

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09 сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.72 «Стоматология общей практики»
Трудоемкость: № 3 ЗЕ**

уровень подготовки кадров высшей квалификации

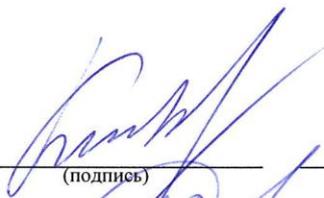
Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1115;
- Профессиональным стандартом «Врач-стоматолог», утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 10 мая 2016 г. №227н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическим специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики программы:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)



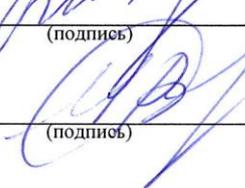
(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

И.В. Орлова

(расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

стоматологии;

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

« 31 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

стоматологии;

Заведующий кафедрой

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):
- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

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

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

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии 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.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

лечебная деятельность:

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи (ПК-7);
- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

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

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Основные структурные подразделения лечебно-профилактических стоматологических учреждений. Стоматологическая поликлиника, ее виды, категории. Штатные нормативы и функциональные обязанности медицинского персонала.
2. Предметы и задачи терапевтической стоматологии. Организация и оборудование стоматологического кабинета. Нормативы и требования к организации стоматологического кабинета Основные принципы асептики в стоматологическом кабинете.
3. Организация стоматологического приема, медицинская документация врача-стоматолога, требования к ее заполнению. Психологические аспекты профессионального взаимодействия врача - стоматолога и пациента. Деонтология и врачебная этика в стоматологии. Эргономические основы организации работы врача - стоматолога.
4. Основы диагностики стоматологических заболеваний. Понятие здоровья, адаптации, болезни (нозолгия), этиологии, патогенеза, синдрома, симптома, семиотики (семиологии). Правила (алгоритм) диагностического процесса.
5. Медицинская карта стоматологического больного. Основные клинические методы обследования стоматологического пациента. Дополнительные методы обследования. Рентгенологические методы обследования. Клинические, функциональные, лабораторные методы обследования. Дополнительные методы обследования Содержание и формулировка диагноза. Прогноз. Эпикриз.
6. Цель и задачи обезболивания в стоматологии. Оценка основных компонентов болевой реакции пациента: сенсорный, психоэмоциональный, вегетативный, психомоторный.
7. Клинико-фармакологическая характеристика местно-анестезирующих препаратов, используемых в стоматологии. Применение сосудосуживающих средств при местной анестезии (показания, противопоказания).
8. Назовите виды обезболивания, используемые в стоматологии.
9. Назовите виды общего обезболивания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию общего обезболивания в стоматологии. Методы наркоза: масочный, назофарингеальный, эндотрахеальный, внутривенный. Посленаркозный период.
10. Назовите виды местного обезболивания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию местного обезболивания в стоматологии.
11. Какие формы лекарственных средств, используемых для аппликационной анестезии, вы знаете?
12. Назовите виды инфильтрационной анестезии.
13. Расскажите о препаратах, используемых для инфильтрационной анестезии.
14. Назовите препараты группы сложных эфиров. Назовите препараты группы амидов.
15. Какова цель использования вазоконстрикторов. Назовите их. Какой должна быть концентрация вазоконстрикторов, используемых для местной анестезии?
16. Перечислите инструменты, используемые для проведения анестезий, и методы их

обработки.

17. Расскажите о методике проведения подслизистой, поднадкостничной, интрасептальной, интралигаментарной анестезий.

18. Назовите неинъекционные (аппликационная, электроаналгезия) способы местной анестезии. Показания и методы проведения неинъекционной местной анестезии на верхней челюсти?

19. Перечислите отличительные особенности прямой и непрямой инфильтрационной анестезии верхней челюсти. В чем заключаются особенности инфильтрационной анестезии на верхней челюсти.

20. Показания, техника и зона обезболивания при проведении туберальной анестезии.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача 1

Больной, 33 года обратился в клинику с жалобами на резкую болезненность в полости рта, невозможность приема пищи, появившуюся вчера. 3 дня назад получил переохлаждение. Ранее наблюдал подобные ощущения в полости рта в менее выраженной форме при простудных заболеваниях. Объективно: На гиперемированной, слегка отечной слизистой неба видна обширная эрозия с фестончатым краем, вокруг нее мелкие эрозии округлых очертаний. Эрозии резко болезненны при дотрагивании. На красной кайме нижней губы группа мелких пузырьков с серозным содержимым. На зубах имеется большое количество мягкого зубного налета. Регионарные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Проведите дифференциальную диагностику
 - Какие необходимо назначить анализы при частых рецидивах данного заболевания.
 - Составьте план лечения

Задача 2

Женщина, 63 лет обратилась к стоматологу с жалобами на резко выраженную болезненность при приеме пищи, глотании. Появились данные симптомы около 3 месяцев назад, пациентка занималась самолечением, наблюдала кратковременные улучшения. В последнее время состояние ухудшилось, прием пищи практически невозможен, общее состояние страдает. Отмечает появление осиплости голоса. Объективно: В полости рта и зева - обширные эрозии с обрывками эпителия по краям, при потягивании за край - происходит отслоение видимо неизменной слизистой. Эрозии покрыты фибринозным налетом, резко болезненны при дотрагивании.

- Ваш диагноз. Обоснуйте его.
- Кто должен проводить лечение данной группы больных
- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести

Задача 3

Женщина, 32 года обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта, боли при приеме пищи, особенно острой. Месяц назад перенесла ангину, принимала антибиотики. Объективно: Слизистая ярко гиперемирована, сухая, на фоне гиперемии - белый творожистый налет, который легко снимается и обнажается гладкая, слегка отечная гиперемированная поверхность. наличие большого количества налета на зубах.

- Поставьте диагноз. Этиология заболевания

- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести
- Лечение

Задача 4

Пациент 38 лет обратился к пародонтологу с жалобами на болезненность и кровоточивость десен при чистке, неприятный запах изо рта. Считает себя больным в течении 5 лет. Объективно: десневой край в области всех зубов гиперемирован, отечен, определяются множественные зубодесневые карманы глубиной 4-6мм с гнойным отделяемым.

Имеются обильные над- и поддесневые зубные отложения, патологическая подвижность фронтальных зубов нижней челюсти 1 степени. Высокое прикрепление уздечки нижней губы.

- Какие необходимо провести дополнительные методы исследования.
- Что Вы увидите на рентгенограмме
- Диагноз
- Составьте план лечения

Задача 5

В клинику обратилась пациентка 35 лет с жалобами на подвижность зубов, запах изо рта. Пациентка неоднократно в течение последних 6 лет проходила лечение у пародонтолога (аппликации препаратов и ручное снятие отложений). После лечения наступало кратковременное улучшение. Объективно: десна гиперемирована, отечна, имеются поддесневые зубные . Зубы имеют подвижность 2-3 степени. У пациентки имеются промежуточные и концевые дефекты зубных рядов. На рентгенограмме -резорбция костной ткани до 2/3 длины корней. В области 12-14 зубов резорбция костной ткани до верхушек корней.

- Поставьте диагноз
- Составьте план лечения

6.2.3. Перечень практических навыков

- Алгоритм причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний;
- Алгоритм проявления и исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней;
- Алгоритм методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека;
- Алгоритм основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм собственности;
- Алгоритм требования к «врачу-стоматологу-общей практики», его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- Алгоритм общих принципов статистических методов обработки медицинской информации;
- Алгоритм основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии, наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- Алгоритм организации стоматологической помощи населению;
- Алгоритм проявления клиники и течения стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;

- Алгоритм выполнения местного обезболивания в практике стоматологии терапевтической;

6.2.4. Тестовые задания

1. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт
 - а) десна и круговая связка зуба;
 - б) териодонт, десна, надкостница, зуб;
 - в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба (цемент);
 - г) десна, ткани зуба;
 - д) десна, надкостница, цемент.
2. Ранняя зубная бляшка после чистки зубов формируется в течение
 - а) 2 часов;
 - б) 4-5 часов;
 - в) 7-8 часов;
 - г) 12 часов;
 - д) 24 часов.
3. Сроки формирования «зрелой» зубной бляшки
 - а) 2-3 суток;
 - б) 4-5 суток;
 - в) 6-7 суток;
 - г) более 7 суток;
 - д) более месяца.
4. Какие ткани зуба входят в состав пародонта?
 - а) эмаль;
 - б) пульпа;
 - в) дентин;
 - г) цемент;
 - д) входят все.
5. Строение костной ткани альвеолы.
 - а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества;
 - б) кость альвеолы состоит из губчатой костной ткани;
 - в) кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью;
 - г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой;
 - д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой.
6. Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются:
 - а) капилляры;
 - б) артериолы и вены;
 - в) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, вены;
 - г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры;
 - д) венозные сосуды.
7. Иннервацию пародонта обеспечивает:
 - а) лицевой нерв;
 - б) вторая ветвь тройничного нерва;
 - в) ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва;
 - г) первая ветвь тройничного нерва;
 - д) все три ветви тройничного нерва.
8. Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта:
 - а) измененная реактивность организма;
 - б) микроорганизмы зубной бляшки;

- в) микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта;
- г) наследственность;
- д) травматическая окклюзия.
9. Состав зубной бляшки:
- а) зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов;
- б) зубная бляшка состоит из углеводов и липидов;
- в) зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги;
- г) зубная бляшка представлена органическими компонентами;
- д) зубная бляшка состоит из элементов слюны.
10. Разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом):
- а) нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях;
- б) это совершенно различные заболевания;
- в) разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга;
- г) воспалительный процесс предшествует дистрофическому;
- д) пародонтоз предшествует пародонтиту.
11. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является
- а) открытый прикус;
- б) глубокий прикус;
- в) перекрестный прикус;
- г) дистальный прикус;
- д) прямой прикус.
12. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью:
- а) определения гигиенического состояния зубов;
- б) выявления изъязвлений внутридесневых карманов;
- в) оценки степени воспалительных изменений десны;
- г) выявления зубной бляшки;
- д) определения гноя в десневом кармане.
13. Проба Кулаженко проводится с целью:
- а) выявления барьерных возможностей пародонта;
- б) определения состояния проницаемости стенок сосудов;
- в) выявления стойкости стенок сосудов пародонта;
- г) определения воспалительных изменений десны;
- д) выявления зубной бляшки.
14. К гигиеническим относятся следующие индексы:
- а) ПИ, ПМА, СРІТN;
- б) Шиллера — Писарева;
- в) Федорова - Володкиной, Грина — Бармилльона;
- г) ПИ;
- д) все перечисленные.
15. Индекс ПИ используется с целью:
- а) определения степени воспалительных изменений пародонта;
- б) определения глубины десневых каналов;
- в) определения состояния гигиены полости рта;
- г) определения проницаемости сосудистой стенки;
- д) оценки гигиенического состояния зубов, выявления зубной бляшки.
16. Индекс ПМА используется с целью:

- а) определения степени воспалительных изменений пародонта;
 - б) определения воспалительных изменений различных зон десны;
 - в) определения кровоточивости десен;
 - г) оценки гигиенического состояния полости рта;
 - д) определения проницаемости сосудистой стенки.
17. При подсчете индекса СРІТN обследуются:
- а) 61Б6, 6В61;
 - б) 321В123;
 - в) 761Б67, 76В167;
 - г) 1Б1,6В6;
 - д) 321Б123.
18. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии:
- а) реопародонтография, остеометрия;
 - б) реопародонтография, полярография;
 - в) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикрос-копия;
 - г) реография;
 - д) полярография.
19. Клиническими признаками катарального гингивита являются:
- а) кровоточивость десен;
 - б) наличие зубного налета, кровоточивость десен;
 - в) отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого кармана;
 - г) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов;
 - д) гиперестезия шеек зубов.
20. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются:
- а) десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки;
 - б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании;
 - в) десневые сосочки увеличены, отечны, гиперермированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются десневые карманы;
 - г) кровоточивость при дотрагивании;
 - д) наличие ложных десневых карманов.
21. Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются:
- а) десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании;
 - б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются ложные десневые карманы;
 - в) десневые сосочки синюшные, отечны, кровоточат при пальпации, на зубах большое количество налета и зубного камня;
 - г) наличие глубоких десневых карманов;
 - д) кровоточивость и боли от температурных раздражителей.
22. Наиболее важными дифференциально-диагностическими признаками острого язвенного гингивита являются:
- а) гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых карманов, изъязвление внутренней эпителиальной выстилки десневых сосочков;
 - б) генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом;
 - в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений;
 - г) наличие глубоких десневых карманов;
 - д) кровоточивость при дотрагивании.

23. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести:
- а) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок;
 - б) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет;
 - в) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба;
 - г) наличие большого количества зубных отложений;
 - д) кровоточивость десневых сосочков.
24. Данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита:
- а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня;
 - б) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок;
 - в) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости;
 - г) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов;
 - д) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет.
25. Карманы при легкой степени пародонтита:
- а) нет;
 - б) имеются, глубиной до 6 мм;
 - в) имеются, глубиной 3-4 мм;
 - г) имеются ложные десневые карманы;
 - д) имеются костные карманы.
26. Глубина карманов при пародонтите средней степени тяжести:
- а) карманов нет;
 - б) 5-7 мм;
 - в) более 8 мм;
 - г) имеются ложные десневые карманы;
 - д) до 5 мм.
27. Аппаратом «Периотест» исследуют:
- а) глубину пародонтального кармана;
 - б) подвижность зубов;
 - в) состояние костной ткани;
 - г) кровоснабжение десны;
 - д) характер воспалительного процесса.
28. Для оценки степени тяжести пародонтита, кроме клинического обследования необходимо дополнительно провести:
- а) реоплатизмографию;
 - б) реографию;
 - в) томографию;
 - г) рентгенографию;
 - д) изучение иммунного статуса.
29. Данные рентгенографического обследования челюстей при пародонтите средней степени тяжести:
- а) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до ? длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка;
 - б) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от 1/2 до 2/3 длины корня;
 - в) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка;
 - г) изменений в костной ткани нет;
 - д) явления остеопороза в губчатой кости.
30. Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального

гингивита и пародонтита легкой степени тяжести является:

- а) подвижность и смещение зубов;
 - б) отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых карманов;
 - в) выраженные воспалительные изменения десневого края и десневых сосочков;
 - г) отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки;
 - д) глубина десневых карманов до 5 мм.
31. Глубина карманов при пародонтите тяжелой степени составляет:
- а) карманов нет;
 - б) 3-4 мм;
 - в) до 6 мм;
 - г) более 8 мм;
 - д) до 2.5 мм.
32. Пародонтит протекает более тяжело если у пациента:
- а) сахарный диабет;
 - б) гипотиреоз;
 - в) гипертония;
 - г) язвенная болезнь;
 - д) гастрит.
33. При очаговом ювенильном пародонтите поражаются зубы:
- а) временные резцы;
 - б) временные моляры;
 - в) временные и постоянные зубы;
 - г) постоянные моляры;
 - д) клыки.
34. При пародонтозе средней степени тяжести зубодесневые карманы:
- а) имеются, вследствие гибели связки зуба;
 - б) не имеются, так как дистрофические процессы в десне и костной ткани происходят одновременно;
 - в) не имеются, так как при пародонтозе сохраняется круговая связка зуба;
 - г) имеются только в участках перегрузки зубов;
 - д) глубина десневых карманов до 5 мм.
35. К идиопатическим болезням пародонта можно отнести:
- а) нейтропению, агаммаглобулинемию, эпулис, фиброматоз десен;
 - б) синдром Папийон-Лефевра, X-гистоцитозы, нейтропению, агаммаглобулинемию;
 - в) нейтропению, X-гистоцитозы, гингивиты, пародонтомы;
 - г) гингивит, пародонтит;
 - д) пародонтит, пародонтоз.
36. Участвует в развитии ювенильного пародонтита:
- а) *Streptococcus salivarius*;
 - б) *Porphyromonas endodontalis*;
 - в) *Fusobacterium nucleatum*;
 - г) *Actinomyces naeslundii*;
 - д) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.
37. К «пародонтопатогенным» видам не относится
- а) *Streptococcus mutans*;
 - б) *Fusobacterium nucleatum*;
 - в) *Actinomyces israelii*;
 - г) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*;
 - д) *Porphyromonas gingivalis*.
38. Первым фиксируется на поверхности зуба при формировании зубной бляшки:
- а) *Actinomyces naeslundii*;
 - б) *Fusobacterium nucleatum*;

- в) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*;
 - г) *Actinomyces israelii*;
 - д) *Streptococcus sanguis*.
39. Род микроорганизмов полости рта не принимающий активного участия в развитии пародонтита:
- а) *Peptostreptococcus*;
 - б) *Actinobacillus*;
 - в) *Porphyromonas*;
 - г) *Veillonella*;
 - д) *Prevotella*.
40. В пародонтальном кармане в больших количествах могут обнаруживаться дрожжеподобные грибы рода Кандида при :
- а) ювенильном пародонтите;
 - б) быстро прогрессирующем пародонтите;
 - в) пародонтите на фоне иммунодефицитов;
 - г) пародонтите у беременных;
 - д) любой форме пародонтита.
41. Уровень резистентности организма к кариозному процессу снижают:
- а) зубные отложения;
 - б) различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме;
 - в) углеводы пищи;
 - г) недостаточное содержание фтора в питьевой воде;
 - д) все вышеперечисленное.
42. При начальном кариесе в эмали происходит:
- а) нарушение белковой матрицы эмали;
 - б) дисминерализация и реминерализация;
 - в) деминерализация эмали;
 - г) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали;
 - д) резорбция эмали.
43. Кутикула представляет собой:
- а) производное гликопротеинов слюны;
 - б) редуцированные клетки эпителия эмалевого органа;
 - в) скопление микроорганизмов и углеводов;
 - г) совокупность микроорганизмов, содержащих хлорофилл;
 - д) скопление микроорганизмов с органическими компонентами.
44. К минерализованным отложениям относятся:
- а) наддесневой и поддесневой зубной камень;
 - б) пищевые остатки;
 - в) мягкий зубной налет;
 - г) налет курильщика;
 - д) налет разного происхождения.
45. Очищающее действие зубных паст обеспечивает компоненты:
- а) связующими;
 - б) абразивными;
 - в) пенообразующими;
 - г) ароматизирующими;
 - д) лечебными.
46. Противокариозным действием обусловлено наличие в зубных пастах:
- а) фторид натрия;
 - б) триклозан;
 - в) бикарбонат натрия;

- г) ксилитол;
 - д) альгинат натрия.
47. В качестве абразивных компонентов в состав зубных паст используют:
- а) монофторфосфат натрия;
 - б) хлоргексидин;
 - в) пирофосфаты;
 - г) формальдегид;
 - д) карбонат кальция.
48. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:
- а) абразивные компоненты;
 - б) солевые добавки;
 - в) экстракты лекарственных растений;
 - г) фториды;
 - д) подсластители.
49. Для начала образования кислоты бактериальной бляшкой употребления сладкой пищи необходимо:
- а) несколько секунд;
 - б) 10 минут;
 - в) 15 минут;
 - г) 20 минут;
 - д) 1 час.
50. Основным фактором риска возникновения кариеса является:
- а) высокое содержание фторида в питьевой воде;
 - б) неудовлетворительная гигиена полости рта;
 - в) сопутствующие заболевания;
 - г) социальный фактор;
 - д) нерациональное питание.

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434765.html>
2. Стоматология. Международная классификация болезней. Клиническая характеристика нозологических форм [Электронный ресурс] / М. Я. Алимова, Л. Н. Максимовская, Л. С. Персин, О. О. Янушевич - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436691.html>

Дополнительная литература:

1. Неотложная помощь в стоматологии [Электронный ресурс] / Бичун А.Б., Васильев А.В., Михайлов В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434710.html>
2. Стоматологический инструментарий [Электронный ресурс] / Э.А. Базилян - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440490.html>
3. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427088.html>