

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.03.2026 16:49:45
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии
протокол № ___ от «___» _____ 2025 г.
заведующий кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии доцент  А.Л. Громов

УТВЕРЖДЕНО

на заседании ученого совета
Института непрерывного образования
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.
председатель ученого совета
Института непрерывного образования
доцент П.Л. Квачхия



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
31.08.74 Стоматология хирургическая**

Разработчики рабочей программы:

Доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии А.Л. Громов

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по 31.08.74 Стоматология хирургическая, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

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 хирургической 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); 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).

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА. Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу пер-

вому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очереди. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

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. Современные местные анестетики, их клинико-фармакологическая характеристика, показания и противопоказания к применению.
4. Виды анестезий в хирургической стоматологии.
5. Общие и местные осложнения местной анестезии
6. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Причины, клиника, диагностика. Осложнения.
7. Показания и противопоказания к удалению постоянных зубов
8. Сложное удаление зубов и корней. Показания и противопоказания. Оперативный доступ, техника удаления зубов с помощью долота и бормашины.
9. Осложнения, возникающие во время удаления зуба. Передозировка вазоконстриктора. Клиника, диагностика, тактика врача.
10. Периодонтит (этиология, патогенез, классификация).
11. Острые формы периодонтита. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Хронические формы периодонтита. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Виды хирургического лечения. Послеоперационный уход. Осложнения.
13. Острый периостит, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
14. Хронический одонтогенный периостит, клиника, диагностика, лечения
15. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей, Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Методы лечения.
16. Неодонтогенные новообразования слизистой полости рта. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Методы лечения.
17. Неодонтогенные новообразования мягких тканей ЧЛЮ. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Методы лечения.
18. Острые и хронические лимфадениты лица и шеи. Классификация. Клиника. Диагностика.
19. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
20. Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита. Клиника. Диагностика.

Дифференциальная диагностика. Лечение.

21. Абсцесс подъязычной области. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
22. Позадимолярный периостит, абсцесс ретромолярного пространства. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
23. Абсцесс и флегмона крыло-нёбной ямки. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
24. Абсцессы и флегмоны в области нижней челюсти. Топическая и дифференциальная диагностика, особенности клиники и лечения.
25. Абсцессы и флегмоны в области верхней челюсти. Топическая и дифференциальная диагностика, особенности клиники и лечения.
26. Фурункулы и карбункулы лица. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
27. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Флебит, тромбофлебит и синус-тромбоз. Клиника, диагностика, лечение.
28. Аденофлегмона, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
29. Одонтогенные острые, хронические (синуситы) гаймориты. Этиология. Патогенез, Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения острых, хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов.
30. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Острые сиадениты. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
32. Хронические заболевания слюнных желез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
33. Слюннокаменная болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
34. Образование слюнных желез этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, методы лечения).
35. Невралгия тройничного нерва. Этиология, клиника, диагностика.
36. Неврит лицевого нерва. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
37. Глоссалгия (глоссодиния). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

38. Раны челюстно-лицевой области. Классификация ран. Особенности ран челюстно-лицевой области. Принципы первичной хирургической обработки ран лица и шеи. Цель, методика выполнения.
39. Травмы мягких тканей лица. Классификация, клиника. Особенности хирургической обработки ран лица в зависимости от локализации.
40. Переломы нижней челюсти. Классификация, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы консервативного и хирургического лечения,
41. Переломы верхней челюсти. Классификация по Ле Фор. Этиология, патогенез, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, лечение.
42. Повреждения зубов и альвеолярного отростка. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
43. Переломы скуловых костей. Классификация. Клиника, диагностика, методы лечения.
44. Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
45. Предраки слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
46. Специфические воспалительные заболевания в ЧЛЮ. Классификация, этиология, патогенез, клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.
47. Актиномикоз: классификация, этиология, патогенез, клиника и особенности течения отдельных форм актиномикоза. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.
48. Врожденные расщелины лица. Классификация. Клиника. Хирургические методы лечения.
49. Клиническая картина расщелин губы, твердого и мягкого неба. Причины, классификация. Принципы ранней диагностики. Этапы хирургического лечения пациентов с расщелинами губы, твердого и мягкого неба, колобomой лица.
50. Пластика дефектов мягких тканей лица лоскутом на питающей ножке. Виды лоскутов, показания, методики операций.
51. Медицинская, психологическая и социальная реабилитация больных с травматическими повреждениями ЧЛЮ. Общие принципы.
52. Комплексная медицинская реабилитация пациентов с расщелинами губы, твердого и мягкого неба, колобomой лица. Медицинские показания и противопоказания. Сроки проведения

реабилитации.

4.2. Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача 1

Больной 19 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 39,0 С, пульс 100 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подчелюстной области слева. При пальпации определяется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 36 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 34, 35, 37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Определяется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35,36 зубов определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме «язычков пламени» в области верхушек корней 36 зуба, корневые каналы запломбированы на 1/3.

Клинический анализ крови: L-19.5; Ю-8, П-45, С- 20; Л-17; М-10; СОЭ - 37 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 2

Больная 23 лет поступила на 4-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти справа в области 48 зуба, усиливающиеся при накусывании, невозможность открывания рта, незначительное изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 38,0 С, пульс 90 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет коллатерального отека тканей околоушно-жевательной области справа кожа обычной окраски, не напряжена. В проекции жевательной мышцы пальпируется плотный, резко болезненный инфильтрат. Открывание рта 0,3см., 48 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 1-й степени. Имеется отек и инфильтрация тканей пародонта в области 48. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 48 зуба определяется равномерное округлое расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 48 зуба, корневые каналы не запломбированы.

Клинический анализ крови: L-10.5; П-12, С- 55; Л-20; М-10 ; Э-3; СОЭ -17 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 3

Больной 17 лет поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли при глотании слева, невозможность открывания рта. Два дня назад в поликлинике производилось лечение глубокого кариеса 35 зуба под проводниковой анестезией.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 38,20 С, пульс 96 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо симметрично, кожные покровы лица обычной окраски. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти слева определяется плотный, болезненный инфильтрат. Открывание рта 0,5 см. 35 зуб под пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта

физиологической окраски. Имеется отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки слева. При пальпации определяется инфильтрат в нижнем отделе крыловидно-челюстной складки. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12,5; Ю-5; П-10, С- 58; Л-20; М-7; СОЭ- 20 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 4

Больная 28 лет поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли при открывании рта, затруднение боковых движений нижней челюсти. Два дня назад в поликлинике производилось лечение пульпита 17 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 39,20 С, пульс 126 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: лицо асимметрично за счет отека височной и щечной областей справа, кожные покровы лица обычной окраски не напряжены. Открывание рта 1,5 см. 17 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта без изменений. Определяется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 17,18 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 17 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-32,5; Ю-10; П-40, С- 40; Л-5; М-5; СОЭ- 20 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 5

Больной 19 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на невозможность глотания, ограничение и боли при открывании рта. Пять дней назад появились боли в области прорезающегося 18 зуба, отметил повышение температуры до 38,0 С. Три дня назад отметил ухудшение глотания, затруднение открывания рта.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 95 уд/мин., АД 90/60 мм.рт.ст.

Местно: асимметрия лица за счет умеренного отека мягких тканей подчелюстной области справа, кожные покровы лица обычной окраски, пальпируются увеличенные и болезненные подчелюстные и шейные лимфоузлы. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти справа определяется плотный, болезненный инфильтрат. Открывание рта 1.5 см. 18 зуб прорезался медиальными буграми, перкуссия болезненна, из под

слизистого «капюшона» обильное гноетечение. Имеется асимметрия зева за счет отека передней небной дужки и боковой стенки глотки справа. Язычок смещен влево. При пальпации боковой стенки глотки определяется плотный болезненный инфильтрат. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На боковой рентгенограмме нижней челюсти в области 18 зуба определяется патологический костный карман.

Клинический анализ крови: L-12,5; Ю-5; П-10, С- 61; Л-20; М-4; СОЭ - 20 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 6

Больной 39 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 37,8 С, пульс 89 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека тканей щечной и подглазничной области слева. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат мягких тканей. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 25 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 24,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 25 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 25 зуба, корневые каналы не запломбированы. Клинический анализ крови: L-15.5, П-15, С- 60; Л- 17; М-8; СОЭ -17 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 7

Больная 79 лет обратилась на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 36,9 С, пульс 120 уд/мин., АД 170/100.

Местно: в подподбородочной области пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 2,7 см., 31, 32 зубы подвижны 2-й степени, перкуссия резко болезненна, из патологических зубодесневых карманов обильное гнойное отделяемое. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 31,32 зубов определяется вертикальная резорбция костной ткани альвеол на 2/3 длины корней.

Клинический анализ крови: L-6.5; П-3, С- 65; Л-27; М-5; СОЭ - 37 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, Указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного, лечения.

Ситуационная задача 8

Больной 49 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38.2 С, пульс 99 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей подглазничной области слева, отек нижнего века и щечной области слева. Пальпируется инфильтрация указанных областей. Инфильтрат без четких границ, кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 4 см., 24 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 25,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 24 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 24 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме при-

даточных пазух носа определяется уровень жидкости в затененной левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-13,5; П-3, С- 68; Л-19; М-10; СОЭ - 17 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 9

Больная 25 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на ограничение открывания рта, затруднение боковых движений нижней челюсти, изменение конфигурации лица, головную боль. Пять дней назад в поликлинике производилось лечение пульпита 27 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 116 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо асимметрично за счет отека тканей над скуловой дугой слева, кожные покровы лица обычной окраски. Кожа в данной области в складку собирается с трудом. Открывание рта 0,5 см. 27 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта физиологической окраски. Пальпируется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 28 зуба. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 27 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12,5; Ю-1; П-16, С-45, Л-34; М-4; СОЭ 20 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 10

Больной 58 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, боли при глотании, слюнотечение, затрудненное открывание рта, озноб и недомогание.

Заболевание началось с болей в области 35 зуба. Боли постепенно нарастали, сутки назад появилось онемение левой половины нижней губы.

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39 градусов, пульс 120 ударов в 1 минуту, АД 80/40, тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона на а. Pulmonalis, печень +4 см. из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Положение больного в постели вынужденное-сидячее с опорой на руки, в акте дыхания участвуют межреберные мышцы, язык виден через приоткрытые зубы, покрыт серым налетом, изо рта вытекает зловонная слюна.

Местно: пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат в подчелюстных областях справа и слева, под подбородочной области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 35 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 33,34,37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Слизистая подъязычных областей приподнята, имеются отпечатки коронок Зубов, покрыта грязно-серым налетом, инфильтрирована. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме

«языков пламени» в области верхушки корня 35 зуба, корневого канал запломбирован на 1/3.

Клинический анализ крови: L-19,5; П-55, С- 30; Л-10; М-5; СОЭ -27 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 11

Больной 43 лет обратился на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание, ухудшение зрения, боли при движении глазными яблоками,

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39,20 С, пульс 109 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подглазничной области и области глазницы слева. Пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат области нижнего века левого глаза. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Определяется ограничение движения глазного яблока книзу, отмечается хемоз конъюнктивы и экзофтальм. Пальпация по оси глазного яблока резко болезненная. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи резко болезненна, боль усиливается при наклоне головы вперед. Открывание рта 4 см., 26 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. Имеется отек и гиперемия слизистой в пределах пародонта 26 зуба. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутривидеоманометрической рентгенограмме в области 26 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 26 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется интенсивное тотальное затемнение левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-18,5; П-23; С-58;Л-13; М-6; СОЭ- 27 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 12

Пациент П. 24 года обратился в поликлинику к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль при жевании в области нижней челюсти слева, чувство распирания в области нижней челюсти. Со слов пациента боли беспокоят около 4 дней. Самостоятельно принимал Нимесил в течении 2 дней.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта ограничено до 3 см.

Локальный статус: зуб 3.8 покрыт слизистой оболочкой «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат. Слизистая оболочка покрывающая зуб 3.8 гиперемирована, отечна, пальпация болезненна.

Какие клинические методы исследования необходимы для постановки диагноза.

Дополнительные методы исследования.

Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.

Тактика лечения больного.

Ситуационная задача 13

Пациент К. 47 лет обратился в поликлинику к врачу стоматологу с жалобами на боль в области зуба 4.6, усиливающуюся при приеме пищи, подвижность зуба 4.6. Со слов пациента, боли беспокоят в течении 3 дней, боль появилась во время приема пищи (пациент грыз орехи).

Объективно: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. Локальный статус: Зуб 4.6 изменен в цвете, обширная пломба на окклюзионной поверхности зуба, краевое прилегание нарушено, определяется трещина коронковой части зуба с распространением под десневой край. Слизистая оболочка в области зуба 4.6 гиперемирована, отечна. Определяется подвижность зуба, язычная стенка зуба 4.6 подвижна.

Дополнительные методы обследования.

Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.

Тактика лечения.

Ситуационная задача 14

Пациент Н., 26 лет обратился в городскую стоматологическую поликлинику с жалобами на отек щеки слева и болезненность нижней челюсти слева. Первые симптомы начались около трех дней назад, отек не был выражен. В связи с нарастанием отека, усилением боли и появлением субфебрильной температуры до 37,2, обратился за помощью.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека мягких тканей левой щечной области, поднижнечелюстные лимфоузлы слева при пальпации болезненны, открывание рта в полном объеме. В полости рта: переходная складка в

проекции 3.4-3.7 сглажена, зуб 3.6 разрушен ниже уровня десны, перкуссия его болезненна.

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения пациента.

Через какое время после завершения лечения данного заболевания можно проводить дентальную имплантацию?

Ситуационная задача 15

Женщина 58 л обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие белого рисунка в виде сетки на слизистой оболочке щек, симметричного с двух сторон, безболезненно, появление рисунка отмечает около 2 лет назад, субъективно никак не беспокоит. Пациентка курит около 20 лет по 10 сигарет в день. Ранее за помощью не обращалась, направлена лечащим стоматологом-ортопедом с целью консультации.

Назовите диагноз.

Какая форма данного заболевания представлена в задаче?

Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями необходимо проводить вышеуказанной патологии?

Ситуационная задача 16

В стоматологическую поликлинику поступил больной 23 года с жалобами на отек лица справа, болезненное открывание рта. Со слов больного 2 дня назад попал в потасовку на улице. Объективно: температура тела 36,4; конфигурация лица изменена за счёт слабо болезненного при пальпации отека мягких тканей лица в области нижней челюсти справа, гематома левой периорбитальной области, открывание рта болезненное, ограничено до 1,5 см, глотание безболезненное, не затруднено. В области зубов 47, 48 не десне с вестибулярной стороны кровоподтек. Симптом нагрузки положителен, болезненность справа. На ОПТГ визуализируется линия перелома нижней челюсти справа, проходит на границе между 47-48 зубами, смещений отломков нет. Прикус ортогнатический.

Поставить клинический диагноз; Составить план лечения;

Определить прогноз течения заболевания.

Ситуационная задача 17

В стоматологическую поликлинику обратился больной 22 года. Жалобы на боль при открывании рта, невозможность принятия пищи. Несколько дней назад заметил прорезывание верхнего зуба мудрости слева. Объективно: температура тела 37,1; конфигурация лица не изменена, открывание рта резко болезненное, ограничение открывания из-за болевых ощущений слева. Глотание безболезненное, не затруднено. На слизистой оболочке щеки слева травмированные отпечатки от бугров зуба.

Поставить клинический диагноз.

Составить план хирургического и медикаментозного лечения. Определить прогноз течения заболевания

Ситуационная задача 18

Пациент У 42 года обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие безболезненного образования на слизистой оболочке десны в области нижней челюсти справа, дискомфорт при приеме пищи. Со слов пациента, образование появилось около 5

месяцев назад, затем медленно увеличивалось в размерах. Около года назад лечился у стоматолога ортопеда. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта свободное, в полном объеме. Пальпация альвеолярного отростка нижней челюсти безболезненна. На зубах 3.4 3.5 металлокерамическая конструкция, имеется скол эмали на металлокерамической конструкции в пришеечной области. С вестибулярной стороны нижней челюсти слева в проекции зубов 3.4 3.5 определяется безболезненное образование с гладкой поверхностью, бледно-розового цвета размерами 0.5x1.0x0.5 см, на широком основании, неподвижное, покрытое неизменной слизистой оболочкой.

Поставьте предварительный диагноз.

Назовите дополнительные методы обследования.

Составьте план лечения.

Ситуационная задача 19

Пациент 32 года обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие образования в левой подглазничной области. Со слов пациента образование появилось около 3-х недель назад, медленно увеличивается в размере. Объективно: общее состояние удовлетворительное, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, подвижны. Температура 36.8. В левой подглазничной области определяется безболезненное образование округлой формы с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции, размерами 1.1x1.1x1.0 см. ограничено подвижное, спаянное с кожей в области одной точки-ретенционного пункта. Кожа над образованием незначительно гиперемирована, в области ретенционного пункта белесоватая. В полости рта патологических изменений не выявлено.

Определите тактику лечения.

Какие разрезы применяются при удалении данного образования.

Поставьте предварительный диагноз.

Дифференциальная диагностика

Ситуационная задача 20

Пациентка Ф 24 года обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на образование на нижней губе, мешающее при приеме пищи и разговоре. Со слов пациентки, образование появилось 3 недели назад, когда пациентка прикусила губу, постепенно увеличивается. Объективно: конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы безболезненные при пальпации. Кожные покровы физиологической окраски. Прикус: патологический. Локальный статус: в области нижней губы, справа, в проекции зуба 4.3 определяется образование округлой формы, слизистая оболочка над образованием имеет синюш-

ный оттенок. Пальпация слабо болезненная. Образование мягко-эластической консистенции, размерами 1/1, не спаяно с окружающими тканями.

Поставьте диагноз.

Тактика лечения.

Исход заболевания

Ситуационная задача 21

Пациентка О 55 лет обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль в области нижней челюсти слева, отек щечной области слева. Со слов пациентки боли беспокоят 5 дней, вчера появился отек щечной

области слева. Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека щечной области слева. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны болезненны при пальпации. Локальный статус: зуб 3.6 покрыт металлокерамической коронкой, переходная складка в области зубов 3.5 3.6 3.7 сглажена, отечна. Пальпация резко болезненна, определяется инфильтрат в проекции верхушек корней зуба 4.6, отмечается флюктуация. Перкуссия зуба 4.6 болезненная. На прицельной рентгенограмме определяется равномерное расширение периодонтальной щели в области корней зуба 4.6.

Поставьте диагноз

Составте план лечения

Исход заболевания

Пример решения ситуационных задач.

Задача. Пациентка Н, 50 лет, обратилась с жалобами на морщины и возрастные изменения лица. Предложите методику оперативного лечения. Показания и противопоказания к проведению омолаживающих операций. Виды ритидэктомии. Техника операции.

Операция – ритидэктомия.

Показание к проведению омолаживающих операций-наличие складок кожи лица (избытка мягких тканей).

Противопоказания к проведению омолаживающих операций

1. Тяжёлые заболевания внутренних органов;
2. Инфекционные заболевания;
3. Онкологические заболевания;
4. Нарушения свёртываемости крови;
5. Заболевания нервной системы;
6. Склонность к образованию келоидных рубцов.

Подтяжка кожи лица

(лифтинг лица, ритидэктомия) – это пластическая операция на коже лица и шеи, заключающаяся в подтяжке кожи после удаления отдельных ее лоскутов с целью устранения возрастных изменений.

Основные виды ритидэктомии

Подкожная ритидэктомия.

Стандартная подтяжка кожи лица предполагает выделение кожно-жирового лоскута в пределах трех больших зон (височной, щечной, позадиушной).

Техника операции

1. Разрез, используемый при подтяжке кожи лица имеет сложную форму и чаще проходит в височной, предушной, позадиушной областях, а затем в проекции сосцевидного отростка.

2. Формирование кожно-жирового лоскута:

Кожа отслаивается в пределах височной, щечной, позадиушной областей с помощью скальпеля и изогнутых по плоскости ножниц с закругленными концами. Границы отделе-

ния лоскута зависят от степени выраженности возрастных изменений. Они могут быть минимальными при относительно небольшом птозе мягких тканей, а могут распространяться на всю поверхность шеи, соединяясь с субментальным доступом

4.3. Примеры тестовых заданий

1. При проводниковой анестезии наблюдается блокада какого вида чувствительности?:

- 1) тактильной;
- 2) болевой;
- 3) температурной;
- 4) вкусовой.

2. В каком году синтезирован новокаин?:

- 1) в 1889 году;
- 2) в 1900 году;
- 3) в 1905 году;
- 4) в 1924 году.

3. Сходны ли по химической структуре новокаин и сульфаниламидные препараты?:

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) частично;
- 4) не известно.

4. Цветная проба на идентификацию новокаина, предложенная А.Е. Гуцани и И.Ф. Мунтеану, проводится с:

- 1) хлорамином;
- 2) ацетилсалициловой кислотой;
- 3) марганцовокислым калием;
- 4) формалином.

5. Препарат, содержащий артикаин:

- 1) убистезин;
- 2) маркаин;
- 3) мархаин;
- 4) бупивакаин.

6. Лидокаин расщепляется в каком органе?:

- 1) почках;
- 2) мышцах;
- 3) печени;
- 4) в крови.

7. Растворы прилокаина, используемые для проводниковой анестезии:

1) 1%;

2) 2%;

3) 3%;

4) 5%.

8. Мепивакаин - анестетик, относящийся к группе:

1) сложных эфиров;

2) амидов;

3) артикаина гидрохлорид;

4) этиловый эфир.

9. Как необходимо направлять иглу при проведении внеротовой инфраорбитальной анестезии:

1) вверх, вперед, кнутри;

2) вниз, кзади, кнаружи;

3) вверх, кзади, кнаружи;

4) вниз, вперед, кнутри.

10. Зона обезболивания инфраорбитальной анестезии:

1) только резцы;

2) резцы и клыки;

3) резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с вестибулярной стороны, мягкие ткани подглазничной области;

4) резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с язычной и небной стороны, мягкие ткани подглазничной области.

11. Целевым пунктом туберальной анестезии является:

1) подглазничный нерв;

2) передние верхние альвеолярные нервы;

3) средние верхние альвеолярные нервы;

4) задние верхние альвеолярные нервы.

12. В каком направлении продвигаем иглу при проведении туберальной анестезии?:

1) вверх, кнаружи, назад;

2) вверх, кнаружи, вперед;

3) вверх, внутрь, назад;

4) вверх, внутрь, вперед.

13. Какой ориентир используют для проведения аподактильной мандибулярной анестезии по Гоу-Гейту?:

- 1) нижнечелюстное возвышение;
- 2) над вершиной большого позадиомолярного треугольника;
- 3) крыловидно- нижнечелюстная складка;
- 4) область суставного (мышцелкового) отростка нижней челюсти.

14. При подскуповом методе мандибулярной анестезии Берше предложил проводить вкол иглы:

- 1) по срединетраго-орбитальной линии, на 1.5-2 см ниже края скуловой дуги и подвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;
- 2) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2.5 см;
- 3) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3,5 см;
- 4) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

15. Ментальное отверстие находится:

- 1) под клыком;
- 2) под первым премоляром;
- 3) под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром;
- 4) между вторым премоляром и первым моляром.

16. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

- 1) на питающей ножке;
- 2) встречных треугольных;
- 3) круглого стебельчатого;
- 4) на сосудистом анастомозе.

17. Пластике встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют:

- 1) при рубцовых выворотах век;
- 2) при плоских рубцах;
- 3) при обширных дефектах костей лица;
- 4) при обширных дефектах мягких тканей.

18. Наиболее простой вид пластики местными тканями:

- 1) лоскутами на ножке;
- 2) мобилизация краев раны;
- 3) треугольными лоскутами;
- 4) пересадка свободной кожи.

19. Вид пластики местными тканями, при котором происходит прирост тканей в направлении основного разреза:

- 1) лоскутами на ножке;
- 2) мобилизация краев раны;

- 3) треугольными лоскутами;
- 4) пересадка свободной кожи.

20. Основное правило пластики местными тканями:

- 1) не ушивать рану наглухо;
- 2) недопустима мобилизация тканей;
- 3) отсутствие натяжения в краях раны;
- 4) длина разреза должна быть минимальной.

21. Опрокидывающиеся лоскуты используются:

- 1) для устранения выворота век;
- 2) для устранения дефектов кожи;
- 3) для закрытия линейных разрезов;
- 4) для создания внутренней выстилки.

22. Максимальный допустимый угол поворота лоскута на ножке:

- 1) до 90°;
- 2) до 180°;
- 3) до 210°;
- 4) до 360°.

23. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:

- 1) мостовидным;
- 2) опрокидывающимся;
- 3) удвоенным по Рауэру;
- 4) встречными треугольниками.

24. Для восстановления отсутствующей брови используют лоскут:

- 1) мостовидный;
- 2) из височной области;
- 3) забральный по Лексеру;
- 4) на скрытой сосудистой ножке.

25. Для восстановления дефектов губы у женщин используют мостовидный лоскут:

- 1) с шеи;
- 2) Лексера;
- 3) со щеки;
- 4) Лапчинского.

26. Филатовский стебель, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется:

- 1) острым;

4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Каган И.И., Чемезов С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970420126.html>

Периодические издания (журналы)

1. Клиническая стоматология

<https://dlib.eastview.com/browse/publication/333506/udb/12/клиническая-стоматология>

2. Стоматология

<https://dlib.eastview.com/browse/publication/117555/udb/12/стоматология>

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. Электронная библиотека Курского государственного медицинского университета Medicus <http://library.kursksmu.net>

2. Электронная библиотечная система "Консультант студента". База данных «Комплект Курского ГМУ» <http://www.studentlibrary.ru/>

3. База данных «MedBaseGeotar» <https://mbasegeotar.ru/>

4. Цифровой образовательный ресурс IPR SMART

<https://www.iprbookshop.ru/>

5. Электронная библиотечная система «Букап» <https://www.books-up.ru/ru/catalog/>

6. Электронные газеты и журналы на платформе East View <https://dlib.eastview.com/>

7. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU <https://elibrary.ru>

8. Сайт издательства «Медиа Сфера» <https://www.mediasphera.ru/>

9. Рубрикатор клинических рекомендаций <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

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 письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

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 процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания 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 государственного аттестационного испытания 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 КГМУ.

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

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена 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 даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.