

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Невинномысский медицинский институт»**

Утверждаю
Ректор АНО ВО «НМИ»

С.С. Наумов

«__» _____ 202__ года

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
(ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ)**

по направлению

подготовки специалистов 31.08.74 «СТОМАТОЛОГИЯ
ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

квалификация (степень)

выпускника Врач-стоматолог хирург

форма обучения Очная

год начала подготовки 2024

Невинномысск, 2024

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Форма и структура государственной итоговой аттестации

1.1. Форма государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.74 Стоматология хирургическая проводится в форме государственного экзамена.

1.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая составляет 108 часов (3 зачётные единицы).

1.3. Структура государственной итоговой аттестации

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

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

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

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

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования) по вопросам в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по специальности.

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая. Каждый обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестовый контроль отводится 120 минут.

Собеседование проводится с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе решения ситуационных вопросов (задач) междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости

полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

**Оценка сформированности компетенций
в процессе сдачи этапов государственного экзамена**

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - тестирование	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
2 этап - практический	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 этап - устное собеседование	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

2. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Сроки проведения ГИА определяются календарным учебным графиком и расписанием ГИА. Программа ГИА, включая программы государственных экзаменов, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее, чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

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

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА. Обучающийся обязан прийти на консультацию перед экзаменом, чтобы, во-первых, узнать о возможных изменениях в ходе его проведения, а во-вторых, проконсультироваться у преподавателя по тем вопросам, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу последнего на консультацию необходимо приходить, уже изучив весь – или почти весь – требуемый материал (практически готовым к экзамену) и сформулировав вопросы к преподавателю.

Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации, обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры АНО ВО «НМИ».

Критерии оценки результатов государственной итоговой аттестации

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

2.1. Критерии оценки аттестационного тестирования

Результаты тестирования оцениваются следующим образом: 90 % и более правильных ответов – «отлично»,
80-89 % правильных ответов – «хорошо»,
71-79 % правильных ответов – «удовлетворительно»,

70 % и менее правильных ответов – «неудовлетворительно».

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки – «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение первого этапа

государственной итоговой аттестации.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией.

2.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

«зачтено» – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.

«не зачтено» – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

2.3. Критерии оценки итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

«отлично» - выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

«хорошо» - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

«удовлетворительно» - выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает

затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

«неудовлетворительно» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Примерные оценочные средства

Примерные тестовые задания

1			Клеточный атипизм – это
			появление клеток, принадлежащих к определенным тканям в нехарактерных для них местах
			быстрое размножение клеток
	*		появление структурных изменений в клетках, их отличие от обычных клеток конкретных тканей
			врастание опухолевых клеток в соседние с опухолью ткани
2			Спадение легкого при его сдавливании называется
			ателектаз
	*		коллапс
			пневмония
			гидроторакс
3			Мутации какого гена этиологичны для синдрома Ли-Фраумени:
			BRCA 1
			BRCA 2
	*		p 53
			СНЕК 2
4			Определение показателя общей заболеваемости населения (распространенности)
	*		совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых были обращения в данном году
			совокупность заболеваний в предшествующие годы
			совокупность заболеваний в течение всей жизни
			совокупность заболеваний в определенный промежуток времени
5			Направление на освидетельствование в МСЭ готовит:
	*		медицинская организация (поликлиника, стационар)
			профильный диспансер
			органы образования
6			Наиболее высока заболеваемость туберкулезом
	*		среди лиц без определенного места жительства
			служащих

	*		мигрантов, в т.ч. беженцев
			врачей
7			Каковы принципы действия профилактических прививок:
	*		Создание или повышение специфического иммунитета
			Специфическая десенсибилизация
			Повышение общей резистентности организма
8			Чрезвычайные ситуации - это:
	*		внезапные нарушения обычных параметров окружающей среды
			неблагоприятное влияние внешних факторов на здоровье населения
9			Выберите наиболее точное определение понятия «ответственность»
			Определенный уровень негативных последствий для человека в случае нарушения им установленных требований
	*		Сознательная интеллектуальная и физическая готовность человека к реализации или воздержанию от действий, которые могут потребоваться вследствие выполнения или, наоборот, невыполнения им некоторых других действий
			Осознанное принятие решений человеком
10			Онлей – обозначает микропротез
			расположенный внутри, вкладка
			укрепленный в зубе с помощью штифтов
	*		включенный внутрь, в глубину ТТЗ, но имеет накладку
			охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
			укрепленный за рядом стоящий зуб
11			Пинлей обозначает микропротез
	*		укрепленный в зубе с помощью штифтов
			укрепленный за рядом стоящий зуб
			расположенный внутри, вкладка
			включенный внутрь, в глубину ТТЗ, но имеет накладку
			охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
12			Протезирование вкладками показано при разрушении ТТЗ
	*		на 1/3 коронки
			1/2 коронки
			2/3 коронки
			до уровня десны
			под десневое разрушение
13			При формировании полости под вкладку допускается угол дивергенции стенок по отношению ко дну
			100 – 110
	*		110 – 120
			120 – 130
			80 – 90
			90 – 96
14			Край полости под вкладку должен иметь скос под углом
			10 ⁰
			20 ⁰
			30 ⁰
	*		45 ⁰
			70 ⁰

15		Край полости под вкладку должен быть скошен на
	*	всю толщину эмали
		перекрывать эмалево-дентинную границу
		на 1/2 толщины эмали
		на 1/2 высоты полости
		на высоту всей полости
16		К I классу по классификации Блека относят полость, располагающуюся
		в пришеечной области всех групп зубов
		на апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
		на апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
		на апроксимальных поверхностях моляров и премоляров
	*	в естественных фисурах жевательных зубов
17		Ко II классу по классификации Блека относят полость, располагающуюся
		в пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов
		на апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
		на апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
	*	на жевательной проксимальной поверхности моляров и премоляров
		на оральной, жевательной поверхности
18		К III классу по классификации Блека относят полость, располагающуюся
		в пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов
	*	на апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
		на апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
		на проксимальной поверхности моляров и премоляров
		на оральной, жевательной поверхности моляров, а так же на оральной поверхности фронтальных зубов
19		К IV – му клссу по классификации Блека относят полость, располающуюся
		на оральной поверхности фронтальных зубов
		на жевательной поверхности моляров и премоляров
		на апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
	*	на апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
		в пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов
20		К V классу по классификации Блека относят полости располагающиеся
	*	в пришеечной области всех групп зубов.
		на апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
		на апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
		на апроксимальных поверхностях моляров и премоляров
		на жевательной поверхности моляров и премоляров
21		При изготовлении металлического штампа отливают
		1 штамп
	*	2 штампа
		3 штампа
		5 штампов
		4 штампа
22		Отжиг металлической штампованной коронки из нержавеющей стали
		проводят
		над пламенем спиртовки
		в муфельной печи
	*	с помощью бензиновой горелки

		при помощи вольтовой дуги
		в литейном аппарате
23		Обработка штампованной коронки перед фиксацией производится
		фурациллином
		хлорамином
		перекисью водорода
	*	спиртом
		хлоргексидином
24		Складывание копировальной бумаги для контроля препарирования
		жевательной
		поверхности зуба в
		2 раза
		3 раза
		5 раз
	*	8 раз
		12 раз
25		Осложнение, возникающее при использовании штампованной коронки
		патологическая стираемость
	*	расцелетировка
		гальванизм
		кровотечение десен
		акриловый стоматит
26		Первичная штамповка металлической штампованной коронки
		отбивание гильзы на металлическом штампе
		штамповка в аппарате «ММСИ»
		штамповка в аппарате «Паркера»
	*	отбивание гильзы на наковальне
		протягивание гильзы в аппарате
27		Требования к отпрепарированному зубу под металлическую штампованную
		коронку
		выраженный экватор
		выражены бугры
		сохранение контакта с соседними зубами
		не разобщенный прикус
	*	цилиндрическая форма без острых углов
28		Толщина стандартной гильзы для изготовления металлической
		штампованной
		коронки из нержавеющей стали, мм
		0,22
	*	0,25
		0,3
		0,5
		0,8
29		Толщина металлической штампованной коронки, мм
		0,1
	*	0,22
		0,25
		0,3
		0,8
30		Для протягивания гильз используют аппарат
		Рудько

	*		Самсон
			Паркера
			Гизи
			ММСИ

2.4. Примерный перечень практических навыков

1. Аппликационное обезболивание.
2. Инфильтрационное обезболивание.
3. Интралигаментарная анестезия.
4. Проводниковая анестезия на верхней и нижней челюсти внутриротовыми и внеротовыми методами.
5. Методы внутриротовой анестезии нижнего альвеолярного нерва при свободном открывании рта.
6. Проводниковая анестезия основных стволов верхне- и нижнечелюстного нервов.
7. Операция удаления зуба. А) при помощи щипцов
Б) при помощи элеваторов
В) атравматичное удаление многокорневых зубов на нижней и верхней челюсти
8. Операция удаления сломанного корня зуба.
9. Операция удаления ретенированного зуба.
10. Операция пластика ороантрального соустья.
11. Операция резекции верхушки корня зуба, ампутация корня зуба.
12. Операция ретроградного пломбирования зубов.
13. Операция иссечения «капюшона» при перикоронарите.
14. Операция удаления края альвеолы (альвеолэктомия), удаления экзостозов.
15. Открытый и закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта.
16. Гингивотомия и гингивэктомия.
17. Френулотомия и френулоэктомия.
18. Гингивоостеопластика.
19. Операция гингивэктомии при фиброматозе десен.
20. Операция удаления эпюлиса.
21. Местные способы остановки луночковых кровотечений.
22. Операция удаления кистозных новообразований полости рта (ретенционные кисты, ранулы).
23. Операция цистотомии.
24. Операция цистэктомии.
25. Операция периостотомии.
26. Операция секвестрэктомии. А)
внутриротовым доступом Б)
внеротовым доступом
27. Вскрытие абсцессов и флегмон внутриротовыми доступами.
28. Вскрытие абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи

внеротовыми.

29. Операция удаления внутрикостных доброкачественных новообразований доступами.
30. Взятие материала для цитологического исследования.
31. ведение медицинской документации.

2.5. Примерный перечень теоретических вопросов и/или примеры ситуационных задач для итогового собеседования

Перечень теоретических вопросов

1. Исторические этапы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Вклад отечественных и зарубежных ученых.
2. Реанимация при неотложном состоянии в клинике хирургической стоматологии: анафилактический шок.
3. Сложное удаление зубов и корней. Показания и противопоказания. Оперативный доступ, техника удаления зубов с помощью долота и бормашин.
4. Осложнения, возникающие во время удаления зуба. Передозировка вазоконстриктора. Клиника, диагностика, тактика врача.
5. Хронический периодонтит. Виды хирургического лечения. Послеоперационный уход. Осложнения.
6. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Причины, клиника, диагностика. Осложнения.
7. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
8. Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита. Клиника. Диагностика. Дифдиагностика. Лечение.
9. Методы лечения острых одонтогенных верхнечелюстных синуситов.
10. Хронический лимфаденит лица и шеи. Классификация. Клиника. Диагностика.
11. Дифференциальная диагностика специфических воспалительных процессов в ЧЛЮ.
12. Абсцесс подъязычной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
13. Позадимолярный периостит, абсцесс ретромолярного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
14. Абсцесс и флегмона крыло-нёбной ямки. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

Примеры ситуационных задач

Задача 1

Больной К., 5 лет, предъявляет жалобы на боли в нижней челюсти слева, припухлость в околоушно-жевательной области, повышение температуры тела, общее недомогание. 75 зуб болел в течение 3 дней.

Объективно. Нарушение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей левой щечной области, кожа в цвете не изменена, свободно собирается в складку. При пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется плотное, умеренно болезненное образование округлой формы, не спаянное с окружающими тканями, около 1,5 см. в диаметре. Рот открывается на 2,5 см. Подвижность 75 – 1 степени, коронка разрушена на 2/3, зондирование и перкуссия безболезненные. Переходная складка в области 74, 75 зубов сглажена, слизистая отечна, гиперемированна, при пальпации флюктуирует. При осмотре полости рта определяется отсутствие физиологических трем и диастем на верхней и нижней челюстях, нестершиеся бугорки 83, 73 зубов.

Задача 2

Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего ха и характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться 3-4 секунды. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отёчности левой половины. Пальпация точек выхода 2-ой (инфраорбитальное отверстие) и 3-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения. *Пример формирования билета для итогового собеседования*

Билет 1

1. Исторические этапы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Вклад отечественных и зарубежных ученых. Методы лечения острых одонтогенных верхнечелюстных синуситов.
2. Позадимоларный периостит, абсцесс ретромолярного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

Ситуационная задача.

Мама ребенка 6 лет жалуется на появление «язвочек» в полости рта ребенка.

Анамнез. «Язвочки» появились 2 дня назад, перед этим было чувство жжения и болезненности при приеме пищи. Ранее такие язвочки появлялись 6 месяцев тому назад, лечение не проводилось. У ребенка отмечается нарушение аппетита, склонность к запорам, иногда беспричинные боли в области пупка.

Объективно. Конфигурация лица не изменена, преддверие полости рта без особенностей, зубная формула соответствует возрасту, но удалены 74 и 75 зубы, а также 84 и 85 зубы. На слизистой верхней губы справа и переходной складке в области 82 зуба имеются эрозии округлой формы с выраженным венчиком гиперемии размером около 3 мм. в диаметре, покрытые фибринозным

налетом.

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