



# 1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине: Оториноларингология

по специальности: 31.08.58 Оториноларингология

№ п / п	Контролируемые разделы (темы), модули дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	1. Анатомия и физиология ЛОР-органов, методы исследования в оториноларингологии 2. Воспалительные заболевания уха 3. Воспалительные заболевания глотки и гортани 4. Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух 5. Опухоли лор-органов 6. Травмы, инородные тела лор-органов 7. Аудиология и сурдология 8. Отоневрология 9. Детская оториноларингология	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	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</li> <li>- общие вопросы организации оториноларингологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи;</li> <li>- причины и механизмы развития болезней, сущность функциональных и морфологических процессов и их клинические проявления при заболеваниях ЛОР органов у пациентов различных возрастных групп;</li> <li>- основы фармакотерапии ЛОР болезней, фармакодинамику и фармакинетику основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и их коррекцию;</li> <li>- основы иммунологии и реактивности организма и клинической генетики;</li> <li>- основы немедикаментозной терапии: физиотерапии и санаторно-курортного лечения;</li> <li>- основы рационального питания здоровых и больных;</li> <li>- противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</li> <li>- МСЭ при ЛОР болезнях;</li> <li>- диспансерное наблюдение за здоровыми и больными;</li> <li>- формы и методы санитарно-просветительной работы;</li> <li>- особенности течения, диагностики и лечения заболеваний ЛОР органов в различных возрастных группах.</li> <li>- симптоматику заболеваний ЛОР органов;</li> <li>- дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов</li> <li>- современную классификацию болезней и причин смерти;</li> <li>- диагностическую значимость (в том числе специфичность, чувствительность) результатов дополнительных методов исследования;</li> </ul>	Тестовые задания	100
				Комплект вопросов для собеседования	75
				Комплект ситуационных задач	30

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- правила оформления клинического диагноза;</li> <li>- этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз заболеваний (воспалительных, аллергических, метаболических, дегенеративных, опухолевых, токсических) ЛОР органов, а также основных инфекционных заболеваний;</li> <li>- фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие лекарств в организме;</li> <li>- методы и принципы начального и поддерживающего лечения и комбинированной фармакотерапии, оценку пользы и риска при применении лекарств;</li> <li>- возможности неотложной клинической диагностики острых осложнений заболеваний ЛОР органов, включая пограничные ситуации хирургического, неврологического, инфекционного, интоксикационного профиля;</li> <li>- физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний;</li> <li>- методы специфического (причинной) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи;</li> <li>- методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при хронических заболеваниях.</li> <li>- формы и методы санитарно-просветительной работы.</li> </ul> <p><b><u>Уметь:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации, трудоспособность;</li> <li>- верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в поликлинику;</li> <li>- использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными;</li> <li>- определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: только наблюдение, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния,</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<p>приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение.</p> <p><i>квалифицированно осуществлять:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эффективное и безопасное лечение больных, в том числе постоянное самостоятельное лечение и наблюдение хронических больных, а также первичную и вторичную профилактику болезней;</li> <li>- плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, медикаменты, и осуществлять динамический контроль за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних).</li> </ul> <p>осуществлять диагностику и квалификационную врачебную помощь при неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния;</li> <li>- определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи в полном объеме; начать лечение и вызвать на консультацию соответствующего врача-специалиста;</li> <li>- провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию;</li> <li>- провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, антитоксические препараты при отравлениях, гемостатические и др.);</li> <li>- профилактику аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций;</li> <li>- динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма;</li> <li>- оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии;</li> <li>- оказывать неотложную помощь при кровотечениях из ЛОР органов;</li> <li>- оказывать первую помощь при открытых и закрытых травмах ЛОР органов, при различных видах ожогов ЛОР органов (термических, химических);</li> <li>- извлекать инородные тела ЛОР органов;</li> <li>- выполнять необходимые хирургические манипуляции и оперативные вмешательства при патологии ЛОР органов, включенными в обязательный перечень);</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;</li> <li>- оформить медицинскую документацию.</li> </ul> <p><b><u>Владеть:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- комплексом методов стандартного оториноларингологического обследования (сбор анамнеза, наружный осмотр; отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, эпифарингоскопия, камертональная аудиометрия, отомикроскопия, ольфактометрия, стробоскопия);</li> <li>- комплексом методов специфического обследования (эндоскопия и микроскопия ЛОР органов, основными методами аудиологического обследования больных);</li> <li>- основными принципами лечения воспалительной патологии ЛОР органов;</li> <li>- основными принципами лечения невоспалительной патологии ЛОР органов;</li> <li>- основными принципами лечения опухолевой патологии ЛОР органов;</li> <li>- необходимыми хирургическими манипуляциями и оперативными вмешательствами при патологии ЛОР органов, включенными в обязательный перечень;</li> <li>- методами эффективного и безопасного лечения больных (в том числе хирургическими), а также первичной и вторичной профилактикой болезней ЛОР органов;</li> <li>- принципами планового комплексного лечения больных с использованием режима, диеты, физиотерапии, медикаментозной терапии, оценкой эффективности и переносимости назначенного лечения, его коррекции при необходимости (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних);</li> <li>- клинической идентификацией вида и степени тяжести неотложного состояния в оториноларингологии;</li> <li>- неотложными мероприятиями при острых воспалительных процессах ЛОР органов; - первой помощью при открытых и закрытых травмах ЛОР органов;</li> <li>- неотложными мероприятиями при химических и термических ожогах ЛОР органов;</li> <li>- неотложными мероприятиями при кровотечениях из ЛОР органов;</li> <li>- неотложными мероприятиями при инородных телах ЛОР органов;</li> <li>- принципами неотложной помощи при ЛОР патологии;</li> <li>- определением тактики ведения больного (самостоятельное оказание врачебной помощи в полном</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<p>объеме, а также привлечение для консультации соответствующего врача-специалиста);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проведением экстренной медикаментозной терапией по показаниям (антибиотики, анальгетики, гипотензивные средства, противовоспалительные препараты и др.);</li> <li>- профилактикой аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций;</li> <li>- динамическим наблюдением за состоянием жизненно важных функций организма;</li> <li>- оценкой состояния больного перед операцией, проведением премедикации;</li> <li>- осуществлением наблюдения за больным и необходимым лечением в послеоперационном периоде до полной клиничко-функциональной реабилитации;</li> <li>- проведением местного обезболивания при хирургическом лечении некоторых заболеваний ЛОР органов: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия;</li> <li>- проведением неотложных мероприятий при неотложных состояниях организма и травмах (остановка наружного кровотечения, искусственная вентиляция легких экспираторными методами и с помощью ручных дыхательных аппаратов, закрытый массаж сердца при клинической смерти, неотложные мероприятия при асфиксии – восстановление проходимости дыхательных путей с помощью приема Сафара, непрямая электрическая дефибрилляция сердца, неотложная терапия шоковых состояний, отравлений, наложение шин при переломах конечностей, оказание первой помощи при поражении электрическим током).</li> </ul>		
--	--	--	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

(полный перечень оценочных средств)

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

Выберите один правильный ответ:

#### Раздел 1 Анатомия и физиология ЛОР-органов, методы исследования в оториноларингологии

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. ВЕРХНЯЯ СТЕНКА ПОЛОСТИ НОСА ОБРАЗОВАНА: 1) средними и задними клетками решетчатой кости 2) ситовидной пластинкой решетчатой кости 3) нижней стенкой лобной пазухи 4) отростками решётчатой кости	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
2. ДВЕ НИЖНИЕ ТРЕТИ ПОЛОСТИ НОСА ВЫСТИЛАЕТ ЭПИТЕЛИЙ: 1) обонятельный 2) многорядный цилиндрический мерцательный 3) многослойный плоский неороговевающий 4) кубический	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
3. НОСОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНА: 1) четырехугольным хрящом 2) носовым гребнем небного отростка верхней челюсти 3) носовым гребнем небного отростка верхней челюсти 4) сошником	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
4. ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ВДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ЧЕРЕЗ ПОЛОСТЬ НОСА ПРОИСХОДИТ: 1) очищение, согревание 2) очищение, увлажнение, обеззараживание 3) очищение, согревание, обеззараживание, увлажнение 4) увлажнение, согревание	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
5. НИЖНЯЯ СТЕНКА ПОЛОСТИ НОСА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ: 1) небный отросток верхней челюсти, горизонтальную пластинку небной кости 2) четырехугольный хрящ 3) сошник 4) перпендикулярную пластинку решетчатой кости	УК-1, УК-3; ПК-5 ПК-9
6. ВЕНОЗНАЯ КРОВЬ ИЗ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ОТТЕКАЕТ: 1) в наружную яремную вену 2) в переднюю лицевую вену, в угловую вену, в глоточное и крыловидное сплетения 3) в заглочное пространство	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9

4) в вены гортаноглотки	
7.ЛИМФАТИЧЕСКИЕ СОСУДЫ НОСА СООБЩАЮТСЯ СО СЛЕДУЮЩИМИ ПРОСТРАНСТВАМИ: 1) подпаутинным 2) субдуральным 3) эпидуральным 4) субдуральным и подпаутинным	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
8.КОРКОВЫЙ КОНЕЦ ОБОНЯТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1) в лобной доле 2) в теменной доле 3) в височной доле 4) в мозжечке	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
9.КИССЕЛЬБАХОВО СПЛЕТЕНИЕ РАСПОЛОЖЕНО НА: 1) передней трети перегородки носа 2) нижней носовой раковине 3) задней стенке глотки 4) мягком небе	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
10. НА ВЕРХНЕЙ СТЕНКЕ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ РАСПОЛАГАЕТСЯ: 1) пещеристый синус 2) гипофиз 3) внутренняя сонная артерия 4) chiasma opticum	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
11. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ КОМПЛЕКСОМ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) передняя, средняя и задняя риноскопия, рентгенография околоносовых пазух, компьютерная томография околоносовых пазух, видеоэндоскопия 2) передняя риноскопия, диафаноскопия, видеоэндоскопия, рентгенография околоносовых пазух 3) рентгенография околоносовых пазух, передняя и средняя риноскопия, видеоэндоскопия 4) передняя и средняя риноскопия, компьютерная томография околоносовых пазух	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
12. НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ПРОРЕЗЫВАЮТ ЩЕЛИ, КОТОРЫЕ НАЗЫВАЮТСЯ: 1) трабекулы 2) крипты 3) фолликулы 4) псевдокапсула	УК-1, УК-3; ПК-5; ПК-9
13. ГЛОТОЧНЫЕ УСТЬЯ СЛУХОВЫХ ТРУБ ОТКРЫВАЮТСЯ: 1) на задней стенке носоглотки 2) на боковой стенке носоглотки 3) на верхней стенке носоглотки 4) на задней стенке ротоглотки	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-5; ПК-9
14. В ЗАГЛОТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ: 1) жировой ткани 2) сосудистой ткани 3) лимфоидной ткани 4) соединительной ткани	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9



<p>15. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СЛОИ ГЛОТКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фиброзный слой, сосудистый слой, мышцы глотки, фасция глотки</li> <li>2) сосудистый слой, мышцы глотки, фасция глотки</li> <li>3) фасция глотки, мышцы глотки, сосудистый слой</li> <li>4) слизистая оболочка, фиброзный слой, мышцы глотки, фасция глотки</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9</p>
<p>16. ДВИГАТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ГОРТАНИ В ОСНОВНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нижнегортанный нерв</li> <li>2) лицевой нерв</li> <li>3) верхнегортанный нерв</li> <li>4) языкоглоточный нерв</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9</p>
<p>17. СВЯЗКА, ЗАКРЫВАЮЩАЯ ЩЕЛЬ МЕЖДУ ПЕРСТНЕВИДНЫМ И ЩИТОВИДНЫМ ХРЯЩАМИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) коническая связка</li> <li>2) щитоподъязычная мембрана</li> <li>3) щитонадгортанная связка</li> <li>4) голосовая связка</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5 ПК-9</p>
<p>18. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) трансформирует звуковые колебания в механические, экранирующая</li> <li>2) является наружной стенкой полости среднего уха, изолирует его от внешней среды</li> <li>3) является мембраной – приемником звуковых колебаний</li> <li>4) защищает среднее ухо от инфекции</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9</p>
<p>19. ПЕРЕДНЯЯ СТЕНКА БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ГРАНИЧИТ С:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) входом в пещеру сосцевидного отростка</li> <li>2) выступом основного завитка улитки</li> <li>3) луковицей яремной вены</li> <li>4) внутренней сонной артерией</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9</p>
<p>20. ЭТАЖИ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпитимпанум, мезотимпанум, гипотимпанум</li> <li>2) антрум, эпитимпанум, гипомезотимпанум</li> <li>3) аттик, антрум</li> <li>4) аддитус, эпитимпанум, мезотимпанум</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9</p>
<p>21. СОДЕРЖИМОЕ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) слуховые косточки, связки, мышцы, нервы</li> <li>2) слуховые косточки, слизистая оболочка, полукружные каналы</li> <li>3) слуховые косточки, соединительная ткань, слизистая оболочка</li> <li>4) слуховые косточки, мышцы, полукружные каналы</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>
<p>22. ГЛАВНЫЕ ФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) защитная, дренажная</li> <li>2) вентиляционная, дренажная</li> <li>3) резонаторная</li> <li>4) участвует в системе звукопроводения</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>
<p>23. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СЛУХОВАЯ ТРУБА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) зияет</li> <li>2) полуспавшаяся</li> <li>3) спавшаяся</li> <li>4) зияют устья</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>
<p>24. ПРИ ЛЮБОМ ТИПЕ СТРОЕНИЯ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ОБЯЗАТЕЛЬНО ЕСТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) верхушечная клетка</li> <li>2) перифасциальная клетка</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>

3) антральная клетка 4) угловая клетка	
25. АДЕКВАТНЫМ РАЗДРАЖЕНИЕМ ДЛЯ ПОЛУКРУЖНЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) центробежное ускорение, прямолинейное движение 2) прямолинейное движение, центростремительное ускорение 3) центростремительное ускорение, угловые ускорения 4) угловые ускорения	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
26. ПОСРЕДСТВОМ КАКИХ НЕРВНЫХ ДУГ (НЕРВНЫХ СВЯЗЕЙ) СВЯЗАНЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ РЕЦЕПТОРЫ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА С ОТДЕЛАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ?: 1) вестибулоспинальной, вестибулоглазодвигательной, вегетативной, корковой 2) вестибулоглазодвигательной, вестибулоспинальной, вестибуломозжечковой, вегетативной, корковой 3) вестибуломозжечковой, вегетативной, корковой 4) вегетативной, корковой, вестибулоглазодвигательной, вестибулоспинальной	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
27 ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ОПЫТЫ РИННЕ И ЖЕЛЛЕ ГОВОРЯТ О ПОРАЖЕНИИ: 1) звукопроводящего аппарата 2) звуковоспринимающего аппарата 3) не имеют диагностического значения 4) звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
28 В КАМЕРТОНАЛЬНОМ ОПЫТЕ ВЕБЕРА ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ ЗВУКА БУДЕТ: 1) в большую сторону 2) в здоровую сторону 3) кпереди 4) не будет латерализации	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
29. ОСМОТР ГОРТАНИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОДВИЖНОСТИ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК ПРОВОДЯТ: 1) при спокойном дыхании, при фонации, при глубоком вдохе 2) на выдохе 3) при задержке дыхания 4) при форсированном выдохе	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
30. ПРИ ВДОХЕ ГОЛОСОВЫЕ СКЛАДКИ: 1. разомкнуты (голосовая щель в виде треугольника с острым углом) 2. расположение не изменяется по сравнению со вдохом 3. разомкнуты (голосовая щель в виде треугольника с тупым углом) 4. разомкнуты (голосовая щель в виде треугольника с прямым углом)	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11

## Раздел 2 Воспалительные заболевания уха

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой</b>
--	---

	<b>направлено это тестовое задание</b>
<p>31. ДИФФУЗНЫЙ ГНОЙНЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. воспаление кожи перепончатого и костного отделов наружного слухового прохода</li> <li>2. воспаление кожи, подкожного слоя костного отдела наружного слухового прохода и нередко поражение барабанной перепонки</li> <li>3. воспаление кожи хрящевого отдела наружного слухового прохода</li> <li>4. воспаление кожи, подкожного слоя перепончато-хрящевого и костного отделов наружного слухового прохода, поражение барабанной перепонки</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
<p>32. ПРИ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПОРАЖАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. только мочка</li> <li>2. ушная раковина и сосцевидный отросток</li> <li>3. вся ушная раковина</li> <li>4. большая часть ушной раковины за исключением мочки</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-11
<p>33. ЗАБОЛЕВАНИЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ГРИБКОВОЙ ФЛОРОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. муковисцедоз</li> <li>2. отомикоз</li> <li>3. хламидиоз</li> <li>4. описторхоз</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
<p>34. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ОТИТ – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. воспаление барабанной перепонки, слуховой трубы и сосцевидного отростка</li> <li>2. воспаление барабанной перепонки, слизистой барабанной полости, слуховой трубы</li> <li>3. воспаление барабанной полости, слуховой трубы и сосцевидного отростка</li> <li>4. воспаление барабанной перепонки, слизистой барабанной полости, слуховой трубы и сосцевидного отростка</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
<p>35. МЕСТНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОСТРОМ СРЕДНОМ ОТИТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. боли в ухе, боли в области сосцевидного отростка, боли при надавливании на козелок</li> <li>2. боли в ушной раковине, боли в подчелюстной области на стороне поражения</li> <li>3. боли в ухе, чувство заложенности в ухе, шум в ухе, понижение слуха</li> <li>4. головная боль, ощущение переливания жидкости в ухе</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
<p>36. ПРИ ОТОГЕННОМ ЭКСТРАДУРАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ МОЗГА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВОДИТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. антростомию</li> <li>2. общеполостную радикальную операцию</li> <li>3. расширенную общеполостную операцию с обнажением мозговой оболочки</li> <li>4. аттикотомию</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
<p>37. ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. мезотимпанит, эптитимпанит и мезо-эпитимпанит</li> <li>2. мезотимпанит и эптитимпанит</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-

3. «доброкачественный» и «злокачественный» 4. мезотимпанит и хронический гнойный средний отит, осложненный грануляциями	5; ПК-11
38. ХАРАКТЕР ТУГОУХОСТИ ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ: 1. нарушение звуковосприятия 2. нарушение звукопроводения 3. смешанная тугоухость 4. слух не страдает	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
39. ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ХАРАКТЕРНО: 1. прекращение выделений из уз уха, улучшение слуха 2. боль в ухе, повышение температуры 3. гноетечение из уха, снижение слуха 4. головная боль, шум в ухе, ощущение тяжести в ухе	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
40. ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА: 1. отоанtrit, мастоидит, острая нейросенсорная тугоухость, парез лицевого нерва, хронический отит 2. внутричерепные осложнения, лабиринтит, отосклероз 3. адгезивный отит, тимпаносклероз, доброкачественные и злокачественные новообразования среднего уха 4. парез лицевого нерва, тромбоз сигмовидного синуса, злокачественные опухоли барабанной полости	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11

### Раздел 3 Воспалительные заболевания глотки и гортани

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
41. ГОРТАННАЯ АНГИНА – ЭТО: 1. воспаление лимфоцитарных фолликул в подслизистом слое гортаноглотки и вестибулярном отделе гортани 2. воспаление лимфоцитарных фолликул в слизистом слое гортаноглотки и вестибулярном отделе гортани 3. инфильтрация слизистой оболочки гортаноглотки и вестибулярного отдела гортани 4. воспаление слизистой оболочки гортаноглотки и вестибулярного отдела гортани	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
42. ЛОЖНЫЙ КРУП, ОСНОВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ: 1. отек клетчатки подскладочного отдела гортани 2. отек слизистой оболочки подскладочного отдела гортани и трахеи 3. воспаление слизистой оболочки подскладочного отдела гортани 4. отек клетчатки подскладочного отдела гортани и трахеи	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11

<p>43. ХОНДРОПЕРИХОНДРИТ ГОРТАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, увеличением объема гортани (припухлость), утолщением хрящей гортани, нарушением подвижности гортани (исчезновение «хруста» хрящей гортани), стенозом гортани</li> <li>2. болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, наличием пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке</li> <li>3. болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, наличием пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке, увеличением объема гортани и утолщением ее хрящей</li> <li>4. болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, наличием пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке, нарушением подвижности гортани</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>
<p>44. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфекционные заболевания, переохлаждение, перенапряжение голосовых складок, профессиональные вредности</li> <li>2. инфекционные заболевания, переохлаждение, перенапряжение голосовых складок, ангины</li> <li>3. профессиональные вредности, инфекционные заболевания, переохлаждение, ангины</li> <li>4. инфекционные заболевания, переохлаждение, перенапряжение голосовых складок, профессиональные вредности, ангины</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>
<p>45. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГНОЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в околоминдаликовом пространстве</li> <li>2. в лакунах небной миндалины</li> <li>3. внутри небной миндалины</li> <li>4. в заглоточном пространстве</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>
<p>46. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАГЛОТОЧНОГО АБСЦЕССА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. средний</li> <li>2. пожилой</li> <li>3. детский</li> <li>4. старческий</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>
<p>47. ХАРАКТЕРИСТИКА НАЛЕТОВ ПРИ ДИФТЕРИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. налеты сплошные, грязно-серые, выходят за пределы небных дужек, снимаются с трудом, не растираются между стеклами, налеты тонут в воде</li> <li>2. налеты растворяются в воде</li> <li>3. налеты гнойные, легко снимаются</li> <li>4. налеты раздавливаются между стеклами</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>
<p>48. ФАРИНГОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиперемия краёв небных дужек, рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками, рыхлые или рубцово-измененные миндалины, казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин, регионарный лимфаденит</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>2. гиперемия небных миндалин, налёты на миндалинах, регионарный лимфаденит</li> <li>3. гиперемия краёв небных дужек, резкое увеличение небных миндалин, больше с одной стороны, регионарный лимфаденит</li> <li>4. язвенно-некротические налёты на небных миндалинах, жидкий гной в лакунах миндалин, регионарный лимфаденит</li> </ul>	
<p>49. ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. хроническое воспаление небных миндалин</li> <li>2. инфекционно-аллергическое заболевание с местной стойкой воспалительной реакцией небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией</li> <li>3. острое воспаление небных миндалин</li> <li>4. инфекционно-аллергическое заболевание</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-11
<p>50. ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. гиперпластический и некротический</li> <li>2. серозный и гнойный</li> <li>3. катаральный, гипертрофический, атрофический</li> <li>4. катаральный и гнойный</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-11; ПК-12

#### Раздел 4 Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух.

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
<p>51. ЧТО ТАКОЕ ОЗЕНА?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. воспаление слизистой оболочки и костного скелета носовой перегородки, носовых пазух, со зловонным запахом и гипосмией</li> <li>2. атрофический процесс слизистой оболочки и костного скелета носовых раковин, со зловонным запахом и anosmией</li> <li>3. гипертрофический процесс слизистой оболочки, подслизистого слоя и хрящевой основы носовой перегородки, со сладковатым запахом и гиперосмией</li> <li>4. атрофический процесс слизистой оболочки или костного скелета носовой перегородки, со зловонным запахом и anosmией</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-11; ПК-12
<p>52. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЗЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. зловонный насморк, отсутствие обоняния, гипертрофия носовых раковин, вязкий секрет</li> <li>2. отсутствие обоняния, вязкий секрет, широкие носовые ходы, гипертрофия носовых раковин</li> <li>3. зловонный насморк, вязкий секрет, широкие носовые ходы, гипертрофия носовых раковин</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-11; ПК-12

4. зловонный насморк, широкие носовые ходы, отсутствие обоняния, вязкий секрет	
53. ПРИ ГНОЙНОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ: 1. в среднем носовом ходе 2. в нижнем носовом ходе 3. в верхнем носовом ходе 4. в преддверии носа	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
54. СЕПТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ЭКЗОФТАЛЬМ, ДВУСТОРОННИЙ ХЕМОЗ, ОТЕК ВЕК ПРИ НАЛИЧИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СО СТОРОНЫ НОСА ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАПОДОЗРИТЬ: 1. тромбоз сигмовидного синуса 2. абсцесс мозга 3. флегмону орбиты 4. тромбоз кавернозного синуса	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
55. ПОРЯДОК НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ПРИ ОРБИТАЛЬНЫХ РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ: 1. периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, абсцесс века, флегмона орбиты, неврит зрительного нерва 2. субпериостальный абсцесс, периостит орбиты, абсцесс века, неврит зрительного нерва, флегмона орбиты 3. абсцесс века, субпериостальный абсцесс, периостит орбиты, флегмона орбиты, неврит зрительного нерва 4. абсцесс века, периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, флегмона орбиты, неврит зрительного нерва	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
56. РИНОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ, КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ: 1. височной доли 2. лобной доли 3. ствола мозга 4. затылочной доли	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
57. НАИЛУЧШИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОТТОКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОДЕРЖИМОГО ИМЕЕТ: 1. клиновидная пазуха и задние клетки решетчатого лабиринта 2. лобная пазуха и передние клетки решетчатого лабиринта 3. лобная и клиновидная пазухи 4. верхнечелюстная пазуха	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
58. СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ, ЯВЛЯЮТСЯ: 1. заложенность носа 2. кровоточивость слизистой оболочки носа 3. гнойные выделения 4. бледная, сероватая слизистая полости носа; полипы в носовых ходах; наличие эозинофилов в отделяемом из носа	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
59. ПОЛИНОЗ – ЭТО: 1. сезонный аллергический ринит 2. круглогодичный аллергический ринит 3. нейровегетативная форма вазомоторного ринита 4. обострение хронического гипертрофического ринита	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
60. ВАЗОМОТОРНАЯ РИНОПАТИЯ – ЭТО: 1. хронический васкулит, который локализуется преимущественно в полости носа	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-

<ol style="list-style-type: none"> <li>2. склеротические изменения сосудов полости носа</li> <li>3. нервно-рефлекторное заболевание с чрезмерной лабильностью нервного аппарата, регулирующего тонус сосудов полости носа</li> <li>4. хроническое воспаление слизистой оболочки полости носа с гипертрофией нижних носовых раковин</li> </ol>	5; ПК-9; ПК-11
<p>61. ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ - ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. хронический воспалительный процесс слизистой оболочки полости носа, который сопровождается ее гиперплазией, чаще всего в области нижних носовых раковин</li> <li>2. доброкачественный неопластический процесс в области носовых раковин</li> <li>3. паретическое состояние сосудов носа с увеличением объема носовых раковин</li> <li>4. хронический воспалительный процесс слизистой оболочки полости носа с истощением её</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>62. КАКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА ВЫ ЗНАЕТЕ?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. катаральный, атрофический, гипертрофический, вазомоторный</li> <li>2. экссудативный, атрофический, вазомоторный, гипертрофический</li> <li>3. атрофический, гипертрофический, вазомоторный, гнойный</li> <li>4. вазомоторный, экссудативный, гнойный</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>63. ЧТО ТАКОЕ ОСТРЫЙ РИНИТ?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа</li> <li>2. неспецифическое поражение слизистой и подслизистой области носовых ходов</li> <li>3. специфическое воспаление обонятельной и респираторной области носовых ходов и носовых пазух</li> <li>4. неспецифическое раздражение обонятельной и респираторной области полости носа</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>64. ПО КАКИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПУТЕЙ ВОЗМОЖНО РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ ФУРУНКУЛЕ НОСА В КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. передняя лицевая вена – внутренняя яремная вена</li> <li>2. лицевая вена</li> <li>3. угловая вена – верхне-глазничная вена</li> <li>4. позадичелюстная вена</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-11; ПК-12
<p>65. НАРУШЕНИЕ ОБОНЯНИЯ — ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. афония</li> <li>2. атрезия</li> <li>3. аносмия</li> <li>4. амовроз</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-11; ПК-12

## Раздел 5 Опухоли ЛОР-органов

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование</b>
--	---------------------------------------



	<b>которой направлено это тестовое задание</b>
<p>66. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рост опухоли занимает большой промежуток времени, носовое дыхание нарушается постепенно</li> <li>2. изъязвление</li> <li>3. кровоточивость</li> <li>4. инфильтративный рост</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>67. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ НОСА, ИМЕЮЩАЯ ВИД ЦВЕТНОЙ КАПУСТЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. фиброма</li> <li>2. папиллома</li> <li>3. ангиома</li> <li>4. полип</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>68. ДИАГНОЗ ОСТЕОМЫ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. жалоб на головные боли, деформации лицевого скелета и смещения глазного яблока, наличия интенсивной округлой тени костной плотности на рентгенограмме</li> <li>2. риноскопической картины, наличия интенсивной округлой тени костной плотности на рентгенограмме</li> <li>3. жалоб на головные боли, деформации лицевого скелета и смещения глазного яблока, биопсии</li> <li>4. жалоб на головные боли, деформации лицевого скелета и смещения глазного яблока, данных диагностической пункции пазухи</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>69. ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТЕОМЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верхнечелюстных пазухах</li> <li>2. клетках решетчатого лабиринта</li> <li>3. основных пазухах</li> <li>4. лобных пазухах</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>70. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ НОСА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гемангиоэндотелиома, лимфосаркома</li> <li>2. фиброма</li> <li>3. остеома</li> <li>4. ангиома</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>71. ЛОКАЛИЗАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КРОВОТОЧАЩЕГО ПОЛИПА НОСА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. хрящевая часть носовой перегородки, частые носовые кровотечения</li> <li>2. сошник, хрящевая часть носовой перегородки, частые носовые кровотечения</li> <li>3. решетчатый лабиринт (перпендикулярная пластинка), средние носовые раковины, частые носовые кровотечения</li> <li>4. хрящевая часть носовой перегородки, сошник, средние носовые раковины, частые носовые кровотечения</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>72. ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ГЛОТКИ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рентгенотерапия, хирургическое лечение, комбинированное лечение</li> </ol>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-

<ul style="list-style-type: none"> <li>2. лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое и комбинированное лечение</li> <li>3. рентгенотерапия, химиотерапия, хирургическое и комбинированное лечение</li> <li>4. лучевая терапия, химиотерапия</li> </ul>	5; ПК-9; ПК-11
<p>73. СИМПТОМОМ ГЛОМУСНОЙ ОПУХОЛИ СРЕДНЕГО УХА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. красное пульсирующее образование за барабанной перепонкой</li> <li>2. кровенаполненная булла на барабанной перепонке</li> <li>3. часто образующаяся геморрагическая корка в наружном слуховом проходе</li> <li>4. высокочастотный постоянный шум в больном ухе</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>74. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. папиллома, гемангиома, лимфангиома, саркома</li> <li>2. папиллома, гемангиома, лимфангиома</li> <li>3. папиллома, гемангиома, рак, лимфангиома</li> <li>4. папиллома, рабдомиома, ~саркома, гемангиома</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>75. СИМПТОМЫ РАКА ГОРТАНИ ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. охриплость</li> <li>2. затруднённое дыхание</li> <li>3. парестезия, кашель, затруднение глотания</li> <li>4. кровохарканье</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11

## Раздел 6 Травмы, инородные тела ЛОР-органов

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
<p>76. ПРИЧИНАМИ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА МОГУТ БЫТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. аномалия развития лицевого скелета и хронический гипертрофический ринит</li> <li>2. травмы носа и аномалия развития лицевого скелета</li> <li>3. хронический гипертрофический ринит и полипоз носа</li> <li>4. острый ринит, травмы носа и аномалия развития лицевого скелета</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
<p>77. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ЛАТЕРАЛЬНЫХ СТенок РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА С РАЗРЫВОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. выраженный отек мягких тканей лица</li> <li>2. носовое кровотечение</li> <li>3. кровотечение, гематома в области орбиты</li> <li>4. эмфизема в области лица и/или орбиты</li> </ul>	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11

<p>78. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ НАДО ПЕРЕВЯЗЫВАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. нижнюю щитовидную артерию, наружную сонную артерию</li> <li>2. общую сонную артерию, глоточные ветви нижней щитовидной артерии, нижнюю щитовидную артерию</li> <li>3. наружную сонную артерию, нисходящую нёбную артерию, нижнюю щитовидную артерию</li> <li>4. нисходящую нёбную артерию, нижнюю щитовидную артерию, общую сонную артерию</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>79. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ С НИСТАГМОМ В СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ, ТУГОУХОСТЬ, КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, ЛИКВОРЕЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. продольного перелома пирамиды височной кости</li> <li>2. поперечного перелома пирамиды височной кости</li> <li>3. перелома клиновидной кости</li> <li>4. перелома теменной кости</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>80. ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА, ПОЛНОЕ УГАСАНИЕ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИЙ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. поперечном переломе пирамиды височной кости</li> <li>2. продольном переломе пирамиды височной кости</li> <li>3. переломе клиновидной кости</li> <li>4. переломе теменной кости</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>

## Раздел 7 Аудиология и сурдология

<p><b>Тестовые задания с вариантами ответов</b></p>	<p><b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b></p>
<p>81. ТИПЫ ТУГОУХОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сенсоневральная, интоксикационная, сосудистая</li> <li>2. сосудистая, нейрогенная, смешанная</li> <li>3. кондуктивная, сосудистая, смешанная</li> <li>4. сенсоневральная, кондуктивная, смешанная</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>82. ПРИ ПЕРЕДАЧЕ ЗВУКОВЫХ КОЛЕБАНИЙ С БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ НА ПОДНОЖНУЮ ПЛАСТИНКУ СТРЕМЕНИ СИЛА ЗВУКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ НА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 60 дБ</li> <li>2. 10 дБ</li> <li>3. 25 дБ</li> <li>4. 40 дБ</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>

83. В КАМЕРТОНАЛЬНОМ ОПЫТЕ ВЕБЕРА ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ ЗВУКА БУДЕТ: 1. в большую сторону 2. в здоровую сторону 3. кпереди 4. не будет латерализации	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8; ПК-9; ПК-1; ПК-12
84. ОЦЕНКА ПОДВИЖНОСТИ ЦЕПИ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК ЧРЕЗВЫЧАЙНО ВАЖНА ПРИ: 1. профессиональном неврите слухового нерва 2. серной пробке наружного слухового прохода 3. отосклерозе 4. болезни Меньера	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
85. КОХЛЕАРНЫЙ НЕВРИТ – ЭТО: 1. заболевание слухового анализатора, клинически проявляющееся сенсоневральной тугоухостью и субъективным низким шумом в ушах 2. заболевание слухового анализатора, клинически проявляющееся кондуктивной тугоухостью и субъективным высоким шумом в ушах 3. заболевание слухового анализатора, клинически проявляющееся смешанной тугоухостью и субъективным высоким шумом в ушах 4. заболевание слухового анализатора, клинически проявляющееся сенсоневральной тугоухостью и субъективным высоким шумом в ушах	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11

## Раздел 8 Отоневрология

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
86. ВНЕЗАПНОЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ БЕЗ СНИЖЕНИЯ СЛУХА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О: 1. болезни Меньера 2. серозном лабиринтите 3. акустической шванноме 4. вестибулярном нейроните	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11
87. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ПОЗИЦИОННОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ _____ ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА: 1. заднего 2. горизонтального 3. переднего 4. верхнего	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11

<p>88. ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ПОЗИЦИОННОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ЗАДНЕГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА ОТ ДРУГИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ДИСФУНКЦИЙ НАЗЫВАЕТСЯ ПРОБОЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ромберга</li> <li>2. Барани</li> <li>3. Дикса-Халпайка</li> <li>4. Фишера-Баре</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>89. МАНЕВР, ЭФФЕКТИВНЫЙ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ЗАДНЕГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА НАЗЫВАЮТ МАНЕВРОМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эпли</li> <li>2. Барани</li> <li>3. Ринне</li> <li>4. Желле</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>90. НИСТАГМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ИЛИ ИЗМЕНЯЮЩИЙСЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННОМ ПОЛОЖЕНИИ ГОЛОВЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. оптокинетический</li> <li>2. пневматический</li> <li>3. позиционный</li> <li>4. установочный</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>91. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РЕАКЦИЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. калорический тест, вращательный тест, отолитовая реакция, гальваническая проба</li> <li>2. вращательный тест, звуковые раздражители</li> <li>3. отолитовая реакция, гальваническая проба</li> <li>4. гальваническая проба</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>92. ПОД СИСТЕМНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ ПОНИМАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ложное ощущение перемещения предметов или самого больного в определенной плоскости и направлении</li> <li>2. «тяжесть» и «приливы» в голове</li> <li>3. потемнение в глазах, «мушки» в глазах (фотопсия), потеря сознания</li> <li>4. тошноту</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>93. В НОРМЕ ПРИ ВРАЩАНИИ В ПРОБЕ БАРАНИ В ОДНУ СТОРОНУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. раздражаются оба лабиринта</li> <li>2. раздражается один лабиринт</li> <li>3. лабиринты не раздражаются</li> <li>4. раздражаются поочередно</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>94. ДЛЯ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. медленное и постепенное снижение слуха, шум в ушах, головная боль, повторяющиеся припадки с потерей сознания и судорогами</li> <li>2. быстро развивающееся снижение слуха, шум в ухе, головная боль, обморочные состояния с потерей сознания без судорог</li> <li>3. приступы головокружения, расстройства равновесия, тошнота, рвота, снижение слуха, шум в ухе</li> <li>4. головная боль, обморочные состояния с потерей сознания без судорог</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-11</p>
<p>95. ЧАЩЕ БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отосклерозом, с невритом слухового нерва</li> <li>2. невритом слухового нерва, невриномой 8-го нерва</li> <li>3. лабиринтитом, с невритом слухового нерва</li> </ol>	<p>УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9;</p>

4. невриномой 8-го нерва, менингиомой, арахноидитом мосто-мозжечкового угла, лабиринтитом	ПК-11
---	-------

## Раздел 9 Детская оториноларингология

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
96. ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ: 1. 20-25 лет 2. 8-14 лет 3. 3-5 лет 4. 30-35 лет	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8; ПК-9; ПК-1; ПК-12
97. В ЗАГЛОТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ: 1. жировой ткани 2. сосудистой ткани 3. лимфоидной ткани 4. соединительной ткани	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8; ПК-9; ПК-1; ПК-12
98. ПРИЧИНЫ ТУГОУХОСТИ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ: 1. интоксикация рецепторных и ганглиозных образований слухового анализатора 2. застойные явления в полости черепа 3. нарушение кровоснабжения среднего уха 4. закрытие устьев слуховых труб	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8; ПК-9; ПК-1; ПК-12
99. СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ И: 1. игровая и объективная аудиометрия 2. стандартные камертональные способы исследования 3. стандартные аудиометрические способы исследования 4. исследование шепотной и разговорной речью	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-8; ПК-9; ПК-1; ПК-12
100. РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АДЕНОТОМИИ: 1. парез мягкого неба 2. аспирация срезанной части миндалины, кровотечения 3. острый синусит 4. острый отит	УК-1, УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-12

## 2.2. Вопросы для собеседования по дисциплине

1. Развитие оториноларингологии в России (И.Ф. Буш, Н.П. Симановский, Л.П. Левин, В.И. Воячек, Л.И. Свержевский ). История развития Нижегородской оториноларингологии.
2. Клиническая анатомия наружного и среднего уха, их значение в развитии заболеваний уха и отогенных осложнений.
3. Строение спирального органа. Проводящие пути и центры слухового анализатора. Физиология звукопроводящей системы уха. Трансформационная, адаптационная и защитная роль среднего уха в механизме звукопроведения.
4. Физиология звуковоспринимающего аппарата. Современные теории слуха. Работы Гельмгольца, Бекеша, Л.А. Андреева. Ототописка. Слуховой паспорт. Камертональное исследование слуха (опыт Вебера, Ринне, Желле), его диагностическое значение.
5. Субъективные и объективные методы исследования слуха. Аудиометрия, преимущества исследования. Критерии оценки тональной пороговой аудиометрии. Основные типы аудиограмм.
6. Анатомия и физиология вестибулярного анализатора, адекватные раздражители вестибулярного аппарата. Связь ядер вестибулярного нерва с другими отделами нервной системы.
7. Методы диагностики вестибулярной патологии.
8. Нистагм, его виды (спонтанный, экспериментальный, прессиорный). Характеристики, клиническое значение.
9. Вращательный и поствращательный нистагм. Диагностическая ценность вращательной пробы.
10. Калорическая реакция, ее диагностическое значение, преимущества и недостатки по сравнению с вращательной пробой.
11. Общая характеристика лабиринтных нарушений.
12. Инородные тела уха, носа - серная пробка, ринолиты. Симптомы, лечение.
13. Заболевания наружного уха - клиника, лечение. Роль санториниевых щелей в распространении инфекции.
14. Острый катар среднего уха (тубоотит). Аэроотит, баротравма. Роль носа и носоглотки в развитии заболеваний среднего уха.
15. Острое гнойное воспаление среднего уха, этиология, патогенез, клиника, лечение.
16. Острый мастоидит, антрит. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Показания к операции.
17. Экссудативный средний отит, адгезивный средний отит, клиника, особенности течения, лечение.
18. Хроническое гнойное воспаление среднего уха, виды его. Холестеатомы. Возможные осложнения. Показания к общеполостной санирующей операции на ухе.
19. Дифференциальный диагноз между эптитимпанитом и мезотимпанитом. Принципы лечения. Диспансеризация больных с хроническим воспалением среднего уха.
20. Лабиринтиты, их виды. Этиология, симптомы, диагноз, лечение и профилактика.
22. Этиология и патогенез отогенных внутричерепных осложнений. Принципы лечения. Отогенный менингит: патогенез, диагноз, лечение, профилактика.
23. Отогенный абсцесс мозга. Стадии развития. Симптомы общемозговые и очаговые. Лечение и профилактика.
24. Тромбоз сигмовидного синуса, отогенный сепсис. Этиология, патогенез, симптоматика, лечение и профилактика.
25. Этиология, клиника, диагностика сенсоневральной тугоухости. Классификация. Современные методы лечения. Внезапная сенсоневральная тугоухость и глухота. Причины, диагностика, неотложная помощь.

26. Отосклероз. Патоморфологические изменения в височной кости. Симптомы, данные аудиометрии, принципы консервативного и хирургического лечения.
27. Болезнь Меньера. Этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь, лечение.
28. Тимпанопластика. Виды. Показания для тимпаноластики.
29. Тугоухость, глухота, их причины и диагностика. Реэдукация слуха, слухопротезирование, электродное протезирование улитки. Значение сурдологических центров в диагностике и лечении больных с патологией слуха.
30. Анатомия носа и околоносовых пазух. Особенности строения слизистой оболочки в дыхательной и обонятельной областях. Сообщение придаточных пазух носа с полостью носа.
31. Физиология носа - дыхательная, обонятельная, защитная функция. Значение полноценного носового дыхания.
32. Обонятельная область полости носа. Расстройства обоняния - причины, диагностика, лечение.
33. Заболевания наружного носа - сикоз носа, фурункул входа в нос. Осложнения.
34. Открытые и закрытые переломы костей носа. Диагностика, возможные осложнения и последствия. Тактика врача при травмах.
35. Носовые кровотечения. Этиология. Методы остановки. Техника проведения передней и задней тампонады. Показания.
36. Гематома перегородки носа, абсцесс перегородки носа. Клиника, диагностика, лечение.
37. Дефекты и деформации наружного носа. Заращение хоан. Искривление перегородки носа. Показания и виды операций на перегородке носа.
38. Острый ринит - этиология, течение, осложнения, лечение.
39. Хронические риниты. Предрасполагающие факторы, клиника, диагностика, лечение.
40. Острый синусит. Этиология, клиника, лечение. Плановые и экстренные показания к операции.
41. Хронический верхнечелюстной синусит - симптомы, течение, возможные осложнения. Плановые и экстренные показания к оперативному лечению.
42. Хронический фронтит - симптомы, течение, возможные осложнения. Показания к хирургическому лечению.
43. Пункция верхнечелюстной пазухи. Трепанопункция лобной пазухи. Показания, техника проведения, возможные осложнения.
44. Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения. Риногенный сепсис.
45. Значение дополнительных методов исследования околоносовых пазух - диафаноскопия, обзорная и контрастная рентгенография, томография (КТ, МРТ), синусоскопия, зондирование, пункция.
46. Доброкачественные и злокачественные новообразования носа и околоносовых пазух. Полипы носа. Дифференциальная диагностика, лечение.
47. Морфолого-физиологическая характеристика лимфаденоидного глоточного кольца.
48. Гипертрофия небных миндалин. Показания к хирургическому лечению.
49. Аденоиды - симптоматика, дифференциальная диагностика, лечение. Аденоидит.
50. Острый первичный тонзиллит. Этиология, клиника, лечение.
51. Поражение миндалин при заболеваниях крови - клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Тактика врача при язвенных поражениях глотки.
52. Осложнения острых тонзиллитов - паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, парафарингеальный и ретрофарингеальный абсцессы тонзиллогенный медиастинит и сепсис. Диагностика, неотложная помощь.
53. Язвенно - пленчатая ангина Симановского - Венсана - этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.



54. Дифтерия глотки - этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
55. Хронический тонзиллит. Современная классификация. Взаимосвязь с заболеваниями внутренних органов. Хронический тонзиллит. Консервативные и хирургические методы лечения.
56. Острый фарингит. Этиология, симптомы, дифференциальная диагностика, лечение.
57. Хронические фарингиты. Классификация. Предрасполагающие факторы, симптоматика, лечение.
58. Юношеская ангиофиброма носоглотки. Особенности течения, лечение.
59. Анатомия и физиология гортани.
60. Иннервация гортани. Парезы и параличи гортани - этиология, симптомы, лечение.
61. Инородные тела глотки и гортани. Клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение. Прямая ларингоскопия.
62. Травмы гортани - симптомы, неотложная помощь, лечение, осложнения.
63. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей, течение, диагноз, неотложная помощь, лечение, профилактика.
64. Дифтерия гортани - дифференциальная диагностика, неотложная помощь, лечение.
65. Туберкулез гортани - пути проникновения инфекции, симптомы, дифференциальный диагноз, лечение.
66. Хронический ларингит. Предрасполагающие факторы, классификация, диагностика, онкологическая настороженность. Тактика врача.
67. Фиброма гортани. Клиника, диагностика, лечение.
68. Папилломатоз гортани - этиология, клиника, методы лечения.
69. Рак гортани. Классификация по стадиям. Принципы и методы ранней диагностики. Значение профилактических осмотров.
70. Острые стенозы гортани - причины, диагностика, лечение. Стадии острого стеноза гортани.
71. Причины хронических стенозов гортани. Профилактика посттравматических стенозов гортани.
72. Интубация. Коникотомия. Трахеотомия, ее виды. Показания к операции. Осложнения во время операции. Уход за больным после операции трахеостомии. Показания к декануляции.
73. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов и пищевода - клиника, диагностика, осложнения. Тактика врача при подозрении на инородное тело дыхательных путей.
74. Поражение ЛОР - органов при сифилисе.
75. Гранулематоз Вегенера. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Клинические проявления поражения верхних дыхательных путей и уха, дифференциальная диагностика.

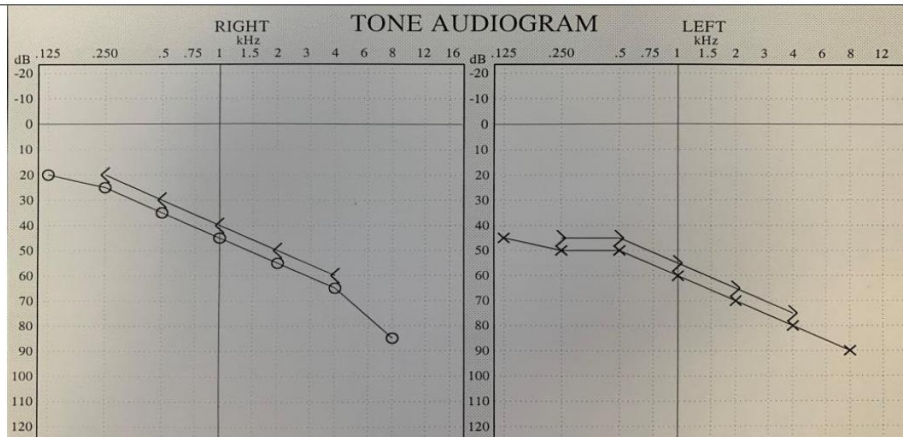
### 2.3. Комплект контрольных заданий для практических занятий (ситуационные задачи) по дисциплине

№	Ситуационная задача	Код компетенции, на формирование которой направлено задание
1.	<p>На прием к ЛОР-врачу обратилась пациентка 54 лет с жалобами на периодическую осиплость, дискомфорт в горле, появление сухости в горле, периодический кашель, возникающий в основном в утренние часы. Со слов пациентки больна около 2-х лет. В течение нескольких лет находится на лечении у гастроэнтеролога по поводу атрофического гастрита. <i>Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональной вредности нет, аллергоанамнез – без особенностей. На момент осмотра:</i> состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС 72 в мин, ЧД 18 в мин. Осмотр ЛОР органов: при передней риноскопии слизистая оболочка чистая, бледно-розовая. Носоглотка – слизистая оболочка розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая оболочка белесоватая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины за дужками, без патологического содержимого. Конфигурация шеи не изменена Гортань:, При непрямой ларингоскопии слизистая оболочка бледно-розовая, слизистая оболочка голосовых складок тусклая, скудное количество вязкой мокроты, сухих корок, отмечается гипотония голосовых складок, не полное смыкание при фонации. Отоскопия – патологии не выявлено.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2) Опишите характерную для данной патологии ларингоскопическую картину</li> <li>3) Назовите основной метод исследования для диагностики хронического ларингита</li> <li>4) Опишите методику непрямой ларингоскопии</li> <li>5) Опишите эндовидеоларингостробоскопическую картину хронического атрофического ларингита</li> <li>6) Назовите показания к выполнению биопсии при хроническом ларингите.</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
2.	<p>На прием в поликлиническое отделение пришел больной 33 лет с жалобами на затруднение носового дыхания, постоянные выделения из носа слизистого характера. Со слов пациента, в течении последних 3-х лет беспокоит затруднение носового дыхания, которое постепенно усиливается, лечится самостоятельно (использует назальные деконгестанты), отмечается отрицательная динамика до полного отсутствия носового дыхания, в анамнезе бронхиальная астма, смешанного генеза, частично контролируемая. <i>Курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональной вредности нет, аллергоанамнез – аспириновая триада. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической</i></p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>окраски. АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС 72 в мин, ЧД 18 в мин. При риноскопии: носовое дыхание затруднено, слизистая оболочка бледно-розовая, обильное количество прозрачного слизистого секрета, общие носовые ходы obturated слизистыми полипами. Носоглотка – слизистая оболочка розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая оболочка розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. При ларинго- и отоскопии патологии не выявлено.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>2) Какие дополнительные методы исследования показаны данному пациенту?</li> <li>3) Опишите картину МСКТ околоносовых пазух, которая может быть характерна для данной патологии</li> <li>4) Какие препараты являются «золотым стандартом лечения» хронического полипозного синусита? Приведите примеры, опишите механизм действия</li> <li>5) В каких случаях показана повторная МСКТ околоносовых пазух?</li> </ol>	
3.	<p>В приемное отделение обратился мужчина 59 лет с жалобами на затруднение дыхания, появление одышки при физической нагрузке и в покое. Со слов пациента, в течение последних 2-х недель беспокоит появление затруднения дыхания, которое постепенно усиливается. В последние 4 месяца отмечает появление постоянной охриплости, ко врачу до настоящего времени не обращался. Из анамнеза установлено: хронические заболевания отрицает, <i>курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональной вредности нет, аллергоанамнез – без особенностей</i>. На момент осмотра: Сознание ясное. Температура тела 36,7<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, цианоза носогубного треугольника нет. ЧДД 20 в мин. При дыхании отмечается втяжение эпигастрия, яремной ямки. Пульс 86 в/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Вес 64 кг, рост 174 см. Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка гортани розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Просвет гортани деформирован за счет инфильтрации левой половины гортани, левая голосовая складка деформирована, в голосовом отделе, подскладочном пространстве слева новообразование на широком основании, с бугристой поверхностью, участками некроза, подвижность левой половины гортани ограничена, просвет резко сужен. При осмотре остальных ЛОР органов патологии не выявлено.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>2) Опишите характерную для данного заболевания ларингоскопическую картину</li> <li>3) Какое исследование показано пациенту для морфологического подтверждения диагноза?</li> <li>4) Какой метод исследования предпочтителен для уточнения распространенности процесса? Обоснуйте свой ответ</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>5) Что необходимо выполнить в связи с прогрессированием опухолевого стеноза при нарастании его клинических проявлений? Опишите клиническую симптоматику стадий стеноза.</p>	
4.	<p>В оториноларингологический кабинет поликлиники обратился пациент 48 лет. Предъявляет жалобы на снижение слуха на оба уха, шум в ушах. Со слов пациента, понижение слуха возникло постепенно, в течении 3-4-х лет, без явной причины. В анамнезе нет указаний на какие-либо заболевания уха. Хронические заболевания не выявлены, <i>курит, алкоголем не злоупотребляет, из профессиональной вредности - шумное производство. Аллергоанамнез – без особенностей.</i> При отомикроскопии - без особенностей, при исследовании слуха разговорной речью - шепотная речь 1,0 метр на оба уха.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>2) Опишите отоскопическую картину, характерную для данного заболевания</li> <li>3) Какие методы исследования показаны данному пациенту для определения окончательного диагноза?</li> <li>4) Прокомментируйте данные аудиометрии: вид кривых нисходящий, параллельный, без костно-воздушного интервала с обеих сторон, ФУНГ положительный с обеих сторон.</li> <li>5) Предложите оптимальный вид слухопротезирования при хронической сенсоневральной тугоухости</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
5.	<p>Ситуационная задача №5</p> <p>В центр реабилитации слуха врачом-оториноларингологом направлена пациентка, 24 года. Жалобы на понижение слуха на оба уха, шум в ушах. Снижение слуха заметила около 2 лет назад, после рождения ребенка. Хронические заболевания отрицает, <i>не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональной вредности нет, аллергоанамнез – без особенностей. Известно, что мама имела снижение слуха, перенесла слухулучшающую операцию. При осмотре:</i> правое и левое ухо – ушные раковины обычной формы, кожа слухового прохода не изменена, отделяемого нет, барабанные перепонки: розовые, контуры четкие, световой рефлекс сохранен, AD: шр=0.5 м, рр=1 м; AS: шр=1 м, рр=3 м, опыт Федериче: AD- AS- , опыт Вебера: латерализация вправо. Тональная пороговая аудиометрия: повышение порогов слуха по типу нарушения звукопроводения – на оба уха. Средний порог слухового восприятия: AD - 50 дБ; AS - 30 дБ. Импедансометрия: справа тип «As», давление в барабанной полости – 0 мм водного столба.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>2) Опишите возможные отоскопические признаки данного заболевания</li> <li>3) Назовите и подробно охарактеризуйте основные жалобы пациентов при всех формах данного заболевания</li> <li>4) Перечислите типы тимпанограмм при данном заболевании</li> <li>5) Назовите показания для хирургического лечения данного заболевания</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
6.	<p>В приемное отделение больницы самостоятельно обратился мужчина, 43 лет. Предъявляет жалобы на кровотечение из правой половины носа.</p>	

	<p>При осмотре определяется истечение крови из передних отделов носовой перегородки.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какая анатомическая зона чаще всего является причиной передних носовых кровотечений? Где находится эта зона?</li> <li>2) Почему часто возникают кровотечения из этой зоны?</li> <li>3) Что необходимо выяснить из анамнеза?</li> <li>4) Какова тактика врача в этом случае?</li> <li>5) Перечислите сосуды, формирующие Киссельбахово сплетение</li> </ol>	
7.	<p>На прием к ЛОР-врачу в поликлинику обратилась мама с ребенком 6 месяцев. Со слов матери, ребенок не всегда реагирует на звуки. Беременность и роды протекали без осложнений. Вес ребенка при рождении 3500 г, оценка по шкале Апгар на 5-й минуте – 8 баллов, уровень билирубина в крови – 20 мкмоль/л. Скрининг по слуху на оба уха показал отрицательный результат. Никаких дополнительных рекомендаций родителям не было дано. У отца ребенка имеется снижение слуха с детства. Ребенок осмотрен, ЛОР-органы без видимой патологии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой из факторов риска тугоухости присутствует у данного ребенка?</li> <li>2) Что должно быть рекомендовано при выписке из роддома при получении отрицательного результата скрининга слуха?</li> <li>3) Какое нарушение слуха «упускает» универсальный скрининг новорожденных?</li> <li>4) Какой вид исследования лежит в основе универсального скрининга новорожденных?</li> <li>5) Какой метод лабораторного исследования можно порекомендовать в первую очередь?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
8.	<p>На прием к ЛОР-врачу в поликлинику обратился мужчина 65 лет. Предъявляет жалобы на сниженный слух, плохую разборчивость речи. Снижение слуха отмечает более 5 лет. Со слов пациента, правое ухо слышит лучше, чем левое. Диагностику слуха никогда не проходил. Никаких других жалоб не отмечает. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.6<sup>0</sup>С. Кожные покровы физиологической окраски. ЧДД 16 в мин. Пульс 62/мин. АД 120/80 мм рт.ст.</p> <p>Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, без патологического отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны. Уши: отоскопически без признаков воспаления. Слух: правое ухо о: р.р. – 2м, ш.р. – у уха, левое ухо: р.р – у уха м, ш.р. – не воспринимает.</p> <p>Во время тональной пороговой аудиометрии была получена данная аудиограмма.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой диагноз можно поставить данному пациенту?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-9



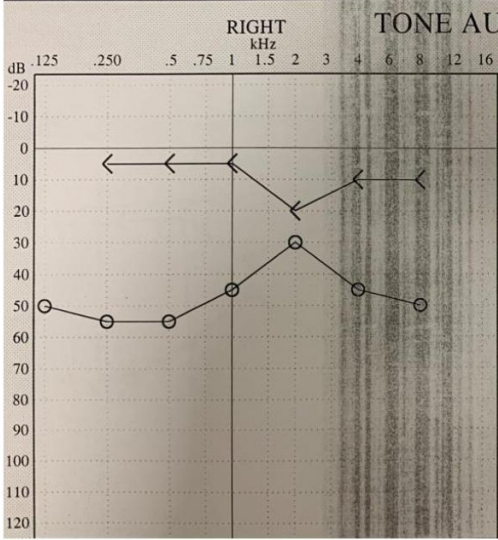
- 2) Какая степень снижения слуха на правое и левое ухо зарегистрирована на данной аудиограмме?
- 3) Какой вид коррекции слуха рекомендован для данного пациента?
- 4) Назовите основные преимущества бинаурального слуха (естественный слух с обеих сторон или откорректированный слух с обеих сторон)
- 5) Какое исследование показано при асимметричной сенсоневральной тугоухости с выраженным звоном в ухе?

9.

На прием к ЛОР-врачу обратилась мама с ребенком 13 лет. Жалобы на сниженный слух, постепенное ухудшение слуха. Снижение слуха врожденное, с года пользуется сверхмощными слуховыми аппаратами на оба уха. Последний раз на коррекции настроек аппаратов были 4 года назад. Ребенок говорит хорошо, посещает массовую школу. Последний год отмечают ухудшение разборчивости речи, родители и учителя в школе отмечают, что ребенок недослышивает. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.6<sup>0</sup>C. Кожные покровы физиологической окраски. ЧДД 14 в мин. Пульс 62/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, без патологического отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны. Уши: отоскопически без признаков воспаления. Слух: AD/AS – у уха не воспринимает. Со слуховыми аппаратами: 1-2 метра со зрительной поддержкой

- 1) Консультация какого специалиста показана для уточнения диагноза?
- 2) Что необходимо выполнить данному пациенту?
- 3) Если у данного пациента не удастся достигнуть удовлетворительной разборчивости речи с адекватными настройками слуховых аппаратов, что может быть рекомендовано врачом-сурдологом?
- 4) Перечислите противопоказания к кохлеарной имплантации.
- 5) Какие виды инструментальной диагностики необходимы перед проведением КИ

УК-1-3  
ПК-1-9

<p>10.</p>	<p>На прием к ЛОР-врачу в поликлинику обратилась пациентка 35 лет с жалобами на сниженный слух, больше справа, шум в голове, плохую разборчивость речи. Со слов пациентки снижение слуха заметила около трех лет назад, особенно начала обращать на это внимание после беременности и родов. Хронические заболевания: нет, не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоанамнез – без особенностей. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.6<sup>0</sup>С. Кожные покровы физиологической окраски. ЧДД 15 в мин. Пульс 65/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Вес 56 кг, рост 167 см.</p> <p>Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны. Уши: кожа слухового прохода истончена, отсутствие видимых серных масс, барабанная перепонка физиологической окраски, атрофична. Опознавательные знаки четкие. Слух AD: р.р – 3м , ш.р. – у уха; AS: р.р. – 5м, ш.р. – 3м</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.</li> <li>2) Какое инструментальное исследование может провести ЛОР-врач на приеме</li> <li>3) Опишите наиболее используемые камертональные пробы.</li> <li>4) Опишите результаты аудиометрии правого уха:</li> </ol>  <ol style="list-style-type: none"> <li>5) При тимпанальной форме отосклероза какие результаты характерны для тестов Ринне и Федериче</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
<p>11.</p>	<p>В оториноларингологический кабинет поликлиники обратился пациент. Предъявляет жалобы на снижение слуха на правое ухо, шум в правом ухе. В течение предшествующей недели получал лечение по поводу ОРВИ. В настоящий момент явления ОРВИ купированы. Хронические заболевания: нет, курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоанамнез – без особенностей. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.6<sup>0</sup>С. Кожные покровы</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<p>не изменены. ЧДД 16 в мин. Пульс 64/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Вес 78 кг, рост 178 см.</p> <p>Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, влажная. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык розового цвета, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны.</p> <p>Уши: эндоскопически без особенностей.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какие методы инструментального или аппаратного исследования для уточнения диагноза показаны данному пациенту?</li> <li>2) Поставьте предварительный диагноз на основании данных анамнеза и данных отоскопии и обоснуйте его.</li> <li>3) Получены следующие результаты обследования: Тимпанометрия – тип А с обеих сторон; AP – получены с обеих сторон; Объем среднего уха, барофункция – норма с обеих сторон. Пороговая тональная аудиометрия – нарушение звуковосприятия справа, ФУНГ справа положительный. О чем они говорят?</li> <li>4) Интерпретируйте камертональное обследование при данной патологии</li> <li>5) Какова лечебная тактика в данном случае?</li> </ol>	
12.	<p>В центр реабилитации слуха врачом оториноларингологом направлен больной 24 года. Пациент предъявляет жалобы на понижение слуха на правое ухо, заложенность, аутофонию, «щелчки» при глотании. Со слов больного, снижение слуха отмечает около 2 дней, причины не знает. Хронические заболевания: отрицает, не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоанамнез – без особенностей. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.2<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые. ЧДД 18 в мин. Пульс 68/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Вес 88 кг, рост 176 см. Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны.</p> <p>Уши: правое и левое ухо – ушные раковины обычной формы, кожа слухового прохода не изменена, отделяемого нет, барабанные перепонки: справа - розовая, втянута, опознавательные пункты смыты; слева - серая, контуры четкие, световой рефлекс сохранен</p> <p>AD: шр 3 м, рр 6 м; AS: шр 6 м, рр 6 м, опыт Федериче: AD+ AS+ , опыт Вебера: латерализация вправо</p> <p>Тональная пороговая аудиометрия: повышение порогов слуха по типу нарушения звукопроведения - справа. Средний порог слухового восприятия: AD - 37 дБ; AS - 10 дБ</p>	УК-1-3 ПК-1-9



	<p>Импедансометрия: справа тип С, давление в барабанной полости – 150 мм водного столба</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить пациенту на основании данных анамнеза и данных отоскопии?</li> <li>2) Какие основные методы исследования показаны пациенту с подобными жалобами?</li> <li>3) На пороговой тональной аудиометрии определяется повышение порогов воздушного звукопроведения, параллельность кривых костной и воздушной проводимости, костно-воздушный разрыв. Тимпанограмма тип «С» - какая форма тугоухости выявлена у данного больного?</li> <li>4) Какие тесты включает акустическая импедансометрия?</li> <li>5) Дайте аудиометрическую характеристику кондуктивной тугоухости?</li> </ol>	
13.	<p>С пациентом в возрасте 1 год и 2 месяца родители обратились с жалобами на задержку развития речевых навыков и сомнительную реакцию на звуки. Со слов мамы ребенок родился на 32 неделе гестации, с признаками внутриутробной инфекции. В раннем неонатальном периоде перенес пневмонию новорождённых, по поводу чего получал массивную антибактериальную терапию. Первый этап аудиологического скрининга в родильном доме не прошел. В возрасте 7 месяцев родителями отмечена сомнительная реакция ребенка на звуки. В возрасте 11 месяцев после проведенного расширенного аудиологического обследования установлен диагноз: двусторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени. Консультация невролога: задержка психо-речевого развития, аллергоанамнез – без особенностей. Грудная клетка в области сердца не изменена, безболезненна при пальпации. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС = 88 в мин. АД = 100/70 мм рт ст</p> <p>Регистрация вызванной задержанной отоакустической эмиссии – ОАЭ не регистрируется с обеих сторон. Регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов мозга – ответ регистрируется при интенсивности стимула 100 дБ с обеих сторон.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой метод реабилитации применяется для больных с тотальной глухотой?</li> <li>2) Какие методики предоперационного обследования Вы знаете?</li> <li>3) Назовите учреждения, где проводят первый этап аудиологического скрининга</li> <li>4) Какие объективные методики исследований не используются для настройки кохлеарного импланта</li> <li>5) Где располагаются электроды при кохлеарной имплантации</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
14.	<p>В ЛОР-стационар ко врачу оториноларингологу по направлению из поликлиники обратился пациент 50 лет. Предъявляет жалобы на снижение слуха на правое ухо, звон в правом ухе, периодическое головокружение, возникающее при ходьбе. Со слов пациента, прогрессирующее снижение слуха на правое ухо отмечает в течение 6 месяцев. За медицинской помощью не обращался. В течение последнего месяца отмечает появление головокружения. ЛОР врачом поликлиники была направлен на МСКТ височных костей. Заключение: картина новообразования внутреннего слухового прохода справа с экстрамезенцефальным распространением, субтотально заполняющее мостомозжечковую цистерну. Размер опухоли 15 мм.</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст., не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергияanamnez – без особенностей. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.2<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые. ЧДД 18 в мин. Пульс 68/мин. АД 170/90 мм рт.ст. Вес 88 кг, рост 176 см.</p> <p>Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны.</p> <p>Уши: левое ухо – ушная раковина обычной формы, кожа слухового прохода не изменена, отделяемого нет, барабанная перепонка серая, контуры четкие, световой рефлекс сохранен;</p> <p>правое ухо - ушная раковины обычной формы, кожа слухового прохода не изменена, отделяемого нет, барабанная перепонка серая, контуры четкие, световой рефлекс сохранен.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить данному больному на основании данных анамнеза, отоскопии, МСКТ?</li> <li>2) Что является стандартом диагностики для данного заболевания</li> <li>3) Какие группы симптомов преобладают в клинической картине данного заболевания?</li> <li>4) Какая форма тугоухости будет регистрироваться у данного пациента на аппаратной аудиографии?</li> <li>5) С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать данное заболевание?</li> </ol>	
15.	<p>В поликлинику к врачу оториноларингологу обратился пациент 20 лет. Предъявляет жалобы на понижение слуха на правое ухо. Со слов пациента, снижение слуха на правое ухо отмечает в течение 5 лет после перенесенного острого гнойного среднего отита. Снижение слуха отмечает с момента начала заболевания. Отмечает постепенное прогрессирование снижения слуха последние 2 года. Эпизодов отореи в течение последних 5 лет не отмечает. Хронические заболевания: отрицает, курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергияanamnez – без особенностей. В детстве неоднократные эпизоды секреторного среднего отита. В возрасте 8 лет оперирован по поводу аденоидов III ст. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.2<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые. ЧДД 18 в мин. Пульс 68/мин. АД 170/90 мм рт.ст. Вес 88 кг, рост 176 см.</p> <p>Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны.</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>Уши: левое ухо – ушная раковины обычной формы, кожа слухового прохода не изменена, отделяемого нет, барабанная перепонка серая, контуры четкие, световой рефлекс сохранен; правое ухо - ушная раковины обычной формы, кожа слухового прохода не изменена, отделяемого нет. Определяется перфорация барабанной перепонки в натянутой части диаметром около 3 мм. Не исключаются явления мукозита слизистой оболочки барабанной полости.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой диагноз следует поставить больному на основании данных анамнеза и данных отоскопии?</li> <li>2) Какие камертональные тесты показаны данному пациенту? Опишите методику и интерпретируйте при данном заболевании.</li> <li>3) На пороговой тональной аудиометрии определяется костно-воздушный разрыв, восходящий тип аудиограммы. Тимпанограмма тип «В» - какая форма тугоухости выявлена у данного больного?</li> <li>4) При каких условиях данному больному необходимо проведение КТ височных костей?</li> <li>5) Предложите план лечения для данного больного.</li> </ol>	
16.	<p>В приемное отделение бригадой «Скорой помощи» доставлен больной 54 лет. Пациент жалуется на боль в правом ухе и заушной области, гнойные выделения из уха, снижение слуха справа. Болен 3 недели, лечился по поводу ОРВИ, осложненного острым средним отитом амбулаторно, боли в заушной области появились накануне. Хронические заболевания: нет, курит, алкоголем не злоупотребляет алергоанамнез – без особенностей, профессиональная вредность: нет Состояние средней тяжести. Температура тела 38.2<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные с сероватым оттенком. ЧДД 19 в мин. Пульс 88/мин. АД 140/80 мм рт.ст. Вес 78 кг, рост 178 см.</p> <p>Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны.</p> <p>Уши: правое ухо – правая ушная раковина немного оттопырена, гиперемия, пастозность кожи заушной области, в слуховом проходе пульсирующее гнойное отделяемое, слух шр=3,5 м, левое ухо – без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить больному?</li> <li>2) Какой метод исследования показан для уточнения диагноза?</li> <li>3) Прокомментируйте данные МСКТ височных костей: тотальное снижение пневматизации сосцевидного отростка, барабанной полости, слуховые косточки прослеживаются, наличие деструктивной полости в сосцевидном отростке</li> <li>4) Какое исследование показано больному до начала антибактериальной терапии?</li> <li>5) Какой объем оперативного лечения должен быть выполнен в данном случае? Какие антибактериальные препараты являются</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-9

	препаратами первого ряда и какова должна быть длительность системной антибактериальной терапии?	
17.	<p>В приемное отделение обратился больной 59 лет. Предъявляет жалобы на затруднение дыхания, появление одышки при физической нагрузке и в покое. Со слов пациента, в течении последних 2-х недель беспокоит постепенно усиливающееся затруднение дыхания. В течение последних 4-х месяцев отмечает появление постоянной охриплости, ко врачу не обращался. Хронические заболевания: нет, курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоanamнез – без особенностей. Сознание ясное. Температура тела 36,7<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, цианоза носогубного треугольника нет. ЧДД 20 в мин. При дыхании отмечается втяжение эпигастрия, яремной ямки. Пульс 86 в/мин. АД 120/70 мм рт.ст. Вес 64 кг, рост 174 см. Нос: при передней риноскопии слизистые гиперемированы, отечные, в общем носовом ходу слева наличие гнойного секрета. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Просвет гортани деформирован, за счет инфильтрации левой половины гортани, левая голосовая складка деформирована, в голосовом отделе, подскладочном пространстве слева новообразование на широком основании, с бугристой поверхностью, участками некроза, подвижность левой половины гортани ограничена, просвет резко сужен.</p> <p>Уши: без особенностей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить больному?</li> <li>2) Какой метод исследования показан для уточнения диагноза?</li> <li>3) Какой метод лучевого исследования предпочтителен? Обоснуйте ответ</li> <li>4) Какое оперативное вмешательство выполняют в связи с прогрессированием опухолевого стеноза? Сформулируйте показания к этому вмешательству.</li> <li>5) Определите объем радикального оперативного лечения в данном случае.</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
18.	<p>В приемное отделение доставлен пациент 43 лет. При активном расспросе, с трудом отвечая на вопросы, заданные неоднократно, предъявляет жалобы на головную боль, рвоту, затруднение носового дыхания, повышение температуры тела, слабость, плохое самочувствие. Со слов пациента, заболел около 10-ти дней когда отметил появление насморка, выделений из носа. Лечился самостоятельно назальными деконгестантами. В течении последних 4-х дней отмечает усиление заложенности носа, появление головной боли преимущественно в лобной области, появление дискомфорта в области левой щеки, повышение температуры. Начал прием антибактериальных препаратов, накануне отмечает появление выраженной головной боли, повышение температуры до 39<sup>0</sup>С, появление многократной рвоты, самостоятельно вызвал «Скорую помощь». Хронические заболевания: нет, курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоanamнез</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>– без особенностей. Состояние тяжелое. Температура тела 39,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные бледные. ЧДД 22 в мин. Пульс 92/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Вес 94 кг, рост 182 см. Уровень нарушения сознания – оглушение. Ригидность затылочных мышц 3-4 см, симптом Кернига с двух сторон с угла 120 градусов.</p> <p>Нос: при передней риноскопии слизистые гиперемированы, отечные, в общем носовом ходу слева наличие гнойного секрета. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны. Уши: без особенностей.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить больному?</li> <li>2) Какой комплекс диагностических мероприятий для подтверждения основного диагноза и осложнения показан данному пациенту?</li> <li>3) Прокомментируйте данные исследования ликвора Ликвор мутный, вытекает частыми каплями, цитоз 2800 в мкл. за счет нейтрофилов (нейтрофилы 96%, лимфоциты 4%)</li> <li>4) Какой объем оперативного лечения должен быть выполнен в данном случае? Какие антибактериальные препараты являются препаратами первого ряда и какова должна быть длительность системной антибактериальной терапии?</li> <li>5) Назовите сроки проведения контрольной люмбальной пункции</li> </ol>	
19.	<p>В приемное отделение бригадой «Скорой помощи» доставлена больная 23 лет. Предъявляет жалобы на выраженную боль в горле слева, дисфагию, ограничение открывания рта, плохое самочувствие, повышение температуры тела. Со слов пациентки, больна 5 дней, когда появилась боль при глотании, которая нарастала, повысилась температура тела до 38.5 градусов, накануне появилось ограничение при открывании рта. Лечилась самостоятельно полосканием горла раствором йода, без эффекта. Хронические заболевания: нет, курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоанамнез – без особенностей. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38.8<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые. ЧДД 18 в мин. Пульс 82/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Вес 65 кг, рост 178 см.</p> <p>Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: левая передняя небная дужка ярко гиперемирована, напряжена, выбухает, левая небная миндалина смещена к средней линии. Гортань: осмотру недоступна из-за выраженного тризма. Уши: без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить данному больному?</li> <li>2) Какое исследование должно быть проведено до начала антибактериальной терапии?</li> <li>3) Какое осложнение следует заподозрить при появлении боли и припухлости в области шеи, ограничении движений в шее?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>4) Какое лечение показано пациенту? Опишите методику хирургического лечения.</p> <p>5) Какие антибактериальные препараты являются препаратами первого ряда и какова должна быть длительность системной антибактериальной терапии?</p>	
20.	<p>На прием в поликлиническое отделение пришел больной 33 лет с жалобами на затруднение носового дыхания, постоянные выделения из носа слизистого характера. Со слов пациента, в течение последних 3-х лет беспокоят жалобы на затруднение носового дыхания, которое постепенно усиливается. Лечится самостоятельно: использует назальные деконгестанты, На фоне лечения отмечается отрицательная динамика вплоть до полного отсутствия носового дыхания. В анамнезе бронхиальная астма, смешанного генеза, частично контролируемая. Других хронических заболеваний нет, курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоанамнез – аспириновая триада. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС 72 в мин, ЧД 18 в мин. Нос: носовое дыхание затруднено, при передней риноскопии слизистая оболочка бледно-розовая, обильное количество прозрачного слизистого секрета, общие носовые ходы obturированы слизистыми полипами. Носоглотка – слизистая оболочка розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая оболочка розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны. Уши: без особенностей.</p> <p>1) Какой предварительный диагноз следует поставить данному больному?</p> <p>2) Какой метод исследования для определения дальнейшей тактики лечения и, при необходимости, объема оперативного лечения показан данному пациенту?</p> <p>3) Какие препараты являются «золотым стандартом» лечения данной патологии?</p> <p>4) В каких случаях показано проведение МСКТ околоносовых пазух повторно?</p> <p>5) Какое состояние околоносовых пазух не сопровождается развитием полипозного процесса?</p>	УК-1-3 ПК-1-9
21.	<p>В приемное отделение бригадой «Скорой помощи» доставлен больной 26 лет. Предъявляет жалобы на боль в горле, затруднения глотания. Со слов пациента, болен 6 дней, когда появилась субфебрильная температура, насморк, боль при глотании, которая нарастала, повысилась температура тела до 39<sup>0</sup>С. Накануне появилось затруднение глотания, затруднение дыхания в горизонтальном положении, лечился самостоятельно полосканием горла, без улучшения. Хронические заболевания: нет, курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоанамнез – без особенностей. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,2<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые. ЧДД 18 в мин. Пульс 88/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Вес 78 кг, рост 182 см. Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: яркая разлитая гиперемия задней стенки глотки, асимметрия задней стенки глотки, с ее пролабированием кпереди справа. Гортань: осмотру недоступна. Уши: без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить данному больному?</li> <li>2) Какое исследование показано данному больному до начала антибактериальной терапии?</li> <li>3) Какое осложнение следует заподозрить при нарастании затруднения дыхания, появления охриплости?</li> <li>4) Какое лечение показано пациенту? Опишите хирургическую методику.</li> <li>5) Какие антибактериальными препараты являются препаратами первого ряда и какова должна быть длительность системной антибактериальной терапии?</li> </ol>	
22.	<p>На прием к неврологу поликлиники обратился пациент, 49 лет, сопровождаемый родственниками, Основная жалоба - отсутствие речевой продукции. Со слов родственников, страдает хроническим гнойным средним отитом в течение 15 лет, последние 3 месяца гноетечение из уха постоянное. На протяжении последнего месяца беспокоила головная боль, речь пропала 2 дня назад. Аллергологический анамнез без особенностей, вредные привычки отрицает. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37.1<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые. ЧДД 17 в мин. Пульс 78/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Вес 80 кг, рост 177 см. Сознание ясное. Менингеальные симптомы отсутствуют. Моторная афазия. Симптом Бабинского справа. Неврологом пациент направлен в ЛОР стационар.</p> <p>При осмотре оториноларингологом: нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны. Уши: левое ухо – в слуховом проходе гной с гнилостным запахом, перфорация в ненатянутой части, кариес латеральной стенки аттика, холестеатома, слух шр=2 м; правое ухо – без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить данному больному?</li> <li>2) Какой метод исследования показан для уточнения диагноза?</li> <li>3) Показано ли проведение люмбальной пункции в данном случае? Обоснуйте ответ.</li> <li>4) Каков объем оперативного лечения в данном случае?</li> <li>5) Какие препараты являются препаратами выбора при лечении данного пациента и какова должна быть длительность системной антибактериальной терапии. Обоснуйте свой ответ.</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-9
23.	<p>В приемное отделение с подозрением на нарушение мозгового кровообращения доставлен больной 45 лет. Из-за тяжести состояния жалоб</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>не предъявляет. Анамнез заболевания неизвестен, найден соседями дома без сознания. Анамнез жизни неизвестен. Состояние тяжелое. Температура тела 39.2<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные с сероватым оттенком. ЧДД 22 в мин. Пульс 92/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Вес 83 кг, рост 175 см. Уровень нарушения сознания – сопор. Ригидность затылочных мышц 4-5 см, симптом Кернига с двух сторон с угла 120 град. Неврологом отмечено гнойное отделяемое из правого уха. Вызван на консультацию ЛОР врач.</p> <p>Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны. Уши: правое ухо – в слуховом проходе гной с гнилостным запахом, перфорация в ненатянутой части, кариес латеральной стенки аттика.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой предварительный диагноз следует поставить данному больному и какой метод исследования показан для уточнения диагноза?</li> <li>2) Прокомментируйте: ликвор мутный, вытекает частыми каплями, цитоз 8600 в мкл. за счет нейтрофилов (нейтрофилы 97%, лимфоциты 3%)</li> <li>3) Определите объем оперативного лечения в данном случае.</li> <li>4) Какому требованию должны отвечать антибактериальные препараты и какова должна быть длительность терапии?</li> <li>5) Назовите сроки проведения контрольной люмбальной пункции.</li> </ol>	
24.	<p>На прием к ЛОР-врачу обратилась пациентка 58 лет с жалобами на периодическую осиплость, дискомфорт в горле, появление сухости в горле, периодически кашель. Со слов пациентки больна в течении последних 1,5 лет, беспокоят жалобы на периодически возникающую осиплость, дискомфорт в горле, постоянная сухость в горле, периодически появление кашля в основном в утренние часы, в течении нескольких находится на лечении у гастроэнтеролога по поводу атрофического гастрита. <i>Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоанамнез – без особенностей.</i> Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС 72 в мин, ЧД 18 в мин. Нос: при передней риноскопии слизистые чистые, бледно-розовые. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая белесоватая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины за дужками, без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена, При непрямой ларингоскопии слизистые бледно-розовые, слизистая оболочка голосовых складок тусклая, скудное количество вязкой мокроты, сухих корок, отмечается гипотония голосовых складок, неполное смыкание при фонации</p> <p>Уши: без особенностей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Сформулируйте предварительный диагноз.</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-9, 12

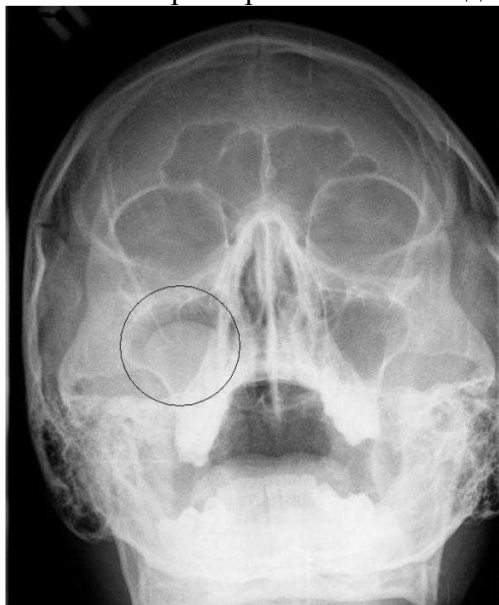


	<p>2) Назовите основной метод исследования для диагностики данной патологии, опишите методику проведения.</p> <p>3) Можно ли в данном случае заподозрить туберкулез гортани? Обоснуйте свой ответ. Опишите характерную ларингоскопическую картину туберкулеза гортани.</p> <p>4) Опишите типичную эндовидеоларингостробоскопическую картину хронического атрофического ларингита.</p> <p>5) Назовите показания к выполнению биопсии при хроническом ларингите.</p>	
25.	<p>Больной М., 57 лет, обратился к ЛОР-врачу по месту жительства на ощущение инородного тела в правой половине глотки. со слов пациента, считает себя больным в течение 6 месяцев. хронические заболевания: нет, <i>курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, алергоanamnez – без особенностей</i> Состояние удовлетворительное, температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые. ЧДД 18 в мин. Пульс 80/мин. АД 130/80 мм рт ст, вес 75 кг, рост 175 см. Нос: наружный нос правильной формы, слизистая оболочка полости носа физиологической окраски, в полости носа слизистое отделяемое в небольшом количестве, носовая перегородка по средней линии, носовые раковины не увеличены, носовое дыхание не затруднено. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Правая нёбная миндалина изъязвлена, частично покрыта некротическим налётом, лакуны не контурируются. Увеличен подчелюстной узел справа. Гортань: осмотру не доступна. Уши: без особенностей.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2) Назовите необходимые диагностические мероприятия и показания к ним.</li> <li>3) С какими заболеваниями в первую очередь проводится дифференциальная диагностика при данном заболевании?</li> <li>4) Назовите общие принципы лечения при обнаружении злокачественного новообразования миндалин при 3 и 4 стадии</li> <li>5) Перечислите онкомаркеры, которые возможно определить при данном заболевании:</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-9, 12
26.	<p>В приемное отделение бригадой «Скорой помощи» доставлена больная 37 лет. на заложенность носа, больше справа, иногда водянистые выделения из носа, тяжесть в области правой верхнечелюстной пазухи, снижение обоняния. со слов пациента, считает себя больной в течение 3х лет. хронические заболевания: нет, <i>не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, алергоanamnez – без особенностей</i> Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные, физиологической окраски. ЧДД 18 в мин. Пульс 84/мин. АД 120/80 мм рт ст. Вес 75 кг, рост 178 см. Нос и носоглотка: слизистые оболочки розовые, чистые, небольшой отёк нижних носовых раковин. Рентгенологически: в нижних отделах правой верхнечелюстной пазухи округлая тень диаметром до 1,5 см, в остальных отделах воздушность пазухи сохранена. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык не обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Задняя стенка ротоглотки без особенностей. Гортань: Конфигурация шеи не из-</p>	УК-1-3 ПК-1-9

менена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки розовые, подвижные, смыкаются полностью.

Уши: без особенностей

1) Опишите характер изменений по данным R-гр. ОНП:



2) Поставьте диагноз и обоснуйте его.

3) Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики с данным заболеванием.


4) Назовите методы дополнительного обследования, необходимые для подтверждения диагноза. Обоснуйте.

5) Назовите преимущества эндоскопического лечения:

27.

На приеме в консультативной поликлинике больной 34 лет. Предъявляет жалобы на головные боли в лобной области слева, периодические насморки. Хронические заболевания: нет, *курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергоанамнез – без особенностей* Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. ЧДД 18 в мин. Пульс 85/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Вес 80 кг, рост 182 см. Нос: наружный нос правильной формы; слизистая оболочка полости носа розовая, влажная. Риноскопия: небольшой отёк нижних носовых раковин, сизые пятна на передних концах нижних носовых раковин. Носовые ходы свободные, носовая перегородка по средней линии, носовое дыхание не затруднено. Рентгенологически: на изображениях, полученных при мультифокальной спиральной компьютерной томографии – в левой лобной пазухе округлая тень костной плотности диаметром 2 см, связанная с передней стенкой пазухи. Слизистая оболочка пазухи не утолщена, область соустья свободная. Остальные околоносовые пазухи – без патологии. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Задняя стенка глотки без особенностей. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – без-

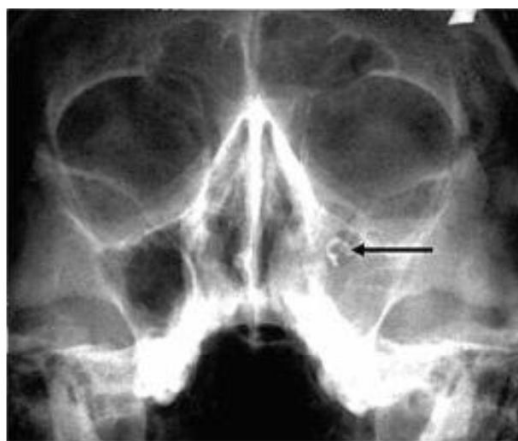
УК-1-3  
ПК-1-9

	<p>болезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки розовые, подвижные, смыкаются полностью. Уши: без особенностей.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Сформулируйте предварительный диагноз</li> <li>2) Назовите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания.</li> <li>3) Перечислите возможные клинические проявления данного заболевания.</li> <li>4) Перечислите осложнения и последствия данного заболевания.</li> <li>5) С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика при данном заболевании?</li> </ol>	
28.	<p>На приеме у ЛОР-врача в поликлинике больной 63 лет, предъявляет жалобы на нарушение носового дыхания через левую половину носа, головную боль, припухлость левой щеки. Указанные жалобы появились 4 месяца назад, нарастают. Хронические заболевания: нет, <i>не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергияanamnez – без особенностей</i> Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные, чистые, физиологической окраски. ЧДД 18 в мин. Пульс 80/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Вес 75 кг, рост 170 см. Объективно: нос – слизистая оболочка несколько гиперемирована, в носовых ходах –слизистое отделяемое, левый общий носовой ход обтурирован новообразованием ,бугристым синюшного оттенка. Небольшая болезненность при пальпации передней стенки левой верхнечелюстной пазухи. Рентгенологически – тотальное затемнение левой верхнечелюстной пазухи, медиальная её стенка разрушена. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык не обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Задняя стенка ротоглотки без особенностей. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки физиологической окраски, подвижные, смыкаются полностью. Уши: без особенностей.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Опишите характер изменений по данным КТ обследования.</li> </ol>  <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.</li> <li>3) Перечислите направления дифференциально-диагностического поиска.</li> <li>4) Назовите возможные осложнения инвертированной папилломы.</li> <li>5) Определите лечебную тактику для данного пациента.</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-9
29.	<p>В приемное отделение доставлен пациент 25 лет. Жалобы на гнойногеморрагические выделения из левого уха, боль в заушной области, головную боль, повышение</p>	УК-1-3 ПК-1-9

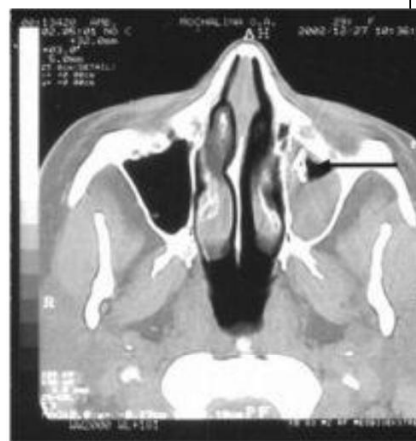
	<p>температуры тела до 39.7 градусов. с ознобами. Со слов пациента, страдает хроническим отитом с детства. Обострения несколько раз в год, по поводу которых лечится консервативно в поликлинике с временным улучшением. В период настоящего обострения гноетечение из уха 4 недели. Лечился самостоятельно каплями в ухо. В течение 2- 3 дней резко повысилась температура тела до 39.8 градусов с ознобами. Аллергологический анамнез спокойный, злоупотребляет алкоголем. Состояние тяжелое. Температура тела 39.5<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные с сероватым оттенком. ЧДД 22 в мин. Пульс 102/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Вес 80 кг, рост 183 см. Сознание ясное. Менингеальные симптомы не определяются. Болезненность по задней поверхности сосцевидного отростка. Нос: носовая перегородка по средней линии, патологических выделений в носовых ходах нет. Носоглотка – слизистая розовая, небольшое количество слизистого отделяемого. Ротоглотка: слизистая розовая. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белые, подвижны. Уши: левое ухо – в слуховом проходе гной с гнилостным запахом, перфорация в ненапрянутой части, кариес латеральной стенки аттика, холестеатома, слух шр=3 м.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какие метод исследования показан больному для подтверждения основного диагноза и уточнения характера осложнений и какие исследования крови необходимо провести для подтверждения сепсиса?</li> <li>2) Какой диагноз можно поставить данному больному на основании данных анамнеза и инструментальных методов исследования? (данные КТ: Снижение пневматизации левого сосцевидного отростка, эпитимпанум и антрум заполнены мягкотканым образование, слуховые косточки не прослеживаются, определяется деструкция кости в области сигмовидного синуса).</li> <li>3) Обоснуйте объем оперативного лечения в данном случае.</li> <li>4) Как остановить кровотечение из сигмовидного синуса после извлечения тромба?</li> <li>5) Какова тактика в отношении септического тромба в синусе?</li> </ol>	
30.	<p>В приемное отделение бригадой «Скорой помощи» доставлен больной 28 лет. Предъявляет жалобы на боль в проекции левой верхнечелюстной пазухи, наличие гнойно-сукровичных выделений с неприятным запахом из левой 1/2 носа, припухлость левой щеки Заболел остро, три дня назад, после экстракции 26 зуба. Хронические заболевания: нет, <i>курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональная вредность: нет, аллергияанамнез – без особенностей</i> Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,8<sup>0</sup>С. Кожные покровы розовые, влажные, чистые. ЧДД 22 в мин. Пульс 92/мин. АД 130/80 мм рт ст. Вес 77 кг, рост 172 см. Носоглотка: преддверие носа справа и слева свободно, на коже его имеются волосы. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемированная, гладкая, умеренно влажная, отечная, раковины увеличены. Носовая перегородка незначительно искривлена, выявляется скопление гнойно-сукровичных выделений с неприятным запахом из левой половины носа. Обоняние не затруднено. На МСКТ</p>	УК-1-3 ПК-1-12

ППН – инородное тело, уровень жидкости в проекции левой верхнечелюстной пазухи. Ротоглотка: слизистая розовая, влажная. Язык обложен, симметричный. Мягкое небо симметрично, подвижно при фонации. Миндалины без патологического содержимого. Задняя стенка ротоглотки без особенностей. в лунке удалённого 26 зуба – гнойно-сукровичное отделяемое. Отмечается припухлость левой щеки. Гортань: Конфигурация шеи не изменена. Скелет гортани подвижен, не изменен. Пальпация шеи и скелета гортани – безболезненные. Слизистая оболочка розовая. Надгортанник в форме лепестка, подвижен при фонации и дыхании. Голосовые складки белесые, подвижны. Уши: без особенностей.

- 1) Опишите характер патологических изменений в области верхнечелюстных пазух



а



б

- 2) Назовите предрасполагающие факторы развития одонтогенного верхнечелюстного синусита. Какие зубы наиболее часто являются причиной одонтогенного верхнечелюстного синусита?
- 3) Перечислите наиболее частых возбудителей одонтогенного верхнечелюстного синусита.
- 4) Каковы цели лечения острого синусита? Определите лечебную тактику в данном случае.
- 5) Опишите анатомию верхнечелюстной пазухи.

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1-3, ПК-1-12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1-3, ПК-1-12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

#### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.