

Государственная итоговая аттестация (ГИА) в полном объеме относится к базовой части программы ординатуры и завершается присвоением квалификации.

ГИА включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

ГИА является обязательной для выпускника и осуществляется после освоения им основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

Целью ГИА является определение практической и теоретической подготовленности выпускников к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, а также универсальными и профессиональными компетенциями (*см. матрицу компетенций*) и их способности к самостоятельной профессиональной деятельности.

ГИА осуществляется в форме государственного экзамена и включает:

- 1 этап – письменное тестирование;
- 2 этап – проверка освоения практических навыков;
- 3 этап – собеседование по ситуационным задачам.

1 этап – письменное тестирование

Примеры заданий в тестовой форме:

Укажите один правильный ответ.

1. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ В СОВРЕМЕННОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ КОНСТРУКЦИИ ИМПЛАНТАТОВ

- 1) поднадкостничные
- 2) внутрикостные винтовые
- 3) внутрислизистые
- 4) трансдентальные
- 5) внутрикостные цилиндрические

Эталон ответа: 2

2. ПРОЦЕСС ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) в формировании периодонта вокруг имплантата
- 2) в формировании фиброзной капсулы вокруг имплантата
- 3) в формировании костного контакта с поверхностью имплантата +
- 4) в резорбции костной ткани в апикальной области имплантата
- 5) в резорбции костной ткани в коронарной части имплантата

Эталон ответа: 3

Критерии оценки тестового контроля:

- правильных ответов 70% и менее - **не зачтено**;
- правильных ответов 71-100% – **зачтено**.

2 этап - проверка освоения практических навыков

Перечень практических навыков:

1. Удаление зубов с разрушенной или сохраненной коронкой под адекватным обезболиванием.
2. Выполнение наружного разреза в челюстно-лицевой области при гнойном воспалительном процессе.
3. Двухчелюстное шинирование индивидуальными гнутыми проволочными шинами с зацепными петлями при переломе нижней челюсти.
4. Шинирование шиной-скобой при переломе альвеолярного отростка челюстей.
5. Забор материала для цитологического исследования при новообразованиях челюстно-лицевой области.

Критерии оценки выполнения практических навыков:

- **зачтено** – обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- **не зачтено** – обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировки диагноза заболевания и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

3 этап – собеседование по ситуационным задачам

Пример ситуационных задач:

Задача 1. Больной А., 28 лет, обратился в клинику на пятые сутки после травмы челюстно-лицевой области острым предметом.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, температура тела в норме. Имеется дефект кожи (скальпированная рана) щечной области слева и частично подкожно-жировой клетчатки, размером 5,0 х4,0 см. Верхний край дефекта находится на 1,5 см ниже и латеральной от медиального угла глаза. Края раны гиперемированы, отечны, гнойно-серозное отделяемое с поверхности раны. Клинический диагноз: скальпированная рана щечной области слева в стадии нагноения.

1. Составьте план лечения.
2. Близость каких анатомических образований и какие возможные осложнения следует учитывать при проведении операции?
3. Является ли срок обращения больного противопоказанием к первичной

пластической операции?

Эталон ответа:

1. В связи с оказанием первичной хирургической помощи в поздние сроки, острыми воспалительными явлениями, рана обрабатывается антисептиками, ведется под мазовыми и асептической повязками. После очищения раны и купирования воспаления, проводят следующий этап лечения – реконструктивно-пластический: путем перемещения встречных треугольных лоскутов (местными тканями) или путем свободной пересадки тканей (расщепленный кожный аутотрансплантат) с внутренней поверхности плеча.

2. При проведении восстановительной операции по поводу дефекта щеки необходимо учитывать близость внутреннего угла глаза. Возможное осложнение – рубцовое смещение внутреннего угла глаза вниз.

3. Срок обращения больного не является противопоказанием к первичной пластической операции раны лица, в том случае, если нет выраженных воспалительных явлений. Нагноение скальпированной раны кожи – противопоказание к первичной кожной пластике.

Задача 2. Больной Б, 57 лет, обратился с жалобами на невозможность закрыть рот и боль в околоушных областях.

История заболевания. Утром, во время еды и попытке откусить большой кусок яблока, пациент почувствовал боль в околоушных областях и не смог закрыть рот. Данное состояние возникло впервые. Сопутствующее заболевание: полиартрит.

При осмотре: определяется изменение конфигурации лица за счет удлинения его нижней трети и смещения подбородка кпереди. Отмечается слюнотечение из-за невозможности закрыть рот. При пальпации определяется напряжение собственно жевательных мышц, которые контурируют в виде валиков. Ткани впереди козелка ушной раковины справа и слева западают. Под скуловой дугой с двух сторон пальпируются сместившиеся головки мышечковых отростков. При насильственной попытке закрыть рот нижняя челюсть оказывает пружинистое сопротивление, что сопровождается болью.

В полости рта: при пальпации переднего края ветвей нижней челюсти определяются сместившиеся кпереди венечные отростки. Прикус открытый. На рентгенограммах нижней челюсти в боковых проекциях определяются головки нижней челюсти, расположенные кпереди от суставного бугорка. Целостность костных структур не нарушена.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Двусторонний острый передний вывих нижней челюсти. Диагноз выставлен учитывая анамнез заболевания, клинико-рентгенологические данные.

2. Вправление нижней челюсти по методу Гиппократ и наложение теменно-подбородочной повязки. Больному рекомендуют не открывать широко рот, принимать полужидкую пищу (челюстная диета) и носить повязку в течение недели. Внутрь нестероидные противовоспалительные препараты (ибуклин, найз) первые двое суток.

Задача 3. Пациентка В, 68 лет, обратилась с жалобами на интенсивную боль в области нижней челюсти слева, параксизмально усиливающуюся. Продолжительность болевого синдрома составляет 30-45 минут. Провоцирующим моментом боли могли быть сквозняки, наклоны туловища вперед. Боль уменьшалась при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (кеторол, ибуклин).

История заболевания. Считает себя больной в течение года, после лечения зуба 3.5. по поводу глубокого кариеса. Зуб запломбирован светоотвердевающим композиционным пломбировочным материалом. Спустя 3-4 дня появились болевые ощущения в области щеки слева. Отмечались приступы усиления боли, плавно стихающие. При осмотре стоматолога: патологии в области зуба 3.5 не выявлено. Данное состояние было диагностировано неврологом, как невралгия III ветви тройничного нерва слева. Назначено лечение: финлепсин. Лечебный эффект отсутствовал.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 гр.С. Кожные покровы лица чистые. Пальпация точек выхода третьей (ментальное отверстие) ветви тройничного нерва на лицо болезненна слева. Триггерных зон нет. Отмечается изменение психоэмоционального статуса: плаксивость, раздражительность, фиксирована на болевых ощущениях.

В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, без патологических изменений. Полость рта санирована, имеющиеся зубы на верхней и нижней челюсти слева устойчивы, без дефектов твердых тканей. Коронка зуба 3.5 восстановлена большой пломбой. Вертикальная перкуссия всех зубов нижней челюсти слева болезненна. Электроодонтометрия зуба 3.5 составляет 50 мкА.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначить лечение.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Одонтогенная невралгия III ветви тройничного нерва. На данный диагноз указывает наличие причинного стоматологического признака (хронический фиброзный пульпит зуба 3.5), а также эффект от приёма нестероидных противовоспалительных препаратов.

2. Лечение: устранение этиологического фактора (терапевтическое или хирургическое лечение зуба 3.5), назначение анальгетиков, антидепрессантов, глицин. Консультация психолога.

Критерии оценки собеседования по ситуационным задачам:

- **неудовлетворительно** – выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьёзные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;
- **удовлетворительно** – заслуживает обучающийся, показавший удовлетворительное освоение компетенций, предусмотренных программой, и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности;
- **хорошо** – заслуживает обучающийся, показавший хорошее освоение компетенций, предусмотренных программой, способный к самостоятельному

пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- **отлично** – заслуживает обучающийся показавший отличное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций, а также умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

Критерии выставления итоговой оценки:

Соответствует оценке по итогам собеседования при оценке за первые два этапа ГИА «зачтено».