный сквозной дефект неба и зубного ряда в области 23,24,25,26. Укажите наиболее приемлемый способ фиксации резекционного протеза в данном случае?

Задача №35

При припасовке каркаса бюгельного протеза, каркас накладывается на опорные зубы, но пружинит, т.е. при смыкании зубных рядов продвигается по опорным зубам, а при открывании рта поднимается.

Какова причина и как можно ее устранить?

Задача №36

На этапе припасовки и нахождения бюгельного протеза, замещающего комбинированный дефект зубного ряда зубная формула:

00004321	12300670
8765321	12345670

Врач приступил к анализу взаимоотношений с тканями протезного ложа. Отмечено что, несмотря на тесный контакт базиса со слизистой оболочкой альвеолярного отростка, окклюзионный накладки не легли в свое ложе, а возвышаются над ним и создавая помехи смыканию зубов. Дуга стоит от слизистой оболочки на 3 мм. На этапе проверки каркаса бюгельного протеза этих неточностей не соблюдалось, каркас отвечал всем предъявляемым требованиям.

На каком этапе допущена ошибка? Пути исправления?

Задача №37

В клинику обратился больной Т. 34 лет с жалобами на эстетический дефект, вследствие частичного разрушения коронковой части верхнего бокового резца слева, периодическое выделение гноя из десны над этим зубом.

Из анамнеза выявлено, что ранее пациент неоднократно обращался к стоматологу для лечения данного зуба. Последний раз по этому поводу 3 месяца назад, когда зуб был восстановлен с применением внутрикорневого штифта и композиционного материала световой полимеризации. Со слов пациента рентгенографическое исследование не проводилось. После завершения лечения периодическое выделение гноя из десны продолжалось.

Объективно. При внешнем осмотре лицо – овальной формы, носогубные и подбородочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное.

Данные осмотра полости рта. С вестибулярной поверхности в проекции верхушки

корня 22 на слизистой оболочке определяется свищевой ход. Слизистая оболочка вокруг отверстия свищевого хода гиперемирована, отечна, при надавливании появляется скудное гнойное отделяемое.

Зубная формула:

п	П
87654321	12345678
87654321	12345678
п	п

Коронковая часть 22 имеет дефект, частично заполненный пломбирочным материалом. Перкуссия слабо болезненна, патологической подвижности нет. На рентгенограмме корневой канал запломбирован не до верхушечного отверстия, в канале находится активный штифт, незначительно отклоняющийся от направления корневого канала. Глубина погружения штифта составляет не более 1/4 длины корня. Вокруг верхушки корня в альвеолярной кости - разрежение 2-3 мм в диаметре с нечетными границами. Дефекты твердых тканей

6	
6	6

восстановлены пломбами, отвечающими предъявляемым требованиям.

Вопросы:

1. Укажите допущенные ошибки, предложите возможные варианты врачебной тактики.
2. Назовите этапы восстановления коронковой части зуба с применением стандартных штифтов. Детализируйте каждый этап.
3. Перечислите виды выпускаемых стандартных штифтов.
4. Назовите материалы, применяемые для изготовления стандартных штифтов.
5. Назовите материалы, применяющиеся для создания культи зуба вокруг стандартного штифта.

Задача №38

Больной М., изготовлены полные съемные пластиночные протезы. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. Через 2 недели больная обратилась с жалобами на неудобство при пользовании протезами, прикусывание слизистой оболочки щек. При внешнем осмотре у больной отмечается опущенность углов рта, выражение носогубных складок.

Объясните ситуацию.

Задача №39

Больная, впервые были изготовлены полные съемные пластиночные протезы. Через 2 недели больная обратилась с жалобами на жжение языка, повышенное слюноотделение. Проба на экспозицию положительная. При осмотре полости рта отмечаются яркая гиперемия и отек слизистой оболочки в области протезного ложа. Тактика врача в данной ситуации.

Задача №40

Больному изготовлены съемные пластиночные протезы в связи с полным отсутствием зубов. Фиксация протезов хорошая, но во время активного разговора и приема пищи протезы смещаются. Больной отмечает боль при глотании.

Укажите причину. Ваша тактика.

Задача №41

В клинику обратился больной Т. 34 лет с жалобами на эстетический дефект, вследствие частичного разрушения коронковой части верхнего бокового резца слева, периодическое выделение гноя из десны над этим зубом.

Из анамнеза выявлено, что ранее пациент неоднократно обращался к стоматологу для лечения данного зуба. Последний раз по этому поводу 3 месяца назад, когда зуб был восстановлен с применением внутрикорневого штифта и композиционного материала световой полимеризации. Со слов пациента рентгенографическое исследование не проводилось. После завершения лечения периодическое выделение гноя из десны продолжалось.

Объективно. При внешнем осмотре лицо – овальной формы, носогубные и подбородочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное.

Данные осмотра полости рта. С вестибулярной поверхности в проекции верхушки корня 22 на слизистой оболочке определяется свищевой ход. Слизистая оболочка вокруг отверстия свищевого хода гиперемирована, отечна, при надавливании появляется скудное гнойное отделяемое. Зубная формула:

п	П
87654321	12345678
87654321	12345678
п	п

Коронковая часть 22 имеет дефект, частично заполненный пломбировочным материалом. Перкуссия слабо болезненна, патологической подвижности нет. На рентгенограмме корневой канал запломбирован не до верхушечного отверстия, в канале находится активный штифт, незначительно отклоняющийся от направления корневого канала. Глубина погружения штифта составляет не более 1/4 длины корня. Вокруг верхушки корня в альвеолярной кости - разрежение 2-3 мм в диаметре с нечетными границами. Дефекты твердых тканей

6	
6	6

восстановлены пломбами, отвечающими предъявляемым требованиям.

Вопросы:

1. Укажите допущенные ошибки, предложите возможные варианты врачебной тактики.
2. Назовите этапы восстановления коронковой части зуба с применением стандартных штифтов. Детализируйте каждый этап.
3. Перечислите виды выпускаемых стандартных штифтов.

4. Назовите материалы, применяемые для изготовления стандартных штифтов.
5. Назовите материалы, применяющиеся для создания культи зуба вокруг стандартного штифта.

Задача №42

Пациент 50 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобой на потемнение коронок фронтальных зубов верхней челюсти. Коронки изготовлены 1,5 года назад. Четыре резца верхней челюсти покрыты пластмассовыми коронками. Коронки имеют темный налет в пришеечной области и в межзубных промежутках. Прикус ортогнатический. Из анамнеза выяснилось, что пациент употребляет большое количество кофе и сигарет ежедневно. Тактика лечения.

Задача №43

Пациентка 25 лет обратилась с жалобой на эстетический дефект- 12 и 22 зубы уменьшены в размерах, между ними и рядом стоящими зубами имеются тремы. Объективно зубы интактные. Прикус ортогнатический. Какова тактика лечения пациента?

Задача №44

Пациентка 43 лет обратилась с жалобой на частую задержку пищи между 26 и 27 зубами. Объективно на дистальной контактной и жевательной поверхности 26 имеется пломба из композиционного материала, занимающая около 30% жевательной поверхности. На медиальной контактной поверхности 27 имеется пломба из композиционного материала, занимающая около 50% жевательной поверхности. Реставрации не восстанавливают плотный контакт между зубами. Со слов пациентки производилась двухкратная замена пломб, но пища продолжает задерживаться между зубами. Доступ к указанным зубам затруднен. Какова тактика лечения?

Задача №45

Пациентка С. 19 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения(укорочение и западение верхней губы в переднем отделе). При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энгля. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается.

1. Определите критерии определения типа окклюзии в боковых отделах зубных рядов? Как это проводится?
2. Определите критерии определения вида окклюзии в переднем отделе зубных рядов?
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести данному пациенту?
4. В какой области коронковой части зуба определяют мезиодистальную ширину?

Задача №46

Родители пациента К. 20 лет обратились к врачу - стоматологу с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы верхней челюсти повернуты по оси, латеральные – находятся в язычном положении, визуально определяется нарушение формы верхнего ряда зубного (седловидная). Медиальный щечный бугор верхнего первого моляра находится впереди поперечной межбугорковой фиссуры нижнего первого моляра. Центральные резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти более чем на половину

высоты клинической коронки. При осмотре преддверия полости рта определяется короткая уздечка языка.

1. Определите аномалию окклюзии в переднем отделе (по классификации Л.С.Персина 1989 г.).
2. Определите аномалию окклюзии в боковом отделе (по классификации Л.С.Персина 1989 г.)
3. Определите этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти.
4. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?
5. Определите премолярный индекс Пона
6. Как называется поворот зуба по оси?

Задача №47

При осмотре лица пациента Р., 18 лет, определяется выпуклый профиль лица, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой. При осмотре полости рта - медиальный щечный бугор верхнего первого моляра находится впереди поперечной межбугорковой фиссуры нижнего первого моляра, режуще-бугорковый контакт в переднем отделе не сохранен.

1. Какой аномалии окклюзии характерны лицевые признаки данного пациента?
2. Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения данной аномалии.
3. Каковы критерии определения профиля лица?
4. Провести эстетическую плоскость по Рикеттсу для определения типа профиля лица.
5. Какие ортодонтические аппараты используются для лечения данной аномалии?

Задача №48

Больной 18 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 градусов. 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 резцами 8,0 мм.

1. Определите вид окклюзии .
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения
4. Определите соотношение размеров постоянных резцов ?

5. Какой инструментальный набор Вам понадобится?

Задача №49

Пациентка А, 28 лет обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида при разговоре и улыбке. При осмотре полости рта: а) Интактные зубные ряды; б) Нейтральная (физиологическая) в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля); в) Скученное положение передней группы зубов верхней и нижней челюстей; г) Множественные кариозные поражения (III класс по Блэку); д) Форма верхней и нижней зубных дуг приближается к седловидной.

1. Определите план диагностических мероприятий;
2. Поставьте диагноз;
3. Объясните механизм возникновения дефекта коронковой части зуба;
4. Предложите план комплексной реабилитации данной патологии с применением современных технологий в стоматологии.

Задача №50

Больному 18 лет. Жалобы на косметический дефект. При внешнем осмотре отмечается незначительное укорочение нижней трети лица. Со стороны полости рта: на верхней челюсти 11, 21 расположены нёбно, на нижней челюсти отмечается скученность в области 31, 41 зубов. При соотношении зубных рядов фронтальная группа зубов верхней челюсти перекрывает зубы нижней челюсти на 2/3. 16, 26 зубы смыкаются по II классу классификации Энгля.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Увеличение какой линии, на ТРГ в боковой проекции, характеризует нижнюю макрогнатию?

5.4 Методические материалы, определяющие процедуру оценивания
Первый этап госэкзамена – оценка практических навыков.

Практическая часть государственного экзамена позволяет установить степень готовности студента к профессиональной деятельности в соответствии с требованиями ФГОС. Подготовку материалов к государственному экзамену обеспечивает выпускающая клиническая кафедра. Данный этап экзамена проводится в устной форме на базе кафедры: в профильных отделениях стоматологической поликлиники, учебно-лечебных кабинетах кафедры профилирующей дисциплины (кафедра ортопедической стоматологии), где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и стоматологического инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение. Банк практических задач рассматривает и утверждает цикловая методическая комиссия стоматологического профиля. Обновление и дополнение банка практических задач для государственного экзамена производятся выпускающей кафедрой ежегодно.

Второй этап госэкзамена - тестовый контроль.

Проверка уровня теоретической подготовленности проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из банка тестовых

заданий, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

До, вовремя и после тестирования в помещении, где оно проводится, разрешено находиться только выпускникам и членам ГЭК, принимающим экзамен.

Выпускники не допускаются в помещение до тех пор, пока председатель, секретарь (или член) ГЭК не подтвердит готовность помещения к проведению тестирования и не укажет, где должен сидеть каждый выпускник. За пятнадцать и за пять минут до окончания тестирования председатель ГЭК извещает выпускников о количестве оставшегося времени до окончания работы. По истечении отведенного на тестирование времени выпускники обязаны прекратить выполнять работу. Факты произошедших технических сбоев должны быть зафиксированы членом ГЭК, если при техническом обслуживании приема государственного экзамена они имели место.

Третий этап госэкзамена – решение ситуационных (клинических) задач.

Данный вид аттестационных испытаний представлен собеседованием. Итоговое собеседование проводится комиссией по ситуационным задачам, утвержденным цикловыми методическими комиссиями дисциплин и проректором по учебной деятельности, и позволяет оценить уровень сформированности профессиональных компетенций выпускника. Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания или подготовки к устному ответу. В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещенных технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

6. Список рекомендуемой литературы

Основная литература

1. Ортопедическая стоматология [Текст]: учеб. для вузов / под ред. И.Ю. Лебедеко, Э. С. Каливрадзияна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 640 с. (297 экз.)
2. Ортопедическая стоматология [Электронный ресурс]: учеб. / под ред. И.Ю. Лебедеко, Э.С. Каливрадзияна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437223.html>
3. Ортопедическая стоматология (факультетский курс) [Текст]: учеб. / В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Л.М. Мишнева, Р.А. Фадеев. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Фолиант, 2010. - 656 с. (50 экз.)

6.Список рекомендуемой литературы

6.1 Основная литература

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : нац. рук. / под ред. И.Ю. Лебедеко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. (3 экз.)
2. Ортопедическая стоматология [Текст]: учеб. / Н.Г. Аболмасов [и др.]. - 9-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 512 с. (3 экз.)
3. Брагин, Е.А. Основы микропротезирования. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры, искусственные коронки, декоративные зубные накладки [Текст]:

учеб.пособие для вузов / Е.А. Брагин, А.В. Скрыль. - М.: Медицинская пресса, 2009. - 508 с. (3 экз.)

6.2 Дополнительная литература

1. Долгалев, А.А. Современные принципы комплексной диагностики и выбора тактики лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава [Текст] : учеб.пособие / А.А. Долгалев, Е.А. Брагин. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2012. - 104 с. (10 экз.)
2. Долгалев, А.А. Восстановление элементов и функции жевательно-речевого аппарата с применением индивидуального артикулятора [Текст]: учеб.пособие /А.А. Долгалев, Е.А. Брагин. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2012. - 138 с. (10 экз.)
3. Долгалев, А.А. Комплексное лечение пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава [Текст]: учеб.-метод. пособие / А.А. Долгалев, Е.А. Брагин. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2012. - 43 с. (10 экз.)
4. Долгалев, А.А. Функциональные и аппаратурные методы исследования в клинике ортопедической стоматологии [Текст]: учеб.- метод. пособие / А.А. Долгалев, Е.А. Брагин. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2012. - 39 с. (10 экз.)
5. Долгалев, А.А. Комплексное лечение пациентов с частичной потерей зубов с использованием бюгельных протезов с различными типами фиксации [Текст]: метод.пособие / А.А. Долгалев, Е.А. Брагин. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2012. - 47 с. (10 экз.)
6. Ортопедическое лечение больных с патологией пародонта : учеб.пособие [текст] / Е.А. Брагин, А.В. Скрыль, О.Ю. Хорев, А.Ю. Виличко. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2008. - 118 с. (44 экз.)
7. Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов съёмными конструкциями зубных протезов [Текст]: учеб.пособие / Е.А. Брагин, А.В. Скрыль. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2007. - 124 с. (47 экз.)
8. Жевательная система человека. Биомеханика жевательного аппарата [Текст]: учебно-методическое пособие / сост.: К.Г. Каракоев, Е.А. Брагин, С.В. Новиков, Т.П. Данченко, Н.В. Плескановская. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2006. - 46 с. (7 экз.)
9. Современные методы диагностики, прогнозирования и лечения нарушений смыкания зубных рядов [Текст]: учеб.пособие / сост.: Е.А. Брагин, Е.А. Вакушина. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2006. - 162 с. (59 экз.)

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" необходимых для освоения дисциплины

1. www.stom.ru - Российский Стоматологический Портал.
2. stomport.ru - Стоматологический портал для профессионалов. Конструктор сайта для врача, зубного техника, клиники, лаборатории, производителя и торгующей организации. Система личных сообщений, статьи и новости для профессионалов, доска объявлений, форум, фотоработы, консультации online, видео.
3. www.edentworld.ru - Общестоматологический ресурс Информация о периодических изданиях, событиях в стоматологическом мире в России и за рубежом, научные статьи по различным направлениям стоматологии.
4. www.dental-revue.ru. - Информационный стоматологический сайт. Статьи по разным разделам стоматологии. Дискуссии.
5. www.mmbook.ru - Медицинская литература по стоматологии.
6. www.dentalsite.ru - Профессионалам о стоматологии.
7. www.web-4-ru/stomatinfo - Электронные книги по стоматологии.
8. www.dental-azbuka.ru - Компания «Азбука» специализируется в переводе и издании

лучших зарубежных монографий, посвященных стоматологии.

9. www.nidr.nih.gov - Национальный институт стоматологии и краниофасциальных исследований в США. Ведущий источник информации по всем вопросам стоматологической помощи для врачей-стоматологов любой специализации.

8. Перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

При освоении данной дисциплины специального программного обеспечения не требуется. В ходе реализации целей и задач дисциплины обучающиеся могут использовать возможности информационно-справочных систем и архивов

1. ЭБС «Консультант студента» Студенческая электронная библиотека;
2. Электронный каталог» (Local);
3. Электронная база данных «ClinicKey»;
4. ЭБС «Электронная библиотека технического вуза».

Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение

Среда Электронного обучения 3LK Русский MOODLE	Бесплатное Тех. Поддержка 359ЭТ 19.21.2022
Mind платформа для видеоконференций	№135/ЗК от 9.07.2021
1С:Университет Проф	№27 от 30.04.2014

Установлено на ПК

Kaspersky endpoint security	№99/ЭТ от 21.06.2021
Архиватор ZIP	бесплатное
Adobe Acrobat reader	бесплатное
VLC медиаплеер	бесплатное
Astra Linux Common Edition релиз Орёл	№92/ЭТ от 15.06.21

9. Материально-техническое обеспечение ГИА

1 этап	- Ресурсы клинических баз кафедры (оборудование и инструментарий, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи по профилю) - Симуляционное оборудование центра аккредитации (тренажеры, фантомы)
2 этап	Учебные аудитории, компьютерный класс, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам
3 этап	Учебные аудитории, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам