

**федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ВОЛОГОДСКИЙ ФИЛИАЛ

Фонд оценочных средств

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Специальность

31.08.58 Оториноларингология

Направленность (профиль) программы

Оториноларингология

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Фонд оценочных средств по специальности 31.08.58 Оториноларингология разработан в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.58 Оториноларингология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 99

Реализация образовательной программы осуществляется в **Вологодском филиале** ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России.

Программа разработана на кафедре оториноларингологии
Заведующий кафедрой – Ключихин Аркадий Львович, доктор мед. наук, профессор

Разработчики:

Ключихин Аркадий Львович, доктор мед. наук, профессор
Чернов Николай Валентинович, кандидат мед. наук, доцент

Согласовано:

Декан факультета
подготовки кадров высшей
квалификации



(подпись)

Л.А. Савельева

« 14 » июня 2024 года

Проректор по лечебной
работе и развитию
регионального
здравоохранения,
профессор



(подпись)

М.В. Ильин

« 15 » июня 2024 года

Утверждено Советом по управлению образовательной деятельностью
« 17 » июня 2024 года, протокол № 4

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка

и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырехранговой шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

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

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

Оценка «удовлетворительно» - выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

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

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» - выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания

программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» - выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырехранговую шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» - 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» - 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» - 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» - 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Оториноларингология

Специальность

31.08.58 Оториноларингология

Направленность (профиль) программы

Оториноларингология

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

I Заболевания носа и околоносовых пазух

- 1 При носовом кровотечении больному придают
Горизонтальное положение
Сидячее положение с запрокинутой головой
Сидячее положение с наклоненной набок головой
Сидячее положение с наклоненной вниз головой
- 2 Репозиция костей носа выполняется
Инструментом Гартмана
Инструментом Блексли
Инструментом Волкова
Носовым зеркалом
Иглой Куликовского
- 3 При отеке век правого глаза, рентгенологических признаках разрушения стенок лобных пазух рекомендовано
Исключительно антибактериальная терапия и динамическое наблюдение
Высокая анемизация среднего носового хода справа
Радикальная операция на правой лобной пазухе
Трепанопункция правой лобной пазухи
- 4 При заполнении слухового паспорта у пациента с нейросенсорной тугоухостью опыт Вебера
Положительный
Латерализуется в лучше слышащее ухо
Отрицательный
Латерализуется в хуже слышащее ухо
- 5 Для анестезии при проведении пункции верхнечелюстной пазухи используют
10% раствор лидокаина инфильтрационно
10% раствор лидокаина аппликационно
2% раствор лидокаина аппликационно
5% раствор лидокаина инфильтрационно
- 6 После хирургического вмешательства по поводу полипозного синусита с целью профилактики рецидива заболевания назначают
Сосудосуживающие капли
Аппликационно анестетики
Топические кортикостероиды
Муколитики
- 7 Фокусное расстояние налобного рефлектора при осмотре ЛОР-органов
60-70 см
10-15 см
25-30 см
50-70 см
- 8 Выберите, в какой носовой ход открывается слезно-носовой канал?
Верхний
Средний
Нижний
Общий
- 9 Столько точек выхода тройничного нерва необходимо пальпировать?
4
3
5
2
- 10 Что такое ольфактометр?

Прибор для измерения глазного давления
Прибор для оценки функции носового дыхания
Прибор для определения обонятельной функции
Прибор для определения остроты слуха

- 11 На какую глубину вводят клюв носорасширителя при передней риноскопии в преддверие носа?
2 см
0,5 см
1,5 см
2,5 см
- 12 Воспалительным поражением всех околоносовых пазух называется
Полисинусит
Гемисинусит
Пансинусит
Сфеноидит
- 13 Нарушение проходимости слуховой трубы при гипертрофическом рините развивается вследствие
Гипертрофии переднего конца нижней носовой раковины
Гипертрофии заднего конца нижней носовой раковины
Гипертрофии средней носовой раковины
Гипертрофии верхней носовой раковины
- 14 Для дифференциальной диагностики вазомоторного и гипертрофического ринита производят пробу с
Раствором лидокаина 10%

Раствором лидокаина 2%
Раствором адреналина 0,01%
Раствором дексаметазона
- 15 В случае верхнечелюстного синусита при выделениях из носа с гнилостным запахом особое внимание уделяют осмотру
Зубам на нижней челюсти
Зубам на верхней челюсти
Выводным протокам околоушных желез
Состоянию корня языка
- 16 Методом лечения хронического гнойного гайморита является:
Назначение антибактериальной терапии
Проведение пункций верхнечелюстной пазухи
Хирургическая санация очага хронической инфекции
Использование синус-катетера «ЯМИК»
- 17 Пункцию верхнечелюстной пазухи проводят через
Средний носовой ход
Общий носовой ход
Нижний носовой ход
Среднюю носовую раковину
- 18 Консолидация костных отломков костей носа наступает
Через несколько часов после травмы
Через 2 суток
Через 7 дней
Через 14 дней
Через 1 месяц после травмы
- 19 Максимальное количество пункций верхнечелюстной пазухи при остром гайморите составляет
3 пункции
7 пункций
10 пункций
Количество пункций неограниченно

- 20 Местной причиной носового кровотечения является
Артериальная гипертензия
Атеросклероз
Лейкоз
Травма носа
- 21 Отток крови наружного носа происходит в
Глазничную вену
Переднюю лицевую вену
Щитовидную вену
Язычную вену
- 22 Глабелла - это
Точка над передней носовой осью
Зона перехода корня носа к уровню бровей
Область спинки носа
Зона передней выступающей части подбородка
- 23 Сошник входит в состав стенки полости носа
Верхней
Нижней
Латеральной
Медиальной
- 24 Толщина продырявленной пластинки решетчатой кости
1 мм
2 - 3 мм
4 - 5 мм
5 - 6 мм
- 25 Основную роль в согревании воздуха в носовой полости играет
Костная ткань
Хрящевая ткань
Кавернозная ткань
Слизистые железы
- 26 Особенностью строения слизистой оболочки носа является
Наличие бокаловидных клеток
Наличие слизистых желез
Наличие в подслизистом слое кавернозных сплетений
Наличие мерцательного эпителия
- 27 К верхним резонаторам не относятся
Нос и пазухи
Глотка и преддверие гортани
Подскладковое пространство гортани
Полость черепа
- 28 Молекулы пахучих веществ называются
Опонины
Одоривекторы
Эндопорфирины
Отоконины
- 29 Разновидностью атрофического ринита является
Озена
Склерома
Ринофима
Синехия полости носа
- 30 Распространение инфекционного процесса в околоносовые пазухи чаще всего происходит
Риногенным путем
Одонтогенным путем

Гематогенным путем
Лимфогенным путем

- 31 В морфологической классификации синуситов отсутствует
Папилломатозная форма
Полипозная форма
Пристеночно-гиперпластическая форма
Экссудативная форма
- 32 Для диагностики патологического процесса в клиновидной пазухе применяется
Компьютерная томография околоносовых пазух
Дифаноскопия околоносовых пазух
Рентгенография околоносовых пазух
Магнитно-резонансная томография головного мозга
- 33 Пальце-инструментальная репозиция костей носа при их переломе выполняется
Инструментом Волкова
Инструментом Гартмана
Инструментом Блексли
Инструментом Воячека
- 34 Выделение из полости носа серой, вязкой слизи с точечными черными фрагментами характерно для синусита
Грибковой этиологии
Вирусной этиологии
Бактериальной этиологии
Аллергической этиологии
- 35 Гиперемия кожных покровов и отек мягких тканей в щечной области характерны для
Гайморита
Этмоидита
Сфеноидита
Фронтита
- 36 При остром гнойном верхнечелюстном синусите с целью диагностики и дальнейшего лечения необходимо выполнить
Лечебно-диагностическую пункцию
Риноантростомию
Микрогайморотомию
Радикальную гайморотомию
- 37 Стадия раздражения при остром рините обычно продолжается
От нескольких часов до 1-2 суток
В течение 3-5 суток
Более недели
От 3-5 минут до 2 часов
- 38 При проведении лечебно-диагностической пункции верхнечелюстной пазухи игла Куликовского должна быть направлена
В сторону наружного угла глаза
Перпендикулярно дну полости носа
В сторону внутреннего угла глаза
Параллельно нижней носовой раковине
- 39 Наименее инвазивным методом лечения острого синусита является
«Синус-катетер ямик»
Метод диализа околоносовых пазух
Метод постоянного дренажа околоносовых пазух
Лечебно-диагностическая пункция околоносовой пазухи
- 40 Термин пансинусит характеризуется
Воспалением слизистой оболочки всех околоносовых пазух

- Воспалением слизистой оболочки всех околоносовых пазух с одной стороны
Воспалением слизистой оболочки лобной и клиновидной пазух
Воспалением слизистой оболочки верхнечелюстной и решетчатой пазух
- 41 Лечебно-диагностическую пункцию верхнечелюстной пазухи осуществляют через
Нижний носовой ход
Дно полости носа
Глазницу
Переднюю стенку пазухи
- 42 Фурункул носа может быть признаком развития у пациента
Сахарного диабета
Гранулематоза Вегенера
Пиелонефрита
Инфекционного мононуклеоза
- 43 Одной из причин развития искривления перегородки носа является
Травма носа
Полипозный риносинусит
Острый катаральный ринит
Хронический гипертрофический ринит
- 44 Консервативным методом лечения острого этмоидита является
Промывание методом перемещения жидкости по Проэтцу
Аутогемотерапия
Применением антигистаминных препаратов
Терапия с применением минералокортикостероидов
- 45 Клетки решетчатого лабиринта, распространившиеся в верхнечелюстную пазуху и скопившиеся на ее верхней стенке в области естественного соустья верхнечелюстной пазухи называются
Клетки Галлера
Клетки Оноди
Клетки Agger nasi
Клетки conchae bullosae
- 46 Задние клетки решетчатого лабиринта, распространившиеся назад, в верхнюю или в боковую стенки клиновидной пазухи называются
Клетки Оноди
Клетки Галлера
Клетки Agger nasi
Клетки conchae bullosae
- 47 Зона Киссельбаха в полости носа находится
В передненижнем отделе перегородки носа
В верхнем отделе перегородки носа
- В слизистой оболочке нижних носовых раковин
В слизистой оболочке средних носовых раковин
- 48 В области нижнего носового хода открывается
Носослезный канал
Естественное соустье с верхнечелюстной пазухой
Естественное соустье с лобной пазухой
Решетчатая воронка
- 49 При выполнении лечебно-диагностической пункции верхнечелюстной пазухи наиболее частым осложнением является
Флегмона орбиты
Арахноидит
Тромбоз кавернозного синуса
Флегмона шеи
- 50 Гемисинусит представляет собой воспаление слизистой оболочки

Всех околоносовых пазух с одной стороны
Всех околоносовых пазух
Обеих верхнечелюстных пазух
Клеток решетчатого лабиринта с двух сторон

- 51 Дыхательная область слизистой оболочки полости носа представлена
Многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием
Многослойным плоским эпителием
Плоским ороговевающим эпителием
Кубическим переходным эпителием
- 52 При интенсивном промывании полости носа солевыми растворами может развиваться осложнение в виде
Острого габриотита
Субатрофического ринита
Дисбактериоза полости носа
Хронического фарингита
- 53 Нехарактерным признаком аллергического ринита является
Выделение слизистого секрета из одной половины полости носа
Рецидивирующее «чихание»
Заложенность носа
Ринорея
- 54 Для консервативной терапии поллиноза используют
Интраназальные глюкокортикостероиды
Системные минералокортикостероиды
Местные сульфаниламиды
Парентеральные аминокликозиды
- 55 Для аллергической формы вазомоторного ринита характерно увеличение в крови
Эозинофилов
Нейтрофилов
Базофилов
Макрофагов
- 56 Если у пациента с переломом костей носа диагностировано сотрясение головного мозга следует
Отсрочить репозицию костей носа на сутки и более
Произвести немедленную репозицию костей носа
Произвести люмбальную пункцию
Произвести декомпрессионную трепанацию черепа
- 57 Оптимальным хирургическим доступом при гнойном сфеноидите является
Эндоскопический трансназальный доступ
Эндоскопический трансоральный доступ
Эндоскопический транстемпоральный доступ
Эндоскопический трансклиивальный доступ
- 58 Хоана представляет собой
Отверстие, сообщающее полость носа и носоглотку
Задние отделы общего носового хода
Отверстие, сообщающее полость рта и ротоглотку
Задние отделы нижнего носового хода
- 59 Носовые раковины расположены на
Латеральной стенке полости носа
Медиальной стенке полости носа
Верхней стенке полости носа
Нижней стенке полости носа
- 60 В состав латеральной стенки полости носа входит
Носовая кость
Лобная кость
Клиновидная кость

Затылочная кость

- 61 В состав нижней стенки полости носа входит
Небная кость
Носовая кость
Лобная кость
Клиновидная кость
- 62 Рудиментарный орган Якобсона в полости носа расположен
На перегородке носа
В области дна полости носа
На переднем конце средней носовой раковины
В области заднего конца нижней носовой раковины
- 63 У детей при остром или аллергическом рините на рентгенограмме часто выявляется затемнение верхнечелюстной пазухи при отсутствии гайморита в следствии
Более толстой слизистой оболочки
Малых размеров верхнечелюстной пазухи
Широкого выводного соустья верхнечелюстной пазухи
Наличия зачатков зубов в верхней челюсти
- 64 В средний носовой ход открывается
Передняя группа околоносовых пазух
Носослезный проток
Эндолимфатический проток
Задняя группа околоносовых пазух
- 65 В верхний носовой ход открывается
Задняя группа околоносовых пазух
Передняя группа околоносовых пазух
Резцовый канал
Носослезный проток
- 66 Основной поток вдыхаемого воздуха в полости носа проходит через
Общий носовой ход
Средний носовой ход
Нижний носовой ход
Верхний носовой ход
- 67 Нос и его околоносовые пазухи кровоснабжаются из
Системы сонных артерий
Системы позвоночных артерий
Системы язычных артерий
Верхних щитовидных артерий
- 68 Двигательная иннервация мышц носа осуществляется
Лицевым нервом
Тройничным нервом
Блоковым нервом
Блуждающим нервом
- 69 Транспортную функцию в полости носа выполняет
Мерцательный эпителий
Многослойный плоский эпителий
Кубический эпителий
Обонятельный эпителий
- 70 Обонятельная чувствительность у человека может возрастать при
Болезни Аддисона
Опухолях лобной доли головного мозга
Эпидуральной гематоме
Черепно-мозговой травме

- 71 Частью остиомеатального комплекса является
Решетчатая воронка
Перегородка носа
Передний конец верхней носовой раковины
Обонятельная щель
- 72 Основной функцией перегородки носа является
Разделительная
Защитная
Резонаторная
Обонятельная
- 73 Наиболее активный мукоцилиарный транспорт в слизистой оболочке полости носа осуществляется на
Нижней носовой раковине
Средней носовой раковине
Верхней носовой раковине
Перегородке носа
- 74 В собственном слое нижних носовых раковин располагаются
Пещеристые венозные сплетения
Смешанные сосудистые образования
Сосудистые капиллярные образования
Артериальные сплетения
- 75 Fossa canina располагается в области
Передней стенки верхнечелюстной пазухи
Медиальной стенки верхнечелюстной пазухи
Верхней стенки верхнечелюстной пазухи
Нижней стенки верхнечелюстной пазухи
- 76 Canalis lacrimalis находится по отношению к верхнечелюстной пазухе в области
Медиальной стенки верхнечелюстной пазухи
Латеральной стенки верхнечелюстной пазухи
Нижней стенки верхнечелюстной пазухи
Передней стенки верхнечелюстной пазухи
- 77 Дегисценция представляет собой
Врожденную расщелину в кости
Полипозно-измененную слизистую оболочку
Остеомиелит костной ткани
Костный нарост, покрытый слизистой оболочкой
- 78 Задняя стенка верхнечелюстной пазухи образована
Бугром верхней челюсти
Альвеолярным отростком верхней челюсти
Телом клиновидной кости
Телом височной кости
- 79 Слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи выстилает
Цилиндрический мерцательный эпителий
Кубический переходный эпителий
Многослойный плоский эпителий
Ороговевающий плоский эпителий
- 80 Лобные пазухи при сагиттальном срезе имеют
Треугольную форму
Кубическую форму
Призматическую форму
Овальную форму
- 81 Чаще всего внутричерепные осложнения встречаются при
Одонтогенном верхнечелюстном синусите

Кистозном фронтите
Полипозном гайморозтмоидите
Гиперпластическом сфеноидите

- 82 Септическое состояние, экзофтальм, двусторонний хемоз, отек век при наличии воспалительного процесса со стороны органов уха, горла или носа дает возможность заподозрить
- Тромбоз кавернозного синуса
 - Тромбоз сигмовидного синуса
 - Абсцесс мозга
 - Флегмону орбиты
- 83 Одонтогенные верхнечелюстные синуситы чаще всего развиваются при
- Пневматическом типе строения верхнечелюстной пазухи
 - Склеротическом типе строения верхнечелюстной пазухи
 - Промежуточном типе строения верхнечелюстной пазухи
 - Смешанном типе строения верхнечелюстной пазухи
- 84 В этиопатогенезе фурункула носа основное значение имеет
- Местное снижение устойчивости кожи и всего организма к инфекции
 - Воспаление слизистой оболочки полости носа
 - Наличие атрофического процесса в полости носа
 - Климатический фактор
- 85 Этиологическим фактором развития фурункула носа является
- Стафилококк
 - Вульгарный протей
 - Вирус герпеса
 - Грибы рода Кандида
- 86 Тактикой лечения пациентов с фурункулом носа является
- Вскрытие фурункула носа в стадии абсцедирования
 - Раннее вскрытие фурункула носа
 - Выдавливание фурункула носа
 - Консервативное лечение на всех стадиях
- 87 После вскрытия фурункула носа в стадии абсцедирования основным компонентом консервативного лечения является
- Антибактериальная терапия
 - Иммуностимулирующая терапия
 - Противоотечная терапия
 - Десенсибилизирующая терапия
- 88 Показанием к хирургическому лечению при деформации перегородки носа является
- Нарушение носового дыхания
 - Синдром обструктивного апноэ сна
 - Ощущение стекания слизистого отделяемого по задней стенке глотки
 - Нарушение обоняния
- 89 Наиболее частой причиной возникновения гематомы носовой перегородки является
- Травма носа
 - Инфекционное заболевание
 - Атрофический ринит
 - Гранулематоз Вегенера
- 90 Основные патоморфологические изменения при атрофическом рините представлены
- Метаплазией цилиндрического эпителия в плоский
 - Метаплазией мерцательного эпителия в бокаловидные клетки
 - Метаплазией плоского ороговевающего эпителия в атипичные клетки
 - Метаплазией плоского эпителия в бокаловидные клетки

1 Заболевания глотки

- 1 Что такое сопутствующие заболевания?
Заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием

Заболевания, патогенетически не связанные с основным заболеванием
Профессиональные заболевания
Заболевания, перенесенные в детском возрасте

- 2 Что такое сопряжённые заболевания?
Заболевания патогенетически связанные с основным заболеванием
Заболевания патогенетически не связанные с основным заболеванием
Фоновые заболевания
Иммунодефицитные состояния
- 3 Наиболее частый возбудитель банальных ангин
В - гемолитический стрептококк группы А
Вирус герпеса
Синегнойная палочка
Грибы рода Candida
- 4 В какое отделение госпитализируют пациента с дифтерией глотки
Кардиологическое
Инфекционное
Оториноларингологическое
Терапевтическое
Отделение ревматологии
- 5 Что такое флегмонозная ангина?
Парафарингит

Паратонзилит
Интратонзиллярный абсцесс
Паратонзиллярный абсцесс
- 6 При каком заболевании развивается моноцитарная ангина
Лимфогранулематоз
Лимфолейкоз
Инфекционный мононуклеоз
Миелобластный лейкоз
- 7 Что такое эпифарингоскопия
Осмотр полости рта
Осмотр гортани
Осмотр среднего отдела глотки
Осмотр носоглотки
- 8 Лимфатические структуры глотки, имеющие в своем строении лакуны
Язычная миндалина
Небные миндалины
Глоточная миндалина
Гранулы задней стенки глотки
- 9 Под мезофарингоскопией подразумевают осмотр
Полости рта
Гортани
Среднего отдела глотки
Верхнего отдела глотки
- 10 Ороскопия позволяет произвести осмотр

Полости рта
Гортани
Среднего отдела глотки
Верхнего отдела глотки
- 11 Тактика лечения простой формы хронического тонзиллита
Консервативная, при неэффективности лечения -хирургическая

Хирургическая
Консервативная
Лечения не требуется

- 12 Абсцесстонзиллэктомия показана при
Ангине
Хроническом тонзиллите , токсиско-аллергическая форма 2 степени
Рецидивирующем паратонзиллярном абсцессе
Паратонзиллярном абсцессе
- 13 Юношескую ангиофиброму необходимо дифференцировать с гипертрофией
Носоглоточной миндалины
Тубарных валиков
Мягкого неба
Задних концов нижних носовых раковин
- 14 Наиболее частым осложнением при тонзиллэктомии является
Кровотечение
Заглоточный абсцесс
Паратонзиллярный абсцесс
Разрыв пищевода
- 15 Односторонняя боль при глотании, температура тела до 38 градусов, инфильтрация
мягких тканей над небной миндалиной слева, смещение язычка мягкого неба вправо характерно для
Левостороннего паратонзиллярного абсцесса
Лакунарной ангины
Заглоточного абсцесса
Моноцитарной ангины с поражением левой небной миндалины
- 16 Для паратонзиллита характерно
Воспаление околоминдаликовой клетчатки
Нагноение ткани небных миндалин
Инфильтрация ретромаксиллярного пространства
Воспаление заглоточных лимфатических узлов
- 17 Самым опасным осложнением паратонзиллярного абсцесса является
Медиастинит
Тромбоз сигмовидного синуса
Интратонзиллярный абсцесс
Дисфагия
- 18 Для лечения банальных ангин наиболее эффективно применение антибиотиков
Синтетических пенициллинов
Фторхинолонов
Сульфаниламидов
Тетрациклинов
- 19 Ретрофарингеальный абсцесс чаще всего встречается в возрасте
до 5 лет
от 5 до 15 лет
от 20 до 40 лет

от 40 до 60 лет
- 20 Для диагностики гипертрофии аденоидов применяют метод
КТ органов шеи
гипофарингоскопия
эндоскопическое исследование носоглотки
прямая ларингоскопия
- 21 Для аденоидного типа лица (habitus adenoids) характерно
Полуоткрытый рот, сглаженность носогубных складок

Сужение глазных щелей
Гипертелоризм
Асимметрия носогубных складок

22 Наиболее характерный симптом фолликулярной ангины, выявляемый при фарингоскопии, заключается в следующем

Видны множественные беловато-желтые островки, свободная поверхность миндалин приобретает вид «звездного неба»

На свободной поверхности миндалин выявляются отдельные беловатые налеты, расположенные в устьях лакун

На свободной поверхности миндалин видна пленка желто-белого цвета, окруженная воспалительным ободком

Фибринозные налеты расположены на миндалинах, дужках, мягком небе

23 Основную роль в дифференциальной диагностике ангины и дифтерии глотки играют

Данные клинического анализа крови

Данные фарингоскопии

Данные анамнеза (наличие контакта с инфекционным больным, данные о проведенной вакцинации)

Бактериологическое исследование налетов

24 Моноцитарная ангина сопровождается

Гепатолиенальным синдромом

Тонзиллокардиальным синдромом

Ринокардиальным синдромом

Ринобронхиальным синдромом

25 Наиболее значимым местным признаком хронического тонзиллита является

Гиперемия слизистой оболочки миндалин

Увеличение размера миндалин

Жидкий гной в лакунах миндалин

Увеличение регионарных лимфатических узлов

26 Для катаральной ангины характерна фарингоскопическая картина в виде

Гиперемии небных дужек и небных миндалин

Расширения лакун небных миндалин

Белых или светло-желтых налетов в лакунах небных миндалин

Нагноившихся фолликулов на поверхности небных миндалин

27 Для лакунарной ангины характерна фарингоскопическая картина в виде

Белых или светло-желтых налетов в лакунах небных миндалин

Нагноившихся фолликулов на поверхности небных миндалин

Расширения лакун небных миндалин

Гиперемии небных дужек и небных миндалин

28 Для фолликулярной ангины характерна фарингоскопическая картина в виде

Нагноившихся фолликулов на поверхности небных миндалин

Белых или светло-желтых налетов в лакунах небных миндалин

Расширения лакун небных миндалин

Гиперемии небных дужек и небных миндалин

29 Для фарингита характерна фарингоскопическая картина в виде

Гиперемии слизистой оболочки задней стенке глотки

Увеличения небных миндалин

Гиперемии небных дужек и небных миндалин

Отека надгортанника

30 Поверхность миндалин значительно увеличивается за счет

Дигесценций

Крипт

Санториниевых щелей

Миндаликовых ниш

- 31 Основные функции миндалин отражены в выражении
«Лифоэпителиальный симбиоз»
«Физиологическая рана»
«Входные ворота» инфекции
Карманы для инфекции
- 32 Казеозные пробки - это
Скопление микробных тел, слущенного эпителия и лейкоцитов
Гнойное отделяемое
Железистое отделяемое
Слизисто-гнойное отделяемое
- 33 Крипты язычной миндалины не имеют патологического содержимого, так как
Эта миндалина не имеет крипт
В каждую крипту открывается устье слюнных желез
Из-за анатомического расположения миндалины на корне языка
Содержимое не видно
- 34 «Аденоидами» называется гипертрофия
Язычной миндалины
Трубных миндалин
Небных миндалин
Глоточной миндалины
- 35 Структурной единицей миндалин является только
Лимфатический фолликул
Криптолимфоген
Крипта
Вторичный узелок
- 36 Специфическую защиту слизистых оболочек дыхательных путей обеспечивает
Системный иммунитет
Секреторный иммунитет
Сапрофитная флора
Лизоцим
- 37 Продолжением заглочного пространства является
Переднее средостение
Заднее средостение
Парафарингеальное пространство
Паравертебральное пространство
- 38 Вблизи нижнего полюса небной миндалины располагается
Внутренняя сонная артерия
Наружная сонная артерия
Общая сонная артерия

Щитовидная артерия
- 39 Степень гипертрофии глоточной миндалины определяют с помощью
Ларингоскопии
Передней риноскопии
Фарингоскопии
Пальцевого исследования
- 40 Наиболее частая локализация инородных глотки в
Небных миндалинах
Мягком небе
Носоглотке
Язычной миндалине

- 41 Для предупреждения кровотечения при операции по удалению юношеской ангиофибромы применяют
Селективную эмболизацию сосудов образования
Переднюю тампонаду полости носа
Заднюю тампонаду полости носа
Перевязку наружной сонной артерии
- 42 В результате антибиотикотерапии преобладающим микробиocenозом полости рта чаще всего является
Candida albicans
Leptotrichia buccalis
Staphylococcus aureus
Mycoplasma pneumoniae
- 43 Дополнительная лимфоидная ткань небной миндалины, способствующая рецидиву тонзиллита после тонзиллэктомии может располагаться
В толще мягкого неба

На передней небной дужке
На задней небной дужке
В задней стенке глотки
- 44 Самым крупным скоплением лимфоидной ткани в ротоглотке является (-ются)
Небные миндалины
Язычная миндалина
Глоточная миндалина
Тубарная миндалина
- 45 Соединительнотканная капсула покрывает
Лишь внутреннюю поверхность небной миндалины
Лишь наружную поверхность небной миндалины
Небную миндалину полностью со всех сторон
Только нижний полюс небной миндалины
- 46 Небные миндалины выполняют
Иммунную функцию
Разделительную функцию
Газообменную функцию
Накопительную функцию
- 47 Наиболее часто встречаются в повседневной практике врача
Банальные ангины
Атипичные ангины
Ангин при заболеваниях крови
Грибковые ангины
- 48 Антибактериальные препараты пенициллинового ряда являются препаратами выбора при ангине, вызванной

Бета-гемолитическим стрептококком группы А
Синегнойной палочкой
Стафилококками
Вирусами
- 49 Этиологическим фактором фарингомикоза является (ются)
Грибы рода *Candida*
Бета-гемолитический стрептококк группы А
Синегнойная палочка
Вирусы
- 50 К общим признакам хронического тонзиллита относится
Субфебрилитет
Рыхлые миндалины с казеозными пробками внутри
Гиперемия небных дужек
Рецидивирующие ангины

- 51 К местным осложнениям тонзиллита относятся
Паратонзиллит
Тонзиллогенный сепсис
Ревматизм
Гломерулонефрит
- 52 Удаление гипертрофированной глоточной миндалины называют
Аденотомия
Тонзиллэктомия
Цистэктомия
Лакунотомия
- 53 Задняя стенка глотки состоит из
4 слоев
3 слоев
2 слоев
1 слоя
- 54 Некротические изменения на небных миндалинах возникают при
Агранулоцитозе
Фарингите
Гриппе
Кори
- 55 Отток лимфы из глотки у взрослых осуществляется в
Глубокие шейные и задние шейные лимфатические узлы
Подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы
Поднижнечелюстные и заглочные лимфатические узлы
Задние шейные и поднижнечелюстные лимфатические узлы
- 56 Ретрофарингеальный абсцесс представляет собой
Гнойное воспаление жировой клетчатки между фасцией глоточной мускулатурой и предпозвоночной пластинкой шейной фасции
Гнойное воспаление жировой клетчатки между капсулой небной миндалины и глоточной фасцией
Воспаление жировой клетчатки окологлоточного пространства
Воспаление жировой клетчатки дна полости рта
- 57 Паратонзиллярный абсцесс представляет собой
Гнойное воспаление жировой клетчатки между капсулой миндалины и глоточной фасцией
Гнойное воспаление жировой клетчатки окологлоточного пространства
Гнойное воспаление жировой клетчатки между фасцией глоточной мускулатуры и предпозвоночной фасцией
Воспаление жировой клетчатки крылочелюстного пространства
- 58 Мышечная оболочка глотки образована
Пятью парами поперечнополосатых мышц
Девятью парами поперечнополосатых мышц
Тремя парами поперечнополосатых мышц
Семью парами поперечнополосатых мышц
- 59 Длина глотки у взрослого человека составляет
12-14 см
14-19 см
8-10 см
20-30 см
- 60 Нижняя граница носоглотки образована
Продолжением условной линии, проведенной через твердое небо до позвоночника
Верхним краем надгортанника
Передними краями небных дужек

Задними краями небных дужек

- 61 Глоточные карманы располагаются
Кзади от трубных валиков и глоточных устьев слуховых труб
В передней черепной ямке
Кпереди от небных дужек
В голосовом отделе гортани
- 62 Носоглотка выполняет
Резонаторную функцию

Пищеварительную функцию
Глотательную функцию
Обонятельную функцию
- 63 Пальцевое исследование носоглотки используют в случае
Увеличения носоглоточной миндалины
Острого фарингита
Искривления задних отделов перегородки носа
Гипертрофии заднего конца нижней носовой раковины
- 64 Диагностическую эзофагоскопию больному с химическими или термическими ожогами пищевода для определения степени ожога и последующего показания к бужированию следует производить
На 10-12 сутки
На 8-10 сутки
На 6-8 сутки
На первые сутки
- 65 Целью двусторонней тонзиллэктомии является
Полное удаление небных миндалин с капсулой
Частичное удаление небных миндалин с капсулой
Частичное удаление язычной миндалины без капсулы
Полное удаление глоточной миндалины без капсулы
- 66 Осложнение аденотомии, выполняемой под местной анестезией («вслепую»)
Ранение валика слуховой трубы
Травматизация задних концов нижних носовых раковин
Деформация задних отделов перегородки носа
Парез мягкого неба
- 67 Чаще всего глоточная миндалина гипертрофирована в возрасте
3-6 лет
14-15 лет
1-2 лет
8-12 лет
- 68 Небно-глоточная недостаточность после аденотомии характеризуется
Неполным примыканием мягкого неба к задней или боковой стенкам носоглотки в том месте, где до операции были аденоиды
Отеком в области задней стенки гортаноглотки
Неполным смыканием зубов верхней и нижней челюсти
Выступанием небных миндалин из-за дужек
- 69 Причиной расстройств дыхания при проникающих ранениях ротовой и гортанной части глотки в первые 30 минут после травмы является
Затекание и аспирация крови в нижние дыхательные пути и межтканевая эмфизема шеи
Тризм жевательной мускулатуры и скопление сгустков крови в носоглотке
Межтканевая эмфизема шеи и тризм жевательной мускулатуры
Скопление сгустков крови в носоглотке и межтканевая эмфизема шеи
- 70 Осложнением после аденотомии, выполненной «вслепую», является
Повреждение предпозвоночной фасции

Перелом основания черепа
Травма сошника
Перфорация твердого неба

- 71 Целью надподъязычной фаринготомии при ранениях глотки является
Ревизия глотки, корня языка и остановка возможного кровотечения
Ревизия гортани и входа в пищевод
Ревизия заднего средостения
Ревизия переднего средостения и загрудинного пространства
- 72 При шилоподъязычном синдроме необходимо проводить дифференциальный диагноз с
Хроническим тонзиллитом
Хроническим адгезивным средним отитом
Острым фарингитом
Абсцессом надгортанника
- 73 Инкубационный период дифтерии составляет
2-10 дней
1-2 дня
12 часов
21 день
- 74 Симптомокомплекс в виде повышения температуры тела до 38-40°С, затруднения открывания рта, кривошеи, инфильтрация боковой глоточной области на стороне поражения характерен для
Бокового абсцесса глотки
Заглоточного абсцесса
Абсцесса надгортанника
Абсцесса перегородки носа
- 75 Для ребенка проводить хирургическое удаление глоточной миндалины предпочтительно с возраста
6-7 лет
1 года
10-12 лет
2-3 лет
- 76 Неврологическим осложнением дифтерии является
Паралич мягкого неба

Паралич лицевого нерва
Паралич отводящего нерва
Аносмия
- 77 Причиной расстройств глотания после дифтерии является неврит ветвей
Языкоглоточного и блуждающего нерва
Возвратного нерва
Отводящего нерва
Шилоподъязычного нерва
- 78 Изменения в глотке, вызванные невритом ветвей языкоглоточного и блуждающего нервов с двух сторон после перенесенной дифтерии характеризуются
Неподвижностью мягкого неба при осмотре
Неподвижностью языка при осмотре
Тризмом жевательной мускулатуры
Односторонним отеком слизистой оболочки полости носа и глотки на стороне поражения
- 79 Типичная картина глотки при септической форме скарлатины характеризуется
Образованием некроза под налетами на небных миндалинах
Гиперемией и отеком слизистой глотки и полости рта
Гиперемией и отеком миндалин и подчелюстным лимфаденитом
Некрозом в преддверии полости рта и гиперемией миндалин
- 80 Скарлатинозная ангина вызывается
Бета-гемолитическим стрептококком группы А

Ассоциацией золотистого стафилококка и спирохеты
Ассоциацией золотистого стафилококка и протей
Стрептококком пневмонии

- 81 При ангине Симановского-Венсана
Процесс чаще односторонний
Этиологическим фактором всегда является бета-гемолитический стрептококк группы А
Процесс всегда симметричный, двухсторонний
Этиологическим фактором всегда является золотистый стафилококк
- 82 Типичная картина зева у пациента с ВИЧ-инфекцией представляет собой
Крошкообразные налеты белого цвета на поверхности небных миндалин, мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки, которые легко снимаются шпателем
Гиперемию, отек мягкого неба и небных миндалин, пленкообразный налет на задней стенке глотки
Гиперемию, отек мягкого неба, небных миндалин и задней стенки глотки
Гиперемию, отек мягкого неба, небных миндалин и точечные налеты на небных миндалинах
- 83 Типичная картина зева при герпетической ангине у пациента с ВИЧ-инфекцией представляет собой
Появление папул на гиперемированной поверхности небных миндалин, небных дужек, мягкого неба, которые в дальнейшем превращаются в пузырьки белесовато-серого цвета, затем в эрозии
Гиперемию, отек мягкого неба, небных миндалин, пленкообразный налет на задней стенке глотки
Гиперемию, отек мягкого неба, небных миндалин, задней стенки глотки
Гиперемию, отек мягкого неба, небных миндалин, точечные налеты в лакунах, которые в дальнейшем превращаются в обширные язвы
- 84 Типичным возбудителем в глотке у пациента с ВИЧ-инфекцией является (-ются)
Дрожжеподобные грибы *Candida Albicans*
Бета-гемолитический стрептококк группы В
Бета-гемолитический стрептококк группы А
Клостридии
- 85 Типичная картина зева при туберкулезе глотки характеризуется наличием на слизистой оболочке
Небных миндалин, небных дужках и мягком небе высыпаний в виде милиарных бугорков серовато-желтого цвета, в дальнейшем происходит их изъязвление
Преддверия рта, твердом небе высыпаний в виде милиарных бугорков серовато-желтого цвета, в дальнейшем происходит их изъязвление
Щек и мягком небе высыпаний в виде милиарных бугорков серовато-желтого цвета, в дальнейшем происходит их изъязвление
Задней стенки глотки высыпаний в виде милиарных бугорков серовато-желтого цвета, в дальнейшем происходит их изъязвление
- 86 Помимо боли в горле у пациентов с ангиной язычной миндалины появится
Резкое усиление боли при высовывании языка
Тризм жевательной мускулатуры
Усиление боли при поворотах головы
Резкое усиление боли при продувании слуховых труб

1 Заболевания гортани

- 1 К типичным симптомам хронического ларингита, вызванного гастроэзофагальной рефлюксной болезнью относятся
Кашель в горизонтальном положении, осиплость по утрам, ощущение «кома в горле»
Кашель в любое время дня, осиплость после приема пищи
Влажный кашель в любое время дня с обильной мокротой, сохранение звучности голоса
Осиплость, слабость голоса при визуальном отсутствии воспалительной патологии
- 2 Типичная ларингоскопическая картина при хроническом ларингите, инициированном гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, представлена
Утолщением слизистой оболочки межчерпаловидного пространства
Гиперемией слизистой оболочки переднего сегмента гортани
Стекловидным отеком подскладочного отдела гортани
Стекловидным отеком надгортанника
- 3 Отек Рейнке-Гайека - это

Одна из форм хронического гиперпластического ларингита
Особая форма воспаления надбаранного пространства

Стадия воспалительного процесса задней стенки глотки
Хроническая форма ринита в сочетании с увеитом

- 4 Основным этиологическим фактором развития хронического ларингита Рейнке-Гайека является
 - Курение
 - Вокальное пение
 - Ограничение голосовой нагрузки
 - Травмы гортани
- 5 Патогенез отека Рейнке-Гайека - это
 - Нарушение лимфостаза и лимфооттока с локальным накоплением жидкости в подслизистом слое голосовых складок
 - Хирургическая травма
 - Ишемия, вследствие долгого стояния интубационной трубки
 - Кровоизлияние после травматического воздействия
- 6 Три формы хронического грибкового ларингита - это
 - Катаральная, атрофическая, гиперпластическая
 - Гиперпластическая, полипозно-гнойная
 - Катаральная, гнойно-атрофическая
 - Инфильтративно-гнойная
- 7 Клинические особенности катаральной формы грибкового ларингита - это
 - Островчатые или точечные налеты в виде белесоватых пленок или творожистых масс
 - Гиперемия слизистой оболочки гортани с образованием на ее поверхности сосочков, узлов, бугорков
 - Грязно-серые пленки покрывающие всю поверхность гортани
 - Незначительная гиперемия слизистой оболочки гортани
- 8 Катаральная форма хронического грибкового ларингита чаще вызывается
 - Дрожжеподобными грибами *Candida*
 - Бета-гемолитическим стрептококком группы А
 - Плесневыми грибами аспергилла
 - Гистоплазмозом
- 9 Гиперпластическая форма хронического грибкового ларингита чаще вызывается
 - Плесневыми грибами *Aspergilla*
 - Дрожжеподобными грибами кандиды
 - Бета-гемолитическим стрептококком группы А
 - Гистоплазмозом
- 10 Показатели, оцениваемые при ларингостробоскопии - это
 - Отсутствие или наличие фонаторных колебаний голосовых складок
 - Гиперемия слизистой гортани, надгортанника
 - Гиперемия, налеты на голосовых складках
 - Полипы в желудочках гортани, подскладочном пространстве
- 11 Основной метод диагностики острого или хронического ларингита - это
 - Микроларингоскопия
 - Ядерно-магнитная резонансная томография
 - Спектральный анализ голоса
 - Спиральная компьютерная томография
- 12 Белый налет в гортани в виде мелких белых точек характерен для
 - Кандидозного ларингита
 - Папиломатоза гортани
 - Фибромы задней трети голосовых складок
 - Острого катарального ларингита
- 13 Цель использования ларингостробоскопии - это
 - Дифференциальный диагноз функциональных и органических нарушений голосовой функции

Определение размера фибромы гортани, ее цвета и формы
Оценка отека подскладочного пространства и грушевидных карманов
Охарактеризовать цвет слизистой оболочки в области гортанной поверхности надгортанника, ложных голосовых складок

- 14 На каком уровне шейного отдела позвоночника расположена гортань у взрослых
IV-VI
II-V
III-VI
I-IV
- 15 В диагностике рака гортани основное значение имеет
Биопсия гортани
Томография гортани
Стробоскопия гортани
Ларингоскопическое обследование гортани
- 16 Классификация слуховой оценки голоса по Yanagihara (1967) включает в себя
Нормальный голос, глухой голос, легкая степень охриплости, средняя степень охриплости, тяжелая степень охриплости, афония
Нормальный голос, грубый голос, тонкий голос, афония
Детский голос, взрослых голос, женский голос, мужской голос
Детский голос, взрослых голос, женский голос, мужской голос, пожилой голос, старческий голос
- 17 От голоса человека среднего возраста голос пожилого человека отличается
Сужением диапазона голоса, как по высоте, так и по силе, вследствие чего он становится слабый и монотонный, усиливается дрожание голоса
Значительным расширением диапазона голоса, как по высоте, так и по силе, вследствие чего он становится сильный и монотонный
Значительным расширением, как по высоте, так и по силе, вследствие чего он становится сильный и многотональный
Значительным расширением диапазона голоса, как по высоте, так и по силе вследствие увеличения объема выдыхаемого воздуха
- 18 Вариант трахеостомии избирается хирургом в зависимости от
Расположения щитовидной железы
Уровня стеноза гортани
Причины стеноза гортани
Возраста пациента
- 19 Причины изменения голоса в старческом возрасте - это
Окостенение хрящей гортани, атрофические изменения в дыхательных мышцах, диафрагме, мышцах гортани
Уменьшение необходимости социального общения
Заболевания сердечно-сосудистой системы
Увеличение объема брюшной полости и как следствие позиции диафрагмы
- 20 «Певческие узелки» обычно развиваются при
Перенапряжении голосового аппарата
Химическом воздействии
Механическом воздействии
Термическом воздействии
- 21 Достоверным признаком проникающего ранения гортани и трахеи является
Подкожная эмфизема шеи
Затрудненное дыхание
Боль в проекции гортани и трахеи
Приступообразный кашель
- 22 Узелки голосовых складок наиболее часто располагаются
На границе передней и средней трети

- В области комиссуры
 - В задней трети
 - На границе средней и задней трети
- 23 Среди злокачественных новообразований гортани лидирует
- Плоскоклеточная форма рака
 - Железистая форма рака
 - Базальноклеточная форма рака
 - Лимфома
- 24 Частым источником кровотечения после трахеостомии является
- Щитовидная железа
 - Платизма
 - Кольца трахеи
 - Наружные мышцы гортани
- 25 При коникотомии рассекают
- Перстне-щитовидную связку
 - Перстне-трахеальную связку
 - Язычно-надгортанную связку
 - Щито-подъязычную связку
- 26 Тембр голоса зависит от
- Индивидуальной длины и толщины голосовых складок, частоты колебаний голосовых складок, усиления звука в резонаторных полостях
 - Особенностей углеводного обмена, передне-заднего размера первых колец трахеи
 - Положения и формы подъязычной кости
- Передне-заднего размера второго и третьего кольца трахеи
- 27 При попадании инородного тела между голосовыми складками голос
- Станет резко осиплым
 - Не изменится
 - Станет звонче и четче
 - Станет тише
- 28 Возбудители занимающие 1-е место в этиологии острого ларингита
- Респираторные вирусы
 - Грибковая инфекция
 - Бактериальная инфекция
 - Хламидийная инфекция
- 29 Пациенты с хроническим гиперпластическим ларингитом находятся на диспансерном учете у ЛОР-врача и подлежат осмотру
- Каждые три месяца
 - Каждые восемь месяцев
 - Каждые 10 месяцев
 - Один раз в год
- 30 Рак гортани чаще наблюдается у
- Мужчин
 - Детей
 - Подростков до 14 -18 лет
 - Женщин
- 31 Ведущий симптом при локализации рака в среднем отделе гортани
- Охриплость
 - Стеноз гортани
- Нарушение глотания
- Отсутствие клинических проявлений
- 32 Гипотонусная дисфония - это

- Нарушение голоса, которое обусловлено снижением мышечного тонуса голосовых складок
Нарушение голоса связанное с неправильным произношением гласной «о» и «у»
Нарушение голоса связанное с неправильным произношением глухих согласных
нарушение голоса связанное с неправильным произношением звонких согласных
- 33 При асфиксии, вызванной инородным телом гортани, в первую очередь необходимо
Произвести коникотомию или трахеостомию
Пунктировать магистральную вену
Начать закрытый массаж сердца
Обеспечить артериальный доступ
- 34 При остром стенозе гортани, сразу после конико- или крикконикотомии, для предупреждения развития хондроперихондрита хрящей гортани следует
Переместить канюлю в трахею, сделав трахеостомию
Выполнить спирографию
Выполнить стробоскопию
Назначить системную гормональную терапию
- 35 При непрямой ларингоскопии признаком гипотонусной дисфонии является
Зияние гортанных желудочков, вогнутый медиальный край голосовой складки, овальная голосовая щель при смыкании голосовых складок
Гипертрофия голосовых мышц и образование вдоль медиального края бороздок, создающей иллюзию «тройных» голосовых складок
Утолщение вестибулярного отдела гортани
Обильное слизистое отделяемое
- 36 Нарушение голоса, вызванное повышением мышечного тонуса голосовых складок,
характерно для
Гипертонусной дисфонии
Вторичного сифилиса гортани
Туберкулеза гортани в стадии обострения
Склеромы гортани
- 37 Ложный круп - это проявление
Острого подскладочного ларингита
Хронического катарального ларингита
Дифтерии гортани
Абсцесса надгортанника
- 38 Этиологическим фактором развития гипертонусной дисфонии является
Постоянный громкий разговор, использование «жесткой атаки» звука
Снижение тонуса и экскурсии диафрагмы и межреберных мышц
Перенесенная ранее трахеостомия
Снижение подголосового давления, вследствие уменьшения объема выдыхаемого воздуха
- 39 Узелки голосовых складок чаще наблюдаются у
Преподавателей
Поваров
Сварщиков
Водителей
- 40 Характерной ларингоскопической картиной при гипертонусной дисфонии является
Гипертрофия вестибулярного отдела, его участие в фонации
Резкое соприкосновение голосовых складок при фонации, в результате чего свободный край гиперемирован и незначительно отечен
Стекловидный отек контактной поверхности голосовых складок
Ограничение подвижности головной складки, чаще слева
- 41 Фонастения - это
Типичное профессиональное нарушение голоса, которое преимущественно встречается у лиц речевой и вокальной профессии

Типичное нарушение громкого произношения гласных звуков у лиц после операции на щитовидной железе

Типичное нарушение громкого произношения согласных звуков у лиц после операции на паращитовидной железе

Типичное нарушение голоса у лиц перенесших хондроперихондрит гортани и трахеостомию

42 Этиологический фактор фонастении - это

Длительная повышенная голосовая нагрузка, различные расстройства нервной системы

Резкая речевая нагрузка (крик), повышение содержания сахара в крови

Резкая речевая нагрузка (крик), повышенное артериальное давление

Состояние после горизонтальной резекции гортани

43 Для ларингостробоскопической картины при фонастении характерно

Асинхронные колебания голосовых складок малой амплитуды

«Водянистый» отек края голосовых складок, гиперкератоз в межчерпаловидном пространстве

Утолщенный и неровный край голосовых складок

Ограничение подвижности обеих голосовых складок и полипы в желудочках гортани

44 К доброкачественным опухолям гортани относится

Папиллома

Рак

Саркома

Карцинома

45 При смещении опухоли гортани на ножке и ущемлении в области голосовой щели

развивается

Асфиксия

Болевой синдром

Кровотечение

Дисфагия

46

Предоперационная подготовка перед удалением гемангиомы гортани - это

Эндоваскулярная окклюзия питающих опухоль сосудов

Местная глюкокортикостероидная терапия

Курс физиолечения

Системная антибактериальная терапия сроком 14 дней

47

Хронический ларингит, характеризующийся гиперплазией слизистой оболочкой гортани - это

Хронический гиперпластический ларингит

Флегмонозный ларингит

Хондроперихондрит гортани

Атрофический ларингит

48 Функциональная афония - это заболевание гортани при котором

Отсутствует звучный голос, сохранена способность шепотной речи, кашель и/или смех полнозвучный

Отсутствует звучный голос, сохранена способность шепотной речи, кашель и/или смех отсутствует

Присутствует звучный голос, сохранена способность шепотной речи, кашель и/или смех отсутствует

Имеется выраженное першение и/или саднение в гортани, мешающее голосообразованию

49 Валикообразное утолщение слизистой оболочки подголосового отдела гортани характерно

для

Подскладочного ларингита

Кандидозного ларингита

Отека Рейнке-Гайека

Гиперпластического ларингита

50 К парным хрящам гортани относится

Черпаловидный

Щитовидный

Надгортанник
Перстневидный

- 51 К непарным хрящам гортани относится
Перстневидный
Черпаловидный
Рожковидный
Клиновидный
- 52 Фонаторные колебания голосовых складок оценивают при
Ларингостробоскопии
Глоттографии
Микроларингоскопии
Акустическом анализе голоса
- 53 Для лечения функциональных дисфоний применяют
Фонопедию
Системную антибактериальную терапию
Системную гормональную терапию
Эндоларингеальные вливания растворов антисептиков
- 54 Самый крупный хрящ гортани
Щитовидный
Черпаловидный
Перстневидный
Надгортанный
- 55 Перстневидный и щитовидный хрящи гортани являются
Гиалиновыми
Эластическими
Смешанными (гиалиново - эластическими)
Рудиментарными
- 56 Перстневидный хрящ состоит из
Печатки и дуги
Основания и лепестка
2-х пластинок сросшихся под углом
Арки и тела
- 57 Надгортанник является
Эластическим хрящем
Смешанным хрящем
Гиалиновым хрящем
Не хрящевой тканью
- 58 Голосовая мышца задним концом прикрепляется к
Голосовому отростку черпаловидного хряща
Мышечному отростку черпаловидного хряща
Рожковидному хрящу

Основанию черпаловидного хряща
- 59 Голосовая складка передним концом прикрепляется
К углу щитовидного хряща
К подъязычной кости
К голосовому отростку черпаловидного хряща
К дуге перстневидного хряща
- 60 Гортанные желудочки представляют собой
Углубления между истинными и ложными голосовыми складками
Карманы на передней поверхности гортани
Углубления между корнем языка и надгортанником

Углубления снаружи от черпало-надгортанных складок

- 61 Гортань располагается
Кпереди от пищевода
Слева от пищевода
Справа от пищевода
Кзади от пищевода
- 62 Наибольшая часть гортани покрыта эпителием
Мерцательным
Плоским
Цилиндрическим
Кубическим
- 63 Отток лимфы из верхнего и нижнего этажей гортани происходит
В глубокие шейные л/узлы по ходу внутренней яремной вены
В предгортанную группу л/узлов

В подчелюстные л/узлы
В затылочные лимфоузлы
- 64 Передняя стенка трахеи представлена
Хрящевыми полукольцами
Связками
Соединительной тканью
Мышцами
- 65 Полукольца трахеи между собой соединены
Фиброзными связками
Хрящевой тканью
Слизистой оболочкой
Мышцами
- 66 Наиболее частая причина ятрогенного стеноза гортани
Длительная интубация гортани
Операции на сердце
Лучевые ожоги гортани
Неадекватная антибактериальная терапия
- 67 Стеноз гортани подразделяется на стадии
Четыре
Три
Две
Пять
- 68 Острый эпиглоттит - это
Воспаление надгортанника

Воспаление гортанной миндалины
Воспаление язычной миндалины
Разлитое воспаление глотки
- 69 Для больных с эпиглоттитом характерны жалобы на
Дисфагию различной степени тяжести и боли в горле
Быструю утомляемость голоса
Кашель, сухость и першение в горле
Осиплость голоса
- 70 Абсцесс надгортанника опасен
Асфиксией
Дисфагией
Афонией
Диспепсией

- 71 Грозное осложнение, ведущее к смерти, имеет место при резаных ранах гортани
Кровотечение из крупных сосудов шеи
Парез гортани
Эмфизема в области шеи
Кровоизлияние в мышцы
- 72 Расстройство глотания и боль чаще всего возникают при повреждении
Надгортанника и области черпаловидных хрящей
Ложных голосовых складок
Истинных голосовых складок
Подскладкового пространства
- 73 Врожденный стридор является проявлением

Ларингомаляции
Ларингоспазма
Ложного крупа
Атрезии хоан
- 74 Основной жалобой у пациентов с доброкачественными опухолями голосового отдела гортани является
Дисфония
Дислексия
Дисфагия
Дизартрия
- 75 Верхняя трахеотомия - это
Рассечение трахеи выше перешейка щитовидной железы
Рассечение трахеи ниже перешейка щитовидной железы
В области первого кольца трахеи
Через перешеек щитовидной железы
- 76 Длительная искусственная вентиляция легких является показанием для проведения
Трахеостомии
Фарингостомии
Гастростомии
Коникотомии
- 77 Трахеостома формируется на уровне
2-3 полукольца трахеи
5-6 полукольца трахеи
Первого полукольца трахеи
1 -2 полукольца трахеи
- 78 При компенсированной стадии острого стеноза гортани показано
Медикаментозное дестенозирование
Трахеостомия
Коникотомия
Трахеотомия
- 79 Рубцовый стеноз трахеи может являться отдалённым осложнением
Длительной интубации трахеи
Трахеобронхита
Эпиглотитта
Хронического ларингита
- 80 При обильном кровотечении из распадающейся опухоли гортани перевязывается артерия
Наружная сонная
Внутренняя сонная
Щитовидная
Небная

- 81 Причиной хондроперихондрита хрящей гортани является
Травма гортани
Флегмонозный ларингит
Хронический гиперпластический ларингит
Острый катаральный ларингит
- 82 Грязно-серые налёты в гортани характерны для
Дифтерии гортани
Острого катарального ларингита
Склеромы
Гортанной ангины
- 83 К предраковому заболеванию гортани относят
Хронический гиперпластический ларингит
Хронический катаральный ларингит
Острый катаральный ларингит
Пиоцеле гортани
- 84 К хроническим специфическим гранулёмам гортани относят
Склерому
Постинтубационную гранулёму
Контактную гранулему
Болезнь Рейнке-Гаека
- 85 Перстне-черпаловидный сустав является истинным, потому что
Имеет суставную сумку и синовиальную оболочку
Соединяет перстневидный и черпаловидные хрящи
Расширяет голосовую щель
Суживает голосовую щель
- 86 Задняя перстнечерпаловидная мышца
Является главным расширителем гортани
Является главным суживателем гортани
Выполняет фонаторную функцию
Поднимает гортань
- 87 Верхний и нижний гортанные нервы осуществляют
Двигательную и чувствительную иннервацию гортани
Только чувствительную иннервацию гортани
Только двигательную иннервацию гортани
- Не иннервируют гортань
- 88 Боковая перстнечерпаловидная мышца
Суживает голосовую щель
Расширяет голосовую щель
Наклоняет вперёд и вниз верхний край щитовидного хряща
Не участвует в движениях гортани
- 89 При проведении медикаментозного дестенозирования используют
Петлевые диуретики
Иммуномодуляторы
Р-блокаторы
иАПФ
- 90 Этиологическим фактором папилломатоза гортани является
Вирус папилломы человека
Вирус Эпштейн-Барра
Вирус герпеса
Аденовирус
- 91 Причиной хондроперихондрита хрящей гортани является

Флегмонозный ларингит
Хронический гиперпластический ларингит
Кровотечение
Острый катаральный ларингит

92 Причиной отсутствия дыхания при трахеостомии после введения трахеостомической канюли может являться

Не вскрыта слизистая оболочка трахеи
Повреждение голосовых складок

Повреждение nervus laringeus recurrens
Низкое наложение трахеостомы

93 Для расширения раны трахеи при трахеостомии используется инструмент: Назовите инструмент

Трахеорасширитель Труссо
Кусачки Дальгрена
Кусачки Листона
Однозубые крючки

94 «Адамово яблоко» образовано хрящом гортани

Щитовидным
Перстневидным
Надгортанным
Черпаловидным

95 При полипе голосовой складки показано лечение

Хирургическое
Системная фармакотерапия
Физиотерапия
Фонопедия

96 Предрасполагающим фактором развития ларингомикоза является

Ингаляционное использование глюкокортикостероидов
Ингаляционное использование минеральной воды
Системное использованием глюкокортикостероидов
Системное использование НПВС

97 Ларингомикоз чаще развивается на фоне

Сахарного диабета

Гипертонической болезни
Варикозной болезни
Почечной недостаточности

98 При хирургическом лечении срединных кист шеи у взрослых подъязычную кость

Обязательно резецируют
Сохраняют интактной
Категорически нельзя резецировать
Подъязычная кость не связана со срединной кистой шеи

99 Боковая киста шеи

Результат нарушения эмбриологического развития
Результат инфекции ЛОР органов
Результат травмы глотки
Результат длительной интубации

100 По статистике среди злокачественной патологии ЛОР органов наиболее распространены опухоли

Гортани
Носа и придаточных пазух носа
Уха
Глотки

101 Для доброкачественной опухоли гортани характерно

Четкие контуры, гладкая поверхность, неизменная слизистая оболочка
Бугристая поверхность, усиленный клубочковый сосудистый рисунок
Ровная поверхность, усиленный клубочковый сосудистый рисунок
Наличие гиперкератоза слизистой оболочки, отсутствие симптома смещения слизистой оболочки

- 102 Средний этаж гортани образован
Голосовыми складками
Надгортанником
Валекулами
Подскладковым пространством
- 103 Функцией гортани является
Защитная
Обонятельная
Охранительная
Каркасная
- 104 При стенозе гортани IV стадии выполняют
Коникотомию с последующей трахеостомией
Трахеостомию
Медикаментозное дестенозирование
Резекцию гортани
- 105 В подслизистом слое подскладкового пространства содержится ткань
Рыхлая соединительная
Фиброзная
Хрящевая
Костная
- 106 Левый возвратный нерв отходит от блуждающего на уровне
Дуги аорты
Бифуркации трахеи
Подключичной артерии
Щитовидной железы
- 107 Правый возвратный нерв отходит от блуждающего на уровне
Подключичной артерии
Бифуркации трахеи
Дуги аорты
Щитовидной железы
- 108 Верхний гортанный нерв берет начало от
Узла блуждающего нерва
От нижнего гортанного нерва
От возвратного нерва
От подъязычного нерва
- 109 Надгортанник имеет поверхности
Язычную и гортанную
Гортанную и желудочковую
Язычную и боковые
Верхнюю и нижнюю
- 110 Ларингостробоскопия проводится
Без анестезии
Под внутривенной седацией
Под комбинированной местной и внутривенной седацией
Под интубационным наркозом
- 111 При ларингостробоскопии оценивают
Наличие колебаний голосовых складок, их амплитуду и частоту

Силу голоса, динамический и тоновый диапазон
Состояние нервно-мышечного аппарата гортани

Голосовое поле

- 112 Слизистую волну голосовых складок определяют при
Ларингостробоскопии
Фиброларинготрахеоскопии
Глоттографии
Ультразвуковой сонографии гортани
- 1 Заболевание наружного и среднего уха
- 1 Признаком мастоидита на спиральной компьютерной томографии является
Эрозивное поражение перегородок ячеек сосцевидного отростка
Отек слизистой оболочки среднего уха и ячеек сосцевидного отростка
Жидкость в среднем ухе и ячейках сосцевидного отростка
Локальная деструкция крыши антрума
- 2 Признаком приобретенной холестеатомы височной кости на спиральной компьютерной томографии является
Эрозия латеральной стенки аттика и костных стенок барабанной полости или слуховых косточек в сочетании с патологическим мягкотканым субстратом в полостях среднего уха
Объемное образование в полости сосцевидного отростка с четкими ровными контурами
Перфорация барабанной перепонки в сочетании с большим количеством спаек в барабанной полости
Наличие мягкотканного субстрата в области гипотимпанума с эрозией стенки *bulbus v. jugularae*
- 3 Признаком продольного перелома височной кости на спиральной компьютерной томографии является линия перелома ориентированная
Параллельно длинной оси височной кости
Косо к длинной оси височной кости
Перпендикулярно длинной оси височной кости
По заднему краю сосцевидного отростка
- 4 Признаком поперечного перелома височной кости на спиральной компьютерной томографии является линия перелома, ориентированная
Перпендикулярно длинной оси височной кости
Параллельно длинной оси височной кости
По заднему краю сосцевидного отростка
Косо к длинной оси височной кости
- 5 Мышечный аппарат барабанной полости представлен
Стременной мышцей и мышцей, натягивающей барабанную перепонку
Стременной мышцей и барабанной струной
Барабанной струной и мышцей, натягивающей барабанную перепонку
Стременной мышцей и стременным нервом
- 6 Задне-нижний квадрант барабанной перепонки является наиболее предпочтительным для парацентеза, так как в этом месте
Наибольшее расстояние до лабиринтной стенки
Наименьшее расстояние до лабиринтной стенки
Наиболее толстая барабанная перепонка
Наиболее тонкая барабанная перепонка
- 7 Как называется гладкая площадка на наружной поверхности сосцевидного отростка где выполняется трепанация сосцевидного отростка?
Треугольник Шипо
Треугольник Орлеанского
Зона Киссельбаха
Треугольник Траутманна
- 8 К отдаленным последствиям экссудативного отита относится
Ретракционный карман барабанной перепонки

Отосклероз

Рубцовая атрезия слухового прохода
Рубцовая деформация ушной раковины

- 9 Какой тип тимпанограммы характерен для экссудативного среднего отита?
Тип В или С
Тип А
Тип D
Тип Ad
- 10 Экссудативный средний отит - это заболевание, характеризующееся наличием жидкости в Полостях среднего уха при сохраненной барабанной перепонке и отсутствии признаков острой инфекции
Полостях внутреннего уха, сопровождающееся вестибулярной симптоматикой
Антруме, при отсутствии признаков острой инфекции
Клетках сосцевидного отростка, сопровождающееся подъемом температуры тела и выраженным болевым синдромом
- 11 Расставьте в правильной последовательности стадии экссудативного среднего отита
Катаральная, секреторная, мукозная, фиброзная
Катаральная, геморрагическая, фиброзная
Секреторная А, секреторная Б, секреторная С
Мукозная, фиброзная, перфоративная
- 12 К изменениям, происходящим в среднем ухе при катаральной стадии экссудативного отита, относится
Транссудация из сосудов слизистой оболочки барабанной полости при развитии отрицательного давления в ней
Накопление в полостях среднего уха гнойного отделяемого из-за нарушения функционирования слуховой трубы
Разрушение цепи слуховых косточек из-за выраженного длительного давления экссудата в барабанной полости
Фиксация подножной пластинки стремени из-за длительного нахождения экссудата в барабанной полости
- 13 Острый средний отит, осложненный мастоидитом Ф. Бецоляда проявляется
Прорывом гноя через внутреннюю поверхность сосцевидного отростка под грудино-ключично-сосцевидную мышцу и распространение на шею
Прорывом гноя из перисинуозного абсцесса под мягкие ткани затылка и шеи
Септикопиемией без тромбоза сигмовидного синуса
Прорывом гноя в область двубрюшной ямки на передне-нижней поверхности верхушки сосцевидного отростка с распространением в заднее подоклоушное пространство
- 14 Острый средний отит, осложненный мастоидитом С. Чителли, проявляется
Прорывом гноя из перисинуозного абсцесса под мягкие ткани затылка и шеи
Отеком в области кивательной мышцы на стороне поражения в сочетании с выделениями из уха гнойного характера
Прорывом гноя в область двубрюшной ямки на передне-нижней поверхности верхушки сосцевидного отростка с распространением в заднее подоклоушное пространство
Прорывом гноя через внутреннюю поверхность сосцевидного отростка под грудино-ключично-сосцевидную мышцу и распространение на шею
- 15 Пространство Пруссакa располагается между
Латеральной стенкой аттика и головкой молоточка
Нишей окна преддверия и пантикулюсом
Каналом лицевого нерва и ямкой наковальни
Головкой молоточка и каналом мышцы, напрягающей барабанную перепонку
- 16 Холестеатома - это
Скопление концентрически наложенных слоев эпидермиса
Конгломерат секрета желез кожи слухового прохода и слущенного эпидермиса
Некротические массы эпидермиса

Фрагменты костных стенок, пораженных кариесом

17 К симптомам отомикоза относятся

Зуд в слуховом проходе, бело-серое крошковидное отделяемое из уха
Боль в ухе, слизисто-гнойное отделяемое из уха
Боль в ухе, геморрагическое отделяемое из уха
Длительная заложенность уха после попадания воды в слуховой проход

18 «Ухо пловца» - это

Острый наружный диффузный отит
Фурункул наружного уха
Гемотимпанум
Острый средний отит

19 Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит с

Средней черепной ямкой
Задней черепной ямкой
Сосцевидным отростком
Передней черепной ямкой

20 Для осмотра барабанной перепонки у взрослого ушную раковину оттягивают

Вверх и кзади
Вниз и кзади
Вниз и кпереди
Вверх и кпереди

21 Для осмотра барабанной перепонки у ребенка ушную раковину оттягивают

Вниз и кзади
Вниз и кпереди
Вверх и кпереди
Вверх и кзади

22 Задняя стенка наружного слухового прохода граничит с

Сосцевидным отростком
Суставом нижней челюсти
Сигмовидным синусом
Задней черепной ямкой

23 Барабанная перепонка является стенкой барабанной полости

Наружной
Передней
Задней
Нижней

24 В какой последовательности расположены слои барабанной перепонки, начиная от наружного слухового прохода?

Кожный, соединительнотканый, слизистый
Соединительнотканый, кожный, слизистый
Соединительнотканый, слизистый, кожный
Кожный, слизистый, соединительнотканый

25 Частота средних отитов у детей раннего возраста обусловлена

Широкой и короткой слуховой трубой
Отсутствием мерцательного эпителия в слуховой трубе
Недоразвитием слуховой трубы
Отсутствием костного отдела слуховой трубы

26 Характерным отоскопическим симптомом мастоидита является

Нависание задне-верхней стенки в костном отделе наружного слухового прохода
Гноетечение
Укорочение светового конуса

Втянутость барабанной перепонки

- 27 Вынужденное положение у больного мастоидитом
Голова наклонена в большую сторону
Голова наклонена в здоровую сторону
Голова отклонена кзади
Голова отклонена кпереди
- 28 Мастоидит следует дифференцировать с
Фурункулом наружного слухового прохода
Болезнью Меньера
Отосклерозом
Переломом пирамиды височной кости
- 29 Распространение гноя при гнойном отите в область скуловой дуги называется
Зигоматицит
Апицит
Петрозит
Верхушечно--шейный мастоидит
- 30 Для перихондрита ушной раковины в отличие от рожи характерно
Мочка ушной раковины не вовлекается в воспалительный процесс
Гиперемия и припухлость с четкими границами
Распространение воспаления на мочку, заушную область
Образование пузырьков с серозным содержимым на воспаленной коже ушной раковины
- 31 При перихондрите ушной раковины болезненна пальпация
Всей ушной раковины, кроме мочки
Всей ушной раковины, включая мочку
- Только мочки уха
Заушной области
- 32 При фурункуле нижней стенки слухового прохода может поражаться
Околоушная слюнная железа
Сосцевидный отросток
Лицевой нерв
Сустав нижней челюсти
- 33 Отоскопическая картина при фурункуле наружного слухового прохода представлена
Округлым возвышением гиперемизированной кожи, суживающим слуховой проход
Округлым возвышением неизменной кожи, суживающим слуховой проход
Диффузной гиперемией и инфильтрацией кожи перепончато-хрящевых и костных отделов слухового прохода
Сужением просвета и диффузной гиперемией воспаленной кожи в костном отделе слухового прохода
- 34 Тактика лечения фурункула слухового прохода
Вскрытие фурункула и назначение системной антибактериальной терапии
Выдавливание фурункула
Назначение гормональной терапии
Назначение местной антибактериальной терапии
- 35 Основные симптомы отомикоза
Постоянный зуд в ухе, заложенность, скудные выделения из уха
Постоянная головная боль, высокая температура, зловонные выделения из уха
Слизисто-гнойные выделения из уха, боль в ухе
Заложенность уха, скудные выделения из уха, системное головокружение
- 36 Живое инородное тело легче удалить
Закапав масло в слуховой проход
Пинцетом

Не трогать
Крючком

- 37 Перелом передне-нижней стенки наружного слухового прохода возможен при
Ударе в подбородок
Падении на область затылка
Переломе височной кости
Переломе лобной кости
- 38 Перфорация в расслабленной части барабанной перепонки характерна для
Хронического гнойного эпитимпанита
Хронического экссудативного среднего отита
Адгезивного среднего отита
Хронического гнойного мезотимпанита
- 39 Перфорация в натянутой части барабанной полости характерна для
Хронического гнойного мезотимпанита
Хронического гнойного эпитимпанита
Хронического экссудативного среднего отита
Адгезивного среднего отита
- 40 Краевая перфорация барабанной перепонки характерна для
Хронического гнойного эпитимпанита
Хронического экссудативного среднего отита
Адгезивного среднего отита
Хронического гнойного мезотимпанита
- 41 Проба Тойнби заключается в
Прижимании крыльев носа к перегородке носа и выполнении глотательных движений
Введении в наружный слуховой проход пальца
Надавливании на козелок и резком отдергивании руки
Последовательном введении наконечника резиновой груши в преддверие одной половины носа,
прижати другого крыла носа к перегородке носа и резком сжатии груши при одномоментном произнесении
пациента слова «пароход»
- 42 Проба Вальсальвы заключается в
Произведении пациентом резкого энергичного выдоха с закрытым носом
Надавливании пальцем на козелок
Прижимании крыльев носа к перегородке носа и выполнении глотательных движений
Последовательном введении наконечника резиновой груши в преддверие одной половины носа,
прижати другого крыла носа к перегородке носа и резком сжатии груши при одномоментном произнесении
пациента слова «пароход»
- 43 Трагус-симптом выявляет
Острый средний отит у новорожденного ребенка
Острый средний отит у ребенка 11 -ти лет
Острый тубоотит у ребенка 2-х лет
Острый средний отит у ребенка 3-х лет
- 44 Отоскопическая картина тубоотита заключается в
Втяжении барабанной перепонки
Адгезии и фиксации барабанной перепонки к промоториуму
Выбухании барабанной перепонки
Выявлении кальцификата в толще барабанной перепонки
- 45 При остром среднем катаральном отите отоскопически определяется
Гиперемия барабанной перепонки
Отделяемое из уха слизистого характера
- Стойкая перфорация барабанной перепонки
Рубцующаяся перфорация барабанной перепонки

- 46 На доперфоративной стадии острого гнойного среднего отита отоскопически определяется
Выбухающая барабанная перепонка
Концентрическое сужение наружного слухового прохода
Перфорация барабанной перепонки
Деструкция верхней стенки наружного слухового прохода
- 47 При перфоративном остром гнойном среднем отите отоскопически возможно определить
Дефект гиперемированной барабанной перепонки
Концентрическое сужение наружного слухового прохода
Деструкцию нижней стенки наружного слухового прохода
Деструкцию верхней стенки наружного слухового прохода
- 48 При опыте Швабаха определяют
длительность восприятия звука через кость
длительность восприятия звука по воздуху
разницу в длительности восприятия звука по кости и по воздуху
латерализацию звука
- 49 При проведении тональной пороговой аудиометрии при поражении звукопроводящего отдела звукового анализатора мы наблюдаем
Снижение воздушного звукопроводения
Снижение костного звукопроводения
Снижение костного и воздушного звукопроводения
Островки звука
- 50 При проведении тональной пороговой аудиометрии при поражении звуковосприятия мы наблюдаем
Снижение костного и воздушного звукопроводения
Снижение воздушного звукопроводения
Снижение костного звукопроводения
Островки звука
- 51 Радикальная операция на височной кости выполняется при
Эпитимпаните
Отосклерозе
Мастоидите
Остром гнойном среднем отите
- 52 Наиболее частая причина паралича Белла - это
Вирус простого герпеса I типа
Инсульт
Перелом пирамиды височной кости
Ятрогения
- 53 Основным симптомом, отличающим периферический парез лицевого нерва от центрального, является
Односторонняя слабость мышц всей половины лица
Односторонняя слабость мышц нижних отделов лица
Слабость мышц нижних отделов лица с двух сторон
Односторонний гипертонус мышц всей половины лица
- 54 Хирургическое лечение паралича Белла заключается в
Декомпрессии лицевого нерва
Удалении пораженного участка лицевого нерва в мастоидальном отделе
Сшивании здоровых участков лицевого нерва в мастоидальном отделе
Введении кортикостероидов в периневрий лицевого нерва
- 55 При какой форме хронического среднего отита показана saniрующая слухосохраняющая операция на среднем ухе?
Эпитимпанит с холестеатомой
Мезотимпанит
Адгезивный отит
Тимпанофиброз

- 56 Какой объем хирургического вмешательства показан больному острым гнойным средним отитом, осложненным менингитом?
Расширенная антромастоидотомия с обнажением dura mater и сигмовидного синуса с сохранением задней стенки наружного слухового прохода
Радикальная операция на среднем ухе
Антромастоидотомия
Расширенная радикальная операция на среднем ухе с обнажением dura mater и сигмовидного синуса
- 57 Больному хроническим гнойным средним отитом показана люмбальная пункция при
Наличии менингеальных симптомов
Выявлении клинических признаков мастоидита
Обострении хронического гнойного среднего отита
Появлении головных болей
- 58 Каковы различия между обострением хронического гнойного среднего отита и рецидивирующим гнойным средним отитом?
Наличие постоянной перфорации барабанной перепонки
Снижение слуха
Гноетечение из уха
Периодическое головокружение
- 59 Микробиологическая картина при обострении хронического гнойного среднего отита наиболее часто представлена
Синегнойной палочкой

Лактобактериями
Бифидобактериями
РС-инфекцией
- 60 Деструктивный процесс в височной кости встречается при
Хроническом гнойном среднем отите
Экссудативном среднем отите
Хроническом мирингите
Остром катаральном среднем отите
- 61 Перфорация барабанной перепонки при хроническом гнойном среднем отите может быть блокирована
Полипом
Экссудатом
Рубцом
Экзостозом
- 62 Нормальная отоскопическая картина
Четкие контуры барабанной перепонки
Сглаженные контуры барабанной перепонки
Иньекция сосудов по рукоятке молотка
Втянутая барабанная перепонка
- 63 При отомикроскопии нормальной барабанной перепонки визуализируется
Пупок
Длинный отросток наковальни
Арка стремени
Круглое окно
- 64 Сглаженность светового рефлекса возможна при
Тубоотите
Гемотимпануме
Нейросенсорной тугоухости
Перфорации барабанной перепонки
- 65 Мирингит является стадией
Острого среднего отита

Хронического среднего отита
Наружного отита
Вторичной иммунодефицитной патологией

- 66 Особенностью рецидивирующего среднего отита является
Наличие перфорации барабанной перепонки во время рецидива процесса
Наличие постоянной перфорации
Постоянная оторрея
Активный рост холестеатомы во время рецидива процесса
- 67 Отоскопические признаки адгезивного среднего отита
Подлипание барабанной перепонки к промоториуму
Выбухание барабанной перепонки
Гиперемия барабанной перепонки
Прозрачный экссудат за барабанной перепонкой
- 68 Дифференциальный диагноз травматического среднего отита проводят с
Хроническим перфоративным средним отитом
Мирингитом
Катаральным средним отитом
Адгезивным средним отитом
- 69 Лечение тубоотита включает
Продувание слуховых труб по Политцеру
Тимпанопункцию
Радикальную операцию на среднем ухе
Парацентез барабанной перепонки
- 70 Мирингит - это
Острое воспаление, локализованное в пределах барабанной перепонки
Воспаление, локализованное только в области слуховой трубы
Хроническое воспаление слизистой оболочки среднего уха
Хроническое воспаление слизистой оболочки и костной ткани среднего уха
- 71 Ретракционный карман барабанной перепонки чаще всего возникает вследствие
Изменения давления в барабанной полости из-за нарушения функционирования слуховой трубы
Парацентеза
Травмы барабанной перепонки
Гнойного воспалительного процесса в среднем ухе
- 72 Основная теория, лежащая в патогенезе формирования холестеатомы, - это теория
Ретракционного кармана
Миграционная
Метаплазии базальных клеток
Формирования биопленок
- 73 Подвижность барабанной перепонки определяется с помощью
Пневмоотоскопии с использованием воронки Зигле
Стандартной отоскопии без использования увеличительной оптики
Ультразвукового исследования слуха
- Динамической КТ височной кости
- 74 Отоскопически мирингит проявляется
Разлитой гиперемией барабанной перепонки
Выбуханием барабанной перепонки
Перфорацией в натянутой части
Перфорацией в ненапрянутой части
- 75 Лечение мирингита
Введение ушных капель эндоурально
Парацентез

- Антромастодотомия
Промывание наружного слухового прохода антисептиками
- 76 Втяжение барабанной перепонки характерно для
Тубоотита
Гематотимпанума
Острого среднего гнойного отита
Острого среднего катарального отита
- 77 Диагноз мирингит позволяет поставить
Отоскопия
Пневмоотоскопия
КТ височных костей
МРТ головного мозга
- 78 Адгезивный средний отит характеризуется
Стойкой кондуктивной тугоухостью за счет фиксации элементов звукопроводящей системы рубцами и спайками
Наличием гноя за барабанной перепонкой

Перфорацией в натянутой части барабанной перепонки
Наличием прозрачного экссудата за барабанной перепонкой
- 79 Повторный парацентез следует проводить
При несостоятельной перфорации барабанной перепонки при перфоративном среднем гнойном отите
При субтотальной перфорации
При перфорации менее 5 мм в диаметре
При перфорации более 5 мм в диаметре
- 80 Диагноз острый средний отит позволяет установить
Рутинная отоскопия
Жалобы
Аудиометрия
Импедансометрия
- 81 При экссудативном среднем отите рационально применять хирургическое лечение в объеме
Шунтирования барабанной полости
Антромастодотомии
Радикальной операции на среднем ухе
Парацентеза с эвакуацией содержимого барабанной полости
- 82 Буллезный средний отит характеризуется
Воспалительным процессом, приводящим к образованию содержимого между слоями барабанной перепонки
Перфорацией барабанной перепонки
Экссудатом за барабанной перепонкой
Втяжением барабанной перепонки
- 83 Перфорация барабанной перепонки при остром среднем отите возникает вследствие

Прорыва барабанной перепонки под давлением гноя
Разрыва барабанной перепонки из-за ее резкого втяжения
Дистрофии участка барабанной перепонки
Резкого повышения давления в барабанной полости при глотании
- 84 Характерная жалоба для экссудативного среднего отита
Чувство переливания жидкости в ухе
Оталгия
Головокружение
Аутофония
- 85 Холестеатома отоскопически проявляется
Массами белого цвета, находящимися в области перфорации барабанной перепонки

Гиперемией барабанной перепонки
Наложениями черного цвета на барабанной перепонке
В виде слепого втяжения с видимыми границами над коротким отростком молоточка

- 86 Холестеатома - это
Образование, возникшее вследствие миграции эпидермиса из наружного слухового прохода в полость среднего уха
Злокачественная опухоль наружного слухового прохода
Сосудистая опухоль среднего уха
Злокачественное образование полостей среднего уха
- 87 Пузырьки воздуха за барабанной перепонкой при экссудативном среднем отите визуализируются вследствие
Заброса воздуха через слуховую трубу в барабанную полость
Воспалительного процесса в среднем ухе
Полного блока слуховых труб
Перфорации барабанной перепонки
- 88 Этиологическим фактором буллезного среднего отита являются
Различные вирусы
Хламидии, микоплазмы
Кишечная палочка
Протей
- 89 Гломусные опухоли головы и шеи по происхождению связаны со следующими анатомическими образованиями
Луковица яремной вены
Тимпанальное устье слуховой трубы
Сигмовидный синус
Передний аттик
- 90 Самый частый тип гломусных опухолей головы и шеи - это опухоли
Растущие из области луковицы яремной вены (югулярные)
Растущие из барабанной полости (тимпанальные)
Связанные с блуждающим нервом (вагальные)
Растущие из каротидных телец (каротидные)
- 91 Самый частый вариант параганглиом среднего уха
Тимпанальные
Югулярные
Каротидные
Вагальные
- 92 Патогномичный симптом параганглиомы среднего уха
Пульсирующий шум в ухе, совпадающий с пульсом
Рецидивирующее кровотечение из наружного слухового прохода
Преходящее снижение слуха

Парез лицевого нерва
- 93 Дифференциальный диагноз параганглиомы среднего уха проводят с
Аневризмой внутренней сонной артерии
Холестеатомой среднего уха
Хроническим гнойным средним отитом
Невриномой лицевого нерва
- 94 Лучевая диагностика гломусной опухоли среднего уха включает в себя
КТ височных костей и МРТ с контрастированием
КТ височных костей и МРТ без контрастирования
Рентгенография височных костей по Стенверсу
МРТ височных костей в режиме NON Epi DWI

- 95 Феномен «изъеденности молью», выявляемый на КТ височных костей, характерен для
Параганглиомы среднего уха
Шванномы яремной ямки
Холестеатомы среднего уха
Отосклероза
- 96 Предпочтительный метод лечения параганглиом среднего уха типов А и В у пациентов с
неотягощенным соматическим анамнезом
Хирургическое лечение
Лучевая терапия
Химиотерапия
Генная терапия
- 97 Виды фиброзных волокон, формирующих средний слой барабанной перепонки
Радиарные, циркулярные, параболические, полулунные
Радиарные, циркулярные

Параболические, полулунные
Продольные, поперечные
- 98 Мастоидит Муре характеризуется
прорывом гноя в область двубрюшной ямки на передне-нижней поверхности верхушки сосцевидного
отростка с распространением в заднее подоклоушное пространство
прорывом гноя на наружную поверхность верхушки сосцевидного отростка с развитием инфильтрата
вокруг прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы
септикопиемией без тромбоза сигмовидного синуса
прорывом гноя из перисинуозного абсцесса под мягкие ткани затылка и шеи
- 99 Мастоидит Орлеанского характеризуется
Прорывом гноя на наружную поверхность верхушки сосцевидного отростка с развитием инфильтрата
вокруг прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы
Прорывом гноя в область двубрюшной ямки на передне-нижней поверхности верхушки сосцевидного
отростка с распространением в заднее подоклоушное пространство
Септикопиемией без тромбоза сигмовидного синуса
Прорывом гноя из перисинуозного абсцесса под мягкие ткани затылка и шеи
- 100 Мастоидит Корнера характеризуется
Развитием септикопиемии без тромбоза сигмовидного синуса
Прорывом гноя на наружную поверхность верхушки сосцевидного отростка с развитием инфильтрата
вокруг прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы
Прорывом гноя в область двубрюшной ямки на передне-нижней поверхности верхушки сосцевидного
отростка с распространением в заднее подоклоушное пространство
Прорывом гноя из перисинуозного абсцесса под мягкие ткани затылка и шеи
- 101 Причиной септикопиемии, развившейся при мастоидите Корнера, является тромбоз
Мелких костных вен сосцевидного отростка
Сигмовидного синуса
Кавернозного синуса
Внутренней яремной вены
- 102 Мукозит - это
Негнойная форма хронического среднего отита
Стадия острого гнойного среднего отита
Стадия экссудативного среднего отита
Форма адгезивного среднего отита
- 103 Патоморфологическая характеристика мукозита
Негнойное воспаление с признаками хронического катарального процесса с трансформацией
мерцательных клеток в бокаловидные и склерозом собственной пластинки слизистой оболочки
фибропластического характера
Негнойное воспаление с фибро- и остеопластическими изменениями мукопериоста с склонностью к
гиалинозу и дистрофическому обызвествлению

Гнойное воспаление с признаками хронического катарального процесса, перифокального гнойному очагу

Кариозно-грануляционный процесс

104Тимпаносклероз - это

Негнойное воспаление с фибро- и остеопластическими изменениями мукопериоста с наклонностью к гиалинозу и дистрофическому обызвествлению

Негнойное воспаление с признаками хронического катарального процесса с трансформацией мерцательных клеток в бокаловидные и склерозом собственной пластинки слизистой оболочки фибропластического характера

Гнойное воспаление с признаками хронического катарального процесса, перифокального гнойному очагу

Кариозно-грануляционный процесс

105Основной способ лечения фиброзной облитерации барабанной полости

Хирургический: формирование барабанной полости

Консервативный: катетеризации слуховой трубы с ферментами, продувание слуховых труб по Политцеру, пневмомассаж барабанных перепонки

Физиотерапевтический: электрофорез с лидазой на область сосцевидных отростков

Консервативный: транстимпанальное введение кортикостероидных гормонов и ферментов в барабанную полость

106Хирургическое лечение фиброзной облитерации барабанной полости заключается в

Частичном иссечении фиброзной ткани и укладывании силиконовой пленки на медиальную стенку барабанной полости

Полном иссечении фиброзной ткани во всех отделах барабанной полости

Проведении тимпаноластики 4 типа по Вульштейну

Установке вентиляционной трубки в барабанную полость

107Хирургическое лечение мукозита заключается в

Произведении насечек на поверхности измененной слизистой оболочки и установке дренажной трубки в барабанную полость и/или антрум

Частичном иссечении измененной слизистой оболочки и укладывании силиконовой пленки на медиальную стенку барабанной полости

Частичном иссечении измененной слизистой оболочки и установке дренажной трубки в барабанную полость и/или антрум

Проведении тимпаноластики 1 типа по Вульштейну

108Хирургическое лечение тимпаносклеротической фиксации слуховых косточек заключается в

Удалении фиксированных слуховых косточек и замене их на одноименные протезы (аутохрящевые, аутокостные, искусственные)

Попытке их мобилизации

Оставлении их в прежней позиции и установке новых протезов слуховых косточек (аутохрящевых, аутокостных, искусственных)

Проведении кохлеарной имплантации

109Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита с холестеатомой вне обострения заключается в проведении

Санитарной операции с одномоментной тимпанопластикой, оссикулопластикой, мастоидопластикой

Радикальной операции на височной кости

Аттикоантромастоидотомии

Санитарной операции только по закрытому варианту с одномоментной тимпанопластикой

110Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита с холестеатомой аттика вне обострения заключается в проведении

Санитарной операции по закрытому или полукрытому типу с одномоментной тимпанопластикой, оссикулопластикой

Радикальной операции на височной кости

Санитарной операции по открытому варианту с одномоментной тимпанопластикой

Аттикоантромастоидотомии

- 11 Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита с холестеатомой аттико-антральной области вне обострения заключается в проведении
- Санлирующей операции по открытому варианту с одномоментной тимпанопластикой
 - Радикальной операции на височной кости
 - Аттикоантромастоидотомии
 - Интрамеатальной аттикотомии с одномоментной тимпанопластикой
- 12 Пациентам с хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой, перенесшим санлирующую операцию по закрытому типу, через год после операции показано проведение
- Хирургической ревизии полостей среднего уха с целью исключения рецидива холестеатомы
 - КТ височных костей
 - Отомикроскопии
 - Аудиологического обследования
- 13 Резидуальная холестеатома - это
- Холестеатома, развившаяся из оставленных в полостях среднего уха клеток холестеатомного матрикса
 - Повторно развившийся холестеатомный процесс
 - Холестеатома, локализуемая в барабанной полости
 - Врожденная холестеатома
- 14 Рекуррентная холестеатома - это
- Повторно развившийся холестеатомный процесс
 - Холестеатома, развившаяся из оставленных в полостях среднего уха клеток холестеатомного матрикса
 - Холестеатома, локализуемая в полостях среднего уха
 - Врожденная холестеатома
- 15 Хирургическое лечение адгезивного отита с образованием ретракционных карманов заключается в проведении
- Укрепления измененных участков барабанной перепонки (тимпанопластика)
 - Радикальной операции на височной кости
 - Санлирующей операции по полуоткрытому или закрытому варианту с одномоментной тимпанопластикой
 - Шунтирования барабанной полости
- 16 Объем хирургического вмешательства при остром гнойном среднем отите, осложненном петрозитом
- Аттикоантромастоидотомия с сохранением задней стенки наружного слухового прохода
 - Радикальная операция
 - Парацентез
 - Санлирующая операция с удалением задней стенки наружного слухового прохода
- 17 Причиной стойкой дисфункции слуховой трубы может быть
- Длительное воспаление в перитубарных клетках
 - Разрыв цепи слуховых косточек
 - Склеротический тип строения сосцевидного отростка
 - Перфоративный средний отит
- 18 Эквипрессорная функция слуховой трубы - это
- Способность выравнивать давление в среднем ухе в ответ на колебания внешнего давления
 - Способности мышц, напрягающих барабанную перепонку и мягкое небо, рефлекторно сокращаться и закрывать глоточное устье в ответ на громкий звук
 - Способность ресничек мерцательного эпителия слуховой трубы двигаться в одном направлении
 - Нарушенное функционирование слуховой трубы
- 19 Защитная акустическая функция слуховой трубы заключается в способности мышц, напрягающих барабанную перепонку и мягкое небо, рефлекторно
- Сокращаться и закрывать глоточное устье в ответ на громкий звук
 - Расслабляться и открывать глоточное устье в ответ на громкий звук
 - Сокращаться и закрывать глоточное устье в ответ на тихий звук
 - Расслабляться и открывать глоточное устье в ответ на тихий звук
- 20 Резонаторная функция слуховой трубы подразумевает участие слуховой трубы в механизме

Звукопроведения
Звукообразования
Образования обертонов
Звуковосприятия

- 121 Транспорт слизи по слуховой трубе осуществляется в сторону
Носоглотки
Барабанной полости
В обе стороны
Движения воздуха
- 1 Заболевания внутреннего уха
- 1 Укажите все части, составляющие височную кость
Каменистая, барабанная, чешуйчатая, сосцевидная
Барабанная, сосцевидная
Барабанная, слуховая, сосцевидная
Барабанная, сигмовидная, промоториальная
- 2 Признаком невриномы лицевого нерва ниже второго колена на спиральной компьютерной томографии является тубулярное расширение сегмента канала лицевого нерва
В сосцевидном отростке
В барабанной полости
Во внутреннем слуховом проходе
Ниже выхода нерва из шилососцевидного отверстия
- 3 Признаком острого лабиринтита на спиральной компьютерной томографии височной кости с контрастным усилением является скопление контрастирующего препарата в
Содержащих жидкость структурах внутреннего уха
Барабанной полости
Просвете слуховой трубы
Просвете сигмовидного синуса
- 4 Признаком ликвореи при травмах височной кости на спиральной компьютерной томографии является скопление
Жидкости в полости среднего уха или любом интракраниальном отделе височной кости
Жиры в полости среднего уха или любом интракраниальном отделе височной кости
Воздуха в полости среднего уха или любом интракраниальном отделе височной кости
Воздуха и жидкости в наружном слуховом проходе
- 5 Полости перепончатого лабиринта заполнены
Эндолимфой
Перилимфой
Спинальной жидкостью
Плазмой
- 6 Полости между костным и перепончатым лабиринтом заполнены жидкостью, которая называется
Перилимфа
Плазма

Спинальная жидкость
Эндолимфа
- 7 Структуры перепончатого лабиринта (мешочки преддверия, полукружные каналы), находятся в подвешенном состоянии в костном лабиринте благодаря
Соединительнотканным тяжам
Костным перемычкам
Хрящевым перемычкам
Фибриновым спайкам
- 8 Ощущение звука в ухе (ушах) пациента при отсутствии реального источника звука, не поддающегося оценке со стороны, - это
Субъективный ушной шум

Болезнь Меньера
Гнойный петрозит
Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение

- 9 Основным методом лечения пациента с ушным шумом является
Использование маркёров шума и психологических тренингов
Подбор слухового аппарата
Диагностическая и лечебная тимпанотомия
Кохлеарная имплантация

- 10 Особенностью лекарственной терапии пациентов с ушным шумом является
Наступление первого эффекта от лечения происходит на 3-4 неделе приема препаратов
Моментальное наступление эффекта от лечения
Отсутствие эффекта от лечения
Наступление эффекта от лечения при превышении обычной дозы в 3-4 раза

- 11 В соответствии с международными стандартами кохлеарная имплантация разрешена детям с
- 1-го года
 - 6 мес.
 - 2-х лет
 - 5-и лет

- 12 Патогенетическая сущность болезни Меньера - это
Эндолимфатический гидропс
Перилимфатический гидропс
Уменьшение объема эндолимфы
Панкохлеарный гидропс

- 13 Клиническая картина болезни Меньера
Приступы системного головокружения, прогрессирующая нейросенсорная тугоухость, ощущение шума и заложенности в ухе
Слабость, недомогание, головная боль, «мелькание мушек» перед глазами
Нарушение зрения, слабость, тризм жевательной мускулатуры, повышение внутриглазного давления, звон в голове
Приступы системного головокружения, возникающие при изменении положения тела, длительностью несколько секунд или минут, не сопровождающиеся изменением слуха

- 14 Дегидратационный тест - это косвенный метод диагностики эндолимфатического гидропса. Проба считается положительной, если
Через 2-3 часа после приема препарата слух улучшается на 10 дб и более, по крайней мере на двух частотах, или разборчивость речи улучшается не менее чем на 12%
Через 7-10 часов после приема препарата слух улучшается на 25 дб и более, по крайней мере на двух частотах, или разборчивость речи улучшается не менее чем на 42%
Через 24 часа после приема препарата слух улучшается на 10 дб и более на всех частотах или разборчивость речи улучшается не менее чем на 20%
Через 30 минут после приема препарата слух улучшается на 5 дб и более на низких частотах, но без изменения разборчивости речи

- 15 Наиболее эффективная методика лечения пациентов с ушным шумом - это
Использование маркёров шума и психологических тренингов
Электрофорез с лидазой
Массаж шейного отдела позвоночника
Гомеопатическое лечение

- 16 Эффект от использования маскёров ушного шума у пациентов с тинитусом заключается в том, что
Шум, генерируемый маскёром и совпадающий по характеристикам с ушным шумом пациента, оценивается в подкорковых слуховых путях как нейтральный звук, не имеющий никакого значения
Шум, генерируемый маскёром и совпадающий по характеристикам с ушным шумом пациента, приводит к снижению слуха человека и шум становится менее значимым
Шум, генерируемый маскёром и совпадающий по характеристикам с ушным шумом пациента, приводит к повышению слуха человека до нормы и шум становится менее значимым

Происходит повышение уровня возбуждения корковых путей и шум снижается

- 17 Лекарственный препарат, являющийся обязательным у пациентов с острым ушным шумом, на фоне острой сенсоневральной тугоухости - это
Системный глюкокортикостероид
Топический глюкокортикостероид
Местный анестетик в виде заушной блокады
Ингибитор АПФ
- 18 Вестибулярное (системное) головокружение - это ощущение
Направленного движения (вращения) собственного тела или окружающих предметов
Дурноты, потемнения в глазах, «проваливания»
Нарушения равновесия и походки, исчезающее (или стихающее) в положении сидя или лежа
Слабости, недомогания, укачивание на качелях
- 19 Вторая по частоте встречаемости причина вестибулярного (системного) головокружения - это
Болезнь Меньера
- Острый гнойный лабиринтит
Укачивание на качелях, каруселях
Цереброваскулярные заболевания
- 20 Длительность головокружения при вестибулярном нейроните составляет
От нескольких часов до нескольких суток
10-15 минут
Несколько секунд
2 месяца
- 21 Длительность головокружения при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении составляет
До одной минуты
2 часа
1 месяц
24 часа
- 22 В каком полукружном канале может формироваться «поршневой эффект» при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении?
В любом
В горизонтальном
В верхнем
В заднем
- 23 Этиологическим фактором при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении является
Попадание через гладкое колесо из преддверия фрагментов отолитовой мембраны утрикулуса (отолитов) в один из полукружных каналов
Дефицит эндолимфы, снижение уровня свободного кальция
Образование во время сна человека сгустков свободных отолитов и возбуждение ими купулы
Попадание через гладкое колесо из полукружных каналов в преддверие фрагментов отолитовой мембраны ампулы (отолитов)
- 24 Проба, позволяющая дифференцировать доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение заднего полукружного канала от других вестибулярных дисфункций, называется проба
Дикса-Халпайка
Ромберга
Барани
Фишера-Баре
- 25 Маневр, эффективный в лечении доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения заднего полукружного канала, - это маневр
Семонта
Барани

Ринне
Желле

- 26 В качестве лечебной гимнастики для самостоятельного выполнения пациентам с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением заднего полукружного канала эффективна методика
Брандта-Дароффа
Барани-Ринне
Шварца
Левина
- 27 Третья по частоте встречаемости причина вестибулярного (системного) головокружения - это
Вестибулярный нейронит
Укачивание на качелях, каруселях
Болезнь Меньера
Цереброваскулярные заболевания
- 28 Сравнение громкости звучания камертона С128 с козелка и сосцевидного отростка это
опыт
Федеричи
Ринне
Вебера
Швабаха
- 29 Латерализация звука камертоном с темени - это опыт
Вебера
Федеричи
Ринне
Желле
- 30 Латерализация звука камертоном с темени в правое ухо свидетельствует о
Кондуктивной тугоухости в правом ухе или сенсоневральной тугоухости в левом ухе
Сенсоневральной тугоухости в правом ухе или кондуктивной тугоухости в левом ухе
Кондуктивной тугоухости в правом ухе
Сенсоневральной тугоухости в правом ухе
- 31 Изменение громкости звучания камертона при изменении давления в слуховом проходе - это опыт
Желле
Вебера
Бинга
Швабаха
- 32 Опыт Желле с камертоном С128 подразумевает
Изменение громкости звучания камертона при изменении давления в слуховом проходе
Отсутствие изменение громкости звучания камертона при изменении давления в слуховом проходе
Уменьшение свиста и звона при изменении давления в слуховом проходе
Появление свиста и звона при изменении давления в слуховом проходе
- 33 Продолжение звучание камертона С128 у уха после окончания звучания на сосцевидном отростке - это
опыт
Ринне
Желле
Вебера
Бинга
- 34 Наиболее частая причина вестибулярного головокружения - это
Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение
Болезнь Меньера
Вестибулярный нейронит
Острый лабиринтит
- 35 Адекватный раздражитель полукружных каналов - это

- Угловое ускорение
 - Прямолинейное ускорение
 - Невесомость
 - Состояние покоя
- 36 Адекватный раздражитель преддверия - это
- Прямолинейное ускорение
 - Алкогольное опьянение
 - Наркотическое опьянение
 - Угловое ускорение
- 37 Артериальное кровоснабжение внутреннего уха осуществляется
- Передне-нижней мозжечковой артерией
 - Верхней щитовидной артерией

 - Ветвями восходящей глоточной артерии
 - Верхнечелюстной артерией
- 38 Ухо человека воспринимает полосу звуковых частот
- 16 - 20000 Гц
 - 20 - 16 000 Гц
 - 10 - 15000 Гц
 - 5 - 50000 Гц
- 39 Минимальная энергия звуковых колебаний, способная вызвать ощущение звука - это
- Порог слухового восприятия
 - Дифференцированный порог силы звука
 - Адаптация
 - Феномен усиления нарастания громкости
- 40 Барабанная перепонка и слуховые косточки
- Уменьшают силу звуковых колебаний за счет уменьшения их амплитуды
 - Увеличивают силу звуковых колебаний за счет уменьшения их амплитуды
 - Уменьшают силу звуковых колебаний за счет увеличения их амплитуды
 - Увеличивают силу звуковых колебаний за счет увеличения их амплитуды
- 41 Вестибулярные реакции, обуславливающие возникновение нистагма, - это
- Окуломоторные
 - Вестибулосоматические
 - Вестибуловегетативные
 - Вестибуломозжечковые
- 42 Калорическую пробу проводят с помощью
- Холодной и горячей воды

 - Кресла Р.Барани
 - Световых раздражителей
 - Цветовых таблиц
- 43 Графическое изображение слуховых порогов, получаемое путем тестирования звуком чистого тона называется
- Аудиограмма
 - Тимпанограмма
 - График слуховых вызванных потенциалов
 - Фунг
- 44 Снижение слуха по аудиограмме при I степени тугоухости
- До 40 дб
 - 45 - 60 дб
 - 65 - 80 дб
 - Свыше 85 дб
- 45 Снижение слуха по аудиограмме при II степени тугоухости

41 - 60 дБ
До 40 дБ
65 - 80 дБ
Свыше 85 дБ

46 Снижение слуха по аудиограмме при III степени тугоухости

61 - 80 дБ
До 40 дБ
41 - 60 дБ
Свыше 85 дБ

47 Снижение слуха по аудиограмме при IV степени тугоухости

Свыше 81 дБ
41 - 60 дБ
61 - 80 дБ
До 40 дБ

48 Тимпанограмма при нейросенсорной тугоухости

Тип А
Тип В
Тип С
Тип D

49 Тимпанограмма в норме

Тип А
Тип В
Тип С
Тип D

50 Тимпанограмма при дисфункции слуховой трубы

Тип С
Тип А
Тип В
Тип D

51 Снижение слуха по аудиограмме при III степени тугоухости

56-70 дБ
До 40 дБ
41-55 дБ
71-90 дБ

52 Тимпанограмма при наличии жидкости в среднем ухе

Тип В
Тип А
Тип С
Тип D

53 Снижение слуха по аудиограмме при II степени тугоухости

41-55 дБ
26-40 дБ
56-70 дБ
71-90 дБ

54 Тимпанограмма при нарушении целостности цепи слуховых косточек

Тип Ad
Тип А
Тип В
Тип С

55 Снижение слуха по аудиограмме при IV степени тугоухости

71-90 дБ

26-40 дБ
41-55 дБ
56-70 дБ

- 56 Основной заслугой Роберта Барани было открытие
Наличия связи между вестибулярным аппаратом и нервной системой
Взаимосвязи головокружения и заболеваний лицевого нерва
Взаимосвязи нистагма и заболеваний тройничного нерва
Взаимосвязи между приемом пищи и укачиванием
- 57 Тип «С» на тимпанограмме бывает при
Экссудате в среднем ухе
Разрыве цепи слуховых косточек
Рубцах барабанной полости
Нормальной функции слуховой трубы
- 58 Лестницы преддверия (scala vestibuli) и барабанная (scala tympani) разделены
Сверху мембраной Рейсснера, снизу - костной спиральной пластинкой и основной мембраной
Только костной спиральной пластинкой
Только базилярной или основной мембраной
Только мембраной Рейсснера
- 59 Перилимфа сообщается с субарахноидальным пространством через
Водопровод улитки
Водопровод преддверия
Отверстие - helicotrema
Круглое окно
- 60 Эндолимфатический мешочек располагается
На задней поверхности пирамиды височной кости
На верхней поверхности пирамиды височной кости
На передней поверхности пирамиды височной кости
Во внутреннем слуховом проходе
- 61 Самая широкая часть базилярной пластинки находится
У вертушки улитки
Возле сферического мешочка
В средней части улитки

У основания улитки
- 62 Волосковые клетки кортиева органа находятся в
Кортилимфе
Межклеточной жидкости
Перилимфе
Эндолимфе
- 63 Сколько нейронов включают в себя проводящие пути звукового анализатора?
5
2
3
4
- 64 Адекватным раздражителем рецептора улитки является
Звук
Угловое ускорение
Вибрация
Прямолинейное ускорение
- 65 При передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на подножную пластинку стремени
Уменьшается амплитуда звуковых колебаний и увеличивается их сила
Уменьшается амплитуда звуковых колебаний и уменьшается их сила

Увеличивается амплитуда звуковых колебаний и увеличивается их сила
Увеличивается амплитуда звуковых колебаний и уменьшается их сила

- 66 Сила звука при передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на подножную пластинку стремени увеличивается примерно
На 25 дБ

На 10 дБ
На 50 дБ
На 100 дБ
- 67 Основную роль в трофике спирального органа играет
Сосудистая полоска
Перилимфа
Эндолимфа
Кортилимфа
- 68 Локализация источников звука в пространстве по вертикали зависит от
Ушной раковины
Наружного слухового прохода
Среднего уха
Внутреннего уха
- 69 Центры статокINETического анализатора расположены в
Височной и теменной долях
ДрЕвней коре и лобной доле
Затылочной доле мозга
Мозжечке и продолговатом мозге
- 70 Вестибулосоматические реакции реализуются благодаря связям вестибулярных ядер с
Спинным мозгом
Корой головного мозга
Мозжечком
Ядрами блуждающего нерва
- 71 О направлении нистагма судят по его

Быстрому компоненту
Медленному компоненту
Плоскости
Амплитуде
- 72 О наличии фистулы лабиринта свидетельствует нистагм
Прессорный
Калорический
Гальванический
Поствращательный
- 73 Прессорный нистагм вызывается
Компрессией и декомпрессией воздуха в наружном слуховом проходе
Вливанием воды в наружный слуховой проход
Раздражением электрическим током
Вращением больного
- 74 Лабиринтные расстройства равновесия направлены в сторону
Медленного компонента нистагма
Быстрого компонента нистагма
Медленного и быстрого компонентов нистагма
Ни медленного ни быстрого компонентов нистагма
- 75 Исследование отолитового аппарата проводят для определения
профессиональной пригодности
выявления арефлексии вестибулярного аппарата

остроты слуха
уровня поражения проводящих путей вестибулярного анализатора

- 76 Адиадохокинез - специфический симптом заболевания
Мозжечка
Вестибулярного анализатора
Слухового анализатора
Височной доли мозга
- 77 Камертональные пробы при остром гнойном среднем отите
Опыты Федеричи и Ринне отрицательные
Опыт Вебера - в здоровое ухо
Опыты Желле и Ринне положительные
Опыт Швабаха удлинён, опыт Федеричи положительный
- 78 Патогномичным признаком ограниченного лабиринтита является
Положительный фистульный симптом
Отрицательный фистульный симптом
Наличие вращательного нистагма
Наличие гальванического нистагма
- 79 При левостороннем диффузном серозном лабиринтите отклонение туловища в позе Ромберга
Вправо
Вперед
Назад
Влево
- 80 При тимпаногенном лабиринтите инфекция во внутреннее ухо проникает через
Окна улитки и преддверия
Слуховую трубу
Водопровод улитки

Барабанную перепонку
- 81 Иллюзорное ощущение вращения предметов вокруг больного, или вращения самого больного - это
Системное головокружение
Спонтанный нистагм
Прессорный нистагм
Несистемное головокружение
- 82 Отосклероз - это заболевание
Наследственное
Аллергической природы
Острое инфекционное
Специфическое инфекционное
- 83 Отосклероз чаще встречается у
Женщин 20-40 лет
В раннем детском возрасте
У мужчин и женщин старше 60 лет
Мужчин 40-60 лет
- 84 Типичные жалобы больных отосклерозом
Снижение слуха и шум в ушах
Головокружение и шум в ушах
Заложенность в ушах
Шум в ушах
- 85 Наиболее частый провоцирующий фактор отосклероза у женщин
Беременность
Менопауза

- Производственный шум
Травма
- 86 Клинические формы отосклероза
Тимпанальная, кохлеарная, смешанная
Тимпанальная, серозная, смешанная
Кохлеарная, тимпанальная, серозная
Серозная, гнойная, смешанная
- 87 Симптом Лемперта - это
Истончение барабанной перепонки с изменением ее цвета, обусловленное ее атрофией
Гиперемированный мыс барабанной полости
Истончение кожи в костном отделе наружного слухового прохода
Отсутствие ушной серы
- 88 Зубец Кархарта - это потеря слуха по
Костной проводимости до 15-20 дБ на частоте 2000 Гц
Воздушной проводимости до 15-20 дБ на частоте 2000 Гц
Костной проводимости до 15-20 дБ на частоте 512 Гц
Воздушной проводимости до 15-20 дБ на частоте 512 Гц
- 89 Признак Шварца - это
Гиперемированный мыс барабанной полости
Истончение барабанной перепонки с изменением ее цвета, обусловленное ее атрофией
Отсутствие ушной серы
Истончение кожи в костном отделе наружного слухового прохода
- 90 Признак Шварца - это симптом
Активности отосклероза
- Наружного диффузного отита
Острой нейросенсорной тугоухости
Острого среднего отита
- 91 Признак анкилоза стремени
Зубец Кархарта
Положительный опыт Ринне
Положительный опыт Федериче
Латерализация в опыте Вебера
- 92 Патогномоничный симптом отосклероза
Паракузис Willisii
Приступ системного лабиринтного головокружения
Шум в больном ухе
Гноетечение из больного уха
- 93 При отосклерозе камертональные опыты
Ринне, Желле, Федеричи отрицательные
Ринне и Федеричи положительные, Желле отрицательный
Ринне положительный, Федеричи и Желле отрицательные
Ринне, Желле, Федеричи положительные
- 94 Лечение отосклероза
Хирургическое
Физиотерапевтическое
Гормональной терапией
Консервативное
- 95 Основной метод хирургического лечения отосклероза
- Стапедопластика
Кохлеарная имплантация
Тимпаноластика

Стволовая имплантация

- 96 Какой метод слухопротезирования предпочтителен для детей раннего возраста?
Биноуральное протезирование
Моноуральное протезирование
Кохлеарная имплантация
Протезирование возможно после 3 лет
- 97 По методике Ланга при болезни Меньера в барабанную полость вводят
0,3-0,5 мл гентамицина
1,0 мл пенициллина
0,5 мл гидрокортизона
1 мл стрептомицина
- 98 При интоксикации ототоксическими веществами показано введение
Унитиола
Димедрола
Тиосульфата натрия
Глюкозы
- 99 К антибиотикам ототоксического действия относятся препараты
Тетрациклинового ряда
Незащищенные пенициллины
Респираторные фторхинолоны
Цефалоспорины I поколения
- 100 Показанием к слухопротезированию является
Снижение восприятия звуков в зоне речевых частот более 40 Дб
Односторонняя тугоухость
Ретрокохлеарная тугоухость
Снижение восприятия звуков в зоне высоких частот более 40 Дб
- 101 Барабанная перепонка при сенсоневральной тугоухости
Не изменена
Гиперемирована
Втянута
Выпячена
- 102 Нейросенсорную тугоухость дифференцируют с
Отосклерозом и болезнью Меньера
Тимпаносклерозом
Адгезивным отитом
Хроническими средним отитом
- 103 Сурдология - это специальный раздел отиатрии, занимающийся
Организацией профилактики и лечения глухоты и тугоухости
Слуховосстанавливающими операциями
Санитизирующими операциями на ухе
Диагностикой и лечением вестибулярных расстройств
- 104 При профессиональной нейросенсорной тугоухости резко снижается слух на частотах
4000 гц
125 -250 гц
250-500 гц
500-1000 гц
- 105 При отосклерозе первичный отосклеротический очаг чаще всего локализуется в области
Овального окна
Круглого окна
Пирамидального возвышения
Тимпанального отдела лицевого нерва

- 106 В основе патогенеза отосклероза лежит
Остеодистрофический процесс в лабиринте
Снижение внутрилабиринтного давления
Повышение давления эндолимфы и отек (гидропс) лабиринта
Деструкция отолитовых мембран
- 107 Патогномичным симптомом отосклероза является
Паракузис Виллизии
Пресбиакузис
Аутофония
Гиперакузис
- 108 Аудиометрический признак тимпанальной формы отосклероза
Кондуктивная тугоухость
Смешанная тугоухость
Нейросенсорная тугоухость
Высокочастотная тугоухость
- 109 Аудиометрический признак кохлеарной формы отосклероза
Нейросенсорная тугоухость
Высокочастотная тугоухость
Кондуктивная тугоухость

Смешанная тугоухость
- 110 Аудиометрический признак смешанной формы отосклероза
Смешанная тугоухость
Нейросенсорная тугоухость
Высокочастотная тугоухость
Кондуктивная тугоухость
- 111 Сила громкой разговорной речи равна
80 дБ
40-60 дБ
30 дБ
70 дБ
- 112 Сила спокойной разговорной речи равна
40-60 дБ
30 дБ
70 дБ
80 дБ
- 113 Сила шепотной речи равна
30 дБ
40-60 дБ
70 дБ
80 дБ
- 114 Какие выделяют виды звукопроводения?
Костное и воздушное
Кондуктивное и нейросенсорное

Волновое и нейронное
Волосковое и клеточное
- 115 Какие выделяют виды тугоухости?
Кондуктивная, нейросенсорная, смешанная
Костная, воздушная
Органическая, нейрогенная
Волосковая, клеточная

- 116 Отоакустическая эмиссия - это
Звук, генерируемый колебаниями наружных волосковых клеток улитки
Звук, генерируемый в среднем ухе и слуховой трубе при глотании
Тест, определяющий подвижность барабанной перепонки и проходимость слуховой трубы
Периодические шумы ощущаемые пациентом, причина которых заключается в неврогенной патологии структур слухового анализатора
- 117 Акустическая импедансометрия - это
Исследование подвижности барабанной перепонки
Звук, генерируемый колебаниями наружных волосковых клеток улитки
Один из видов камертональных проб
Экспресс-тест вестибулярной функции
- 118 Тональная аудиометрия - это
Исследование, позволяющее оценить порог слышимости определенных частот
Исследование подвижности барабанной перепонки
Экспресс тест выявления глухоты у новорожденных
Один из видов камертональных проб
- 119 Пресбиакузис - это
Прогрессирующая глухота, развивающаяся у людей с возрастом
Грубая внутриутробная патология улитки
Периодическая оталгия, связанная с громким шумом
Заболевание уха, развивающееся у людей при чрезмерном повышении атмосферного давления
- 120 Аргументом в принятии решения о присвоении инвалидности по потере слуха является
Степень остроты слуха на ухо, которое лучше слышит
Степень остроты слуха на ухо, которое хуже слышит
Длительность конкретного заболевания уха
Нормы, существующие в соответствующем регионе РФ
- 121 К объективному методу исследования слуха относится
Регистрация слуховых вызванных потенциалов
Тональная пороговая аудиометрия
Тональная надпороговая аудиометрия
Ультразвуковое исследование слуха
- 122 Звуковоспринимающий отдел слухового анализатора включает
Рецепторный аппарат улитки
Лестницу преддверия
Барабанную лестницу
Корковый отдел слухового анализатора
- 123 A. vertebralis
Проходит в поперечных отростках шейных позвонков
Является ветвью внутренней сонной артерии
Непарная
Дает ответвления на шею
- 124 Баротравма, как профессиональный фактор, часто встречается у
Летчиков
Грузчиков
Спортсменов
Водителей
- 125 Флюктуация слуха характерна для
Гидропса лабиринта
Экссудативного среднего отита
Экзостозов наружного слухового прохода
Вертебро-базилярной недостаточности

- 126 Из какой порции VIII черепно-мозгового нерва растет невринома?
Из вестибулярной
Из слуховой
Из лицевого нерва
Из промежуточного нерва
- 127 Невринома VIII черепно-мозгового нерва чаще встречается у
Женщин
Мужчин
Детей
Пожилых
- 128 Двусторонние невриномы VIII черепно-мозгового нерва - это признак
Нейрофиброматоза II типа
Наследственного процесса
Метастазирования
Нейрофиброматоза I типа
- 129 Функциональный резерв улитки - это
Разница между воздушной и костной проводимостью на аудиограмме
Способность улитки воспринимать звуки в диапазоне разговорных частот
Снижение слуха до порогов «социального» слуха по данным аудиометрии
Разница между порогом слуха на низких и высоких частотах по данным аудиометрии
- 130 Какой уровень шума является вредным при длительном воздействии производственного шума?
Свыше 85 дБ
70-85 дБ
60-70 дБ
50-60 дБ
- 131 Симптомом невриномы преддверно-улиткового нерва на начальной стадии заболевания является
Прогрессирующее одностороннее снижение слуха
Боль в ухе
Головокружение
Тошнота
- 132 Для лечения активной стадии отосклероза назначается
Курс ингибиторов костной резорбции (бисфосфонатов)
Стапедэктомия со стапедопластикой
Курс электрофореза с фтористым натрием
Курс перорального приема кальция глюконата
- 133 По данным компьютерной томографии височных костей для активной стадии отосклероза характерна плотность отосклеротических очагов
Менее + 800 HU
+ 800 - 1500 HU
0 HU
+ 1500 - 2000 HU
- 134 Дисплазия Мондини - это
Аплазия улитки и деформация преддверия и полукружных каналов
Дегисценция верхнего полукружного канала
Атрезия наружного слухового прохода
Различные нарушения развития ушной раковины
- 1 Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения
- 1 Показанием к экстренной радикальной операции на лобной пазухе является
Флегмона орбиты
Острый катаральный фронтит
Остеома лобной пазухи
Полипозный полисинусит

- 2 Риногенный менингит является
Гнойным
Серозным
Катаральным
Отечным
- 3 После эндоназального вмешательства по поводу хронического этмоидита при повреждении lamina papyracea может развиваться
Флегмона орбиты
Риногенный менингит
Тромбоз пещеристого синуса
Риногенный сепсис
- 4 Сколько этапов распространения инфекции на мозговые оболочки предшествует формированию абсцесса мозга?
3
2
4
1
- 5 Нейтрофильный лейкоцитоз, повышение содержания белка, снижение содержания глюкозы в ликворе являются характерными признаками
Гнойного менингита
Пахименингита
Острого гнойного синусита
Лабиринтита
- 6 При менингите, вызванном грамотрицательными бактериями, особенно у новорожденных эффективны
Цефалоспорины
Тетрациклины
Незащищенные пенициллины
Макролиды
- 7 Лихорадка при риногенном сепсисе имеет
Гектический характер
Ремиттирующий характер
Постоянный характер
Интермиттирующий характер
- 8 К внеорбитальным риногенным осложнениям относится
Субдуральный абсцесс
Флегмона глазницы
Ретробульбарный абсцесс
Реактивный отек клетчатки век
- 9 Флегмона орбиты чаще всего является риногенным осложнением
Хронического верхнечелюстного синусита в стадии обострения
Посттравматического абсцесса перегородки носа
Фурункула носа в стадии абсцедирования
Острого гнойного ринита
- 10 При риногенном экстрадуральном абсцессе наименее вероятно нарушение функции
Возвратного нерва
Языкоглоточного нерва
Лицевого нерва
Отводящего нерва
- 11 Изменение психики в виде неадекватности поступков, необоснованной эйфории характерны для
Абсцесса лобной доли головного мозга
Абсцесса мозжечка

- Абсцесса височной доли головного мозга
- Абсцесса мозолистого тела
- 12 Причиной эмфиземы глазницы может быть
 - Перелом стенок лобных пазух
 - Ранение глазницы
 - Перелом костей носа
 - Перелом основания черепа
- 13 К менингеальным симптомам относятся
 - Симптомы Брудзинского
 - Симптомы Ласега
 - Симптомы Россолимо

 - Симптомы Преображенского
- 14 На фоне острого гнойного воспаления околоносовых пазух в качестве внутричерепного осложнения может развиваться
 - Тромбоз кавернозного синуса
 - Тромбоз сигмовидного синуса
 - Тромбоз поперечного синуса
 - Тромбоз верхнего сагитального синуса
- 15 При заболеваниях околоносовых пазух могут развиваться внутричерепные осложнения, а именно
 - Абсцесс лобной доли головного мозга
 - Абсцесс затылочной доли головного мозга
 - Абсцесс височной доли головного мозга
 - Абсцесс теменной доли головного мозга
- 16 При воспалении околоносовых пазух орбитальным осложнением является
 - Периостит орбиты
 - Экзофтальм
 - Параорбитальная гематома
 - Парез верхней прямой мышцы глаза
- 17 При воспалении околоносовых пазух орбитальным осложнением является
 - Флегмона орбиты
 - Псевдотумор орбиты
 - Тенонит
 - Дакриоцистит
- 18 Риногенные орбитальные осложнения чаще бывают у детей при
 - Острых гнойных риносинуситах

 - Острых катаральных синуситах
 - Хронических гнойных риносинуситах
 - Хронических полипозно-гнойных риносинуситах
- 19 Анализ спинномозговой жидкости больного с менингитом: жидкость прозрачная, количество клеток до 1000, преобладают лимфоциты до 80%, содержание сахара снижено, при отстаивании выпала фибриновая пленка в виде сетки. Данный анализ свидетельствует о
 - Туберкулезном менингите
 - Серозном вирусном менингите
 - Отогенном менингите
 - Эпидемическом церебральном менингите
- 20 Белково-клеточная диссоциация в спинно-мозговой жидкости наблюдается при
 - Энцефалите
 - Субдуральном абсцессе
 - Менингите
 - Отогенном сепсисе
- 21 Гемианопсия, чаще гомонимная (выпадение обеих одноименных половин зрения каждого глаза) бывает

при абсцессе

Височной доли мозга
Мозжечка
Лобной доли мозга
Экстрадуральном

- 22 Характерный симптом абсцесса левой височной доли мозга у правшей
Амнестическая афазия
Ригидность затылочных мышц
Симптом Кернига
Нарушение сознания
- 23 При отогенном абсцессе височной доли головная боль чаще всего локализуется
На стороне поражения
В затылочной области
В теменной области
На противоположной стороне
- 24 Характер головной боли при отогенных абсцессах мозга и мозжечка
Интенсивная, локализованная, приступообразная
Диффузная, интенсивная, распирающая
Отсутствует
Иррадирующая в глотку
- 25 Двигательные нарушения при абсцессе левой височной доли мозга возникают
На противоположной стороне
На обеих сторонах
Не возникают
На стороне поражения
- 26 При абсцессе правой височной доли мозга головная боль наиболее часто локализуется
В височно-теменной области справа
В височно-теменной области слева
В затылочной области
В лобной области
- 27 Основным локальным симптомом абсцесса правой височной доли является
Гемипарез
Появление спонтанного нистагма
Нарушение координации
- Афазия
- 28 Нарушение координации в конечностях при абсцессе мозжечка бывает
На стороне поражения
На противоположной стороне
С обеих сторон
Нарушений в координации движений нет
- 29 Характерно для абсцесса мозжечка
Адиадохокинез
Возбуждение больного
Тахикардия
Субфебрилитет
- 30 Головная боль при отогенном менингите чаще
Диффузная, интенсивная, распирающая
Отсутствует
Иррадирующая в глотку
Интенсивная, локализованная, приступообразная
- 31 Пульс при отогенном менингите, как правило

Частый - тахикардия
Редкий - брадикардия
Не изменен - нормальный
С выраженной экстрасистолией

32 Мутный ликвор с цитозом до 30000 клеток в 1 мкл, выделяющийся из иглы под давлением 500 мм вод. ст., характерен для

Менингита
Арахноидита

Мастоидита
Абсцесса мозга

33 Наибольшую диагностическую ценность при отогенном сепсисе имеет

Бактериологическое исследование крови
Серологическое исследование крови
Исследование ликвора
Исследование мочи

34 Температура тела при тромбозе сигмовидного синуса и сепсисе чаще

Гектическая
Нормальная
Субфебрильная
Фебрильная

35 Наиболее часто при отогенных осложнениях наблюдается тромбоз

Сигмовидного и поперечного синусов
Поперечного синуса
Пещеристого синуса
Кавернозного и поперечного синусов

36 Лечение гнойного отогенного менингита включает в себя

Расширенную радикальную операцию с обнажением dura mater и сигмовидного синуса, антибактериальную, дегидратационную, дезинтоксикационную терапию

Расширенную радикальную операцию без обнажения dura mater, антибактериальную, дегидратационную, дезинтоксикационную терапию

Антибактериальную, дегидратационную, дезинтоксикационную терапию
Антромастоидэктомию, антибактериальную терапию

37 Температура тела при отогенном менингите чаще

Фебрильная
Субфебрильная
Нормальная
Гектическая

38 Температура тела при отогенных абсцессах мозга, мозжечка чаще

Субфебрильная
Нормальная
Фебрильная
Гектическая

39 Пульс при отогенных абсцессах мозга и мозжечка, как правило

Редкий - брадикардия
Не изменен - нормальный
С выраженной экстрасистолией
Частый - тахикардия

40 Какой объем хирургического вмешательства показан больному острым гнойным средним отитом, осложненным менингитом?

Расширенная антромастоидотомия с обнажением dura mater и сигмовидного синуса с сохранением задней стенки наружного слухового прохода

Радикальная операция на среднем ухе

Антромастодотомия

Расширенная радикальная операция на среднем ухе с обнажением dura mater и сигмовидного синуса

- 41 Больному хроническим гнойным средним отитом показана люмбальная пункция при
Наличии менингеальных симптомов
Выявлении клинических признаков мастоидита
Обострении хронического гнойного среднего отита

Появлении головных болей

- 42 Тактика врача общего профиля при выявлении пациента с обострением хронического гнойного среднего отита и лабиринтитом

Экстренная госпитализация в ЛОР-стационар

Плановая госпитализация в ЛОР-стационар

Назначение противовоспалительной терапии

Наблюдение

- 43 Для какого из отогенных интракраниальных осложнений характерно наличие спонтанного нистагма и расстройство равновесия?

Абсцесса мозжечка

Субдурального абсцесса

Менингита

Тромбоза кавернозного синуса

- 44 При менингогенном лабиринтите поражается

Оба уха

Одно ухо на стороне поражения

Одно ухо на противоположной поражению стороне

Только вестибулярный анализатор

- 45 Основной причиной приобретенной глухоты у детей является

Менингогенный лабиринтит

Врожденные аномалии внутреннего уха

Рецидивирующий острый средний отит

Травма пирамиды височной кости

- 46 Развитию отогенных внутричерепных осложнений у маленьких детей способствует

Незаращенная каменисто-чешуйчатая щель

Отсутствие полноценной клеточной системы сосцевидного отростка

Нарушение вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы

Особенности расположения антрума

- 47 Развитию отогенных внутричерепных осложнений у новорожденных способствуют

Остатки миксоидной ткани в барабанной полости

Отсутствие полноценной клеточной системы сосцевидного отростка

Нарушение вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы

Особенности расположения антрума

- 48 При остром гнойном среднем отите самый частый путь распространения инфекции

В полость черепа - через крышу барабанной полости

В лабиринт - через окно улитки и кольцевую связку окна преддверия

В кавернозный синус - через околокаротидное сплетение

В луковичу яремной вены - через нижнюю стенку барабанной полости

- 49 Симптомы отогенного экстрадурального абсцесса

Обильное гноетечение из уха, не интенсивная головная боль различной локализации в зависимости от локализации абсцесса

Скудное гнойное отделяемое из уха, не интенсивная головная боль различной локализации в зависимости от локализации абсцесса

Обильное гноетечение из уха, интенсивная головная боль различной локализации в зависимости от локализации абсцесса

Скудное гнойное отделяемое из уха, интенсивная головная боль различной локализации в зависимости

от локализации абсцесса

- 50 При экстрадуральном абсцессе в задней черепной ямке боли локализуются
 - В области шеи, иногда с развитием кривошеи
 - В затылочной области
 - В глотке
 - Глубоко внутри головы
- 51 Головные боли при отогенном перисинуозном абсцессе локализуются в
 - Затылочной и лобной областях
 - Теменной и височной областях
 - Заушной области и в области чешуи височной кости
 - Области шеи
- 52 Головные боли при отогенном экстрадуральном абсцессе средней черепной ямки локализуются в
 - Заушной области, в области чешуи височной кости и козелка
 - Затылочной и лобной областях
 - Теменной и височной областях
 - Области шеи
- 53 Для серозного менингита характерен плеоцитоз
 - 200-300 кл/мкл
 - 400-600 кл/мкл
 - Свыше 600 кл/мкл
 - 3-6 кл/мкл
- 54 Для серозно-гнойного менингита характерен плеоцитоз
 - 400-600 кл/мкл
 - 200-300 кл/мкл
 - Свыше 600 кл/мкл
 - 3-6 кл/мкл
- 55 Для гнойного менингита характерен плеоцитоз
 - Свыше 600 кл/мкл
 - 200-300 кл/мкл
 - 400-600 кл/мкл
 - 3-6 кл/мкл
- 56 Наиболее важный прогностический фактор при отогенных абсцессах головного мозга - это
 - Состояние сознания
 - Размер абсцесса
 - Локализация абсцесса
 - Выраженность головной боли
- 57 Симптом Гривингера при остром или обострении хронического гнойного среднего отита - это
 - Отечность и болезненность мягких тканей по заднему краю сосцевидного отростка
 - Боль в области шеи с развитием кривошеи
 - Сильная боль в области лица, сопровождающаяся параличом отводящего нерва
 - Уплотнение и болезненность при пальпации сосудистого пучка шеи
- 58 Симптом Гривингера - это проявление
 - Тромбоза сигмовидного синуса
 - Петрозита
 - Тромбоза внутренней яремной вены
 - Экстрадурального абсцесса задней черепной ямки
- 59 Симптом Уайтинга - это
 - Уплотнение и болезненность при пальпации сосудистого пучка шеи
 - Отечность и болезненность мягких тканей по заднему краю сосцевидного отростка
 - Боль в области шеи с развитием кривошеи
 - Сильная боль в области лица, сопровождающаяся параличом отводящего нерва
- 60 Симптом Уайтинга характерен для

Тромбоза внутренней яремной вены
Экстрадурального абсцесса задней черепной ямки
Тромбоза сигмовидного синуса
Петрозита

- 61 Особенности антибактериальной терапии в лечении отогенных внутричерепных осложнений заключаются в назначении
2-3 антибиотиков одновременно в максимальных дозах парентерально не дожидаясь результатов микробиологического исследования
2-3 антибиотиков одновременно в максимальных дозах парентерально после получения результатов микробиологического исследования
2-3 антибиотиков в средне терапевтических дозах любым способом введения не дожидаясь результатов микробиологического исследования
1 основного антибактериального препарата в дозе, превышающую максимальную, парентерально
- 62 Фистульный симптом, характерный для ограниченного лабиринтита, заключается в том, что при сгущении и разрежении воздуха в наружном слуховом проходе
Появляется спонтанный вестибулярный нистагм
Не появляется спонтанный вестибулярный нистагм
Появляется головокружение и резко снижается слух
Резко снижается слух
- 63 Экстрадуральные абсцессы чаще возникают при
Хроническом гнойном среднем отите
Остром наружном отите
Остром гнойном среднем отите
Хроническом наружном отите
- 64 При височной локализации отогенных абсцессов преобладает следующий путь распространения инфекции
Контактный
Гематогенный
Лимфогенный
Гематогенный и лимфогенный
- 65 Симптомы гнойного лабиринтита не включают
Тремор
Атаксию
Спонтанный нистагм
Глухоту
- 66 При каких внутричерепных осложнениях встречаются симптомы: Гризингера, Уайтинга, Фосса?
Отогенный сепсис
Отогенный менингит
Абсцесс мозга
Тромбоз кавернозного синуса
- 67 Главное лечебное мероприятие у больных с отогенными внутричерепными осложнениями - это
Хирургическое лечение
Массивная антибактериальная терапия
Физиотерапия
Дегидратация
- 68 Лабиринтиты - это
Воспалительные заболевания внутреннего уха
Ограниченное поражение периферического отдела слухового анализатора
Диффузное поражение периферического отдела слухового анализатора
Диффузное поражение периферического отдела вестибулярного анализатора
- 69 По патогенезу различают следующие лабиринтиты
Тимпаногенные, менингогенные, гематогенные
Тимпаногенные, менингогенные, специфические

Тимпаногенные, менингогенные, неспецифические
Тимпаногенные, менингогенные, некротические

- 70 Какие стадии развития (по порядку) отогенного абсцесса головного мозга вы знаете?
Начальная, латентная, явная, терминальная
Латентная, начальная, острая, терминальное
Латентная, начальная, терминальная острая
Начальная, острая, латентная, терминальная
- 71 Какие изменения в ликворе характерны при отогенном гнойном менингите?
Повышение давления, изменение прозрачности, увеличение количества клеточных элементов, повышение содержания белка, высокий плеоцитоз, уменьшение количества сахара и хлоридов
Изменение прозрачности, повышение давления, увеличение сахара
Повышение давления, изменение прозрачности, увеличение количества клеточных элементов, увеличение количества сахара и хлоридов, высокий плеоцитоз
Повышение давления, увеличение хлоридов, повышение содержания белка, высокий плеоцитоз
- 72 Какие симптомы характерны для отогенного гнойного менингита?
Интенсивная головная боль, тошнота, рвота, не связанные с приемом пищи, тяжелое общее состояние, высокая температура, вынужденное положение, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского, тахикардия
Интенсивная головная боль, тошнота, рвота, не связанные с приемом пищи, тяжелое общее состояние, высокая температура, вынужденное положение, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского, тахикардия, тризм жевательных мышц
Интенсивная головная боль, тошнота, рвота, не связанные с приемом пищи, тяжелое общее состояние, низкая температура, вынужденное положение, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского, тахикардия
Интенсивная головная боль, тошнота, рвота, не связанные с приемом пищи, тяжелое общее состояние, низкая температура, вынужденное положение, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского, тахикардия, тризм жевательных мышц
- 73 Какие группы симптомов выделяют в явной стадии отогенных абсцессов головного мозга и мозжечка?
Общеинфекционные, общемозговые, проводниковые, очаговые
Общемозговые, проводниковые, очаговые
Общие, общемозговые, очаговые
Общеинфекционные, общемозговые, проводниковые
- 74 Характерные симптомы отогенного сепсиса
Высокая температура тела, бледность кожных покровов, гектическая ремиттирующая лихорадка с ознобом и последующим проливным потом, бледность кожных покровов с землистым оттенком, желтушность кожи и иктеричность склер, положительный симптом Гризингера или Уайтинга
Гектическая ремиттирующая лихорадка с ознобом и последующим проливным потом, бледность кожных покровов с землистым оттенком, желтушность кожи и иктеричность склер, положительный симптом Гризингера или Уайтинга
Гектическая температура без ознобов, бледность кожных покровов, гектическая ремиттирующая лихорадка с ознобом и последующим проливным потом, бледность кожных покровов с землистым оттенком, желтушность кожи и иктеричность склер, положительный симптом Гризингера или Уайтинга
Гектическая ремиттирующая лихорадка с ознобом и последующим проливным потом, ярко - розовый цвет кожи лица, положительный симптом Гризингера или Уайтинга
- 75 Наиболее частым путем распространения инфекции из среднего и внутреннего уха является
Контактный
Лимфогенный
Гематогенный
Лабиринтный
- 76 Самый редкий путь распространения инфекции из среднего уха
Лимфогенный
Гематогенный
Лабиринтный
Контактный

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Больной страдает ревматизмом. Несколько раз в год у него бывают боли в горле при глотании в течение 3-4 дней с фебрильной температурой. Фарингоскопия: небные миндалины в пределах небных дужек, в лакунах гнойно-казеозные пробки. Имеются признаки Гизе, Зака и Преображенского. Регионарные лимфоузлы увеличены. Ваш диагноз? Лечебная тактика.

Ситуационная задача 2

У больного 45 лет жалобы на охриплость в течение двух месяцев. При непрямой ларингоскопии: по свободному краю левой голосовой складки в средней трети располагается мелкобугристое образование на широком основании. Левая половина гортани ограниченно подвижна. Голосовая щель широкая. Ваш диагноз? Методы исследования, лечение.

Ситуационная задача 3

У больного 16 лет жалобы на головную боль, тошноту, рвоту, гноетечение из левого уха и снижение слуха. Заболевание левого уха с детства, с периодическими обострениями. Последнее обострение началось 1 неделю тому назад: появилось гноетечение из уха, накануне повысилась температура до 39°C. В последние сутки возникла резкая головная боль, тошнота, рвота. Больной возбужден. Пульс 86 в мин, определяется ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Отоскопия: AS - в слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое, дефект Mt, в эпитимпануме имеются холестеатомные скопления. Диагноз. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 4

У больного 14 лет жалобы на сильную боль в области лба справа, заложенность носа, повышение температуры до 38,7°C. Эти симптомы появились 4 дня тому назад после перенесенного гриппа. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, в среднем носовом ходе справа определяется жидкий гной. На МСКТ околоносовых пазух определяется пристеночное снижение пневматизации правой лобной пазухи, без четкого уровня жидкости. Ваш диагноз. Лечение.

Ситуационная задача 5

У больного жалобы на охриплость. При ларингоскопии определяется ограничение подвижности левой половины гортани. Перечислите возможные причины такого состояния? Методы обследования, лечение.

Ситуационная задача 6

У девочки 6 лет жалобы на боль в горле. Заболела 3 дня назад. Температура в течение 3х дней 39,6°C. Объективно: состояние средней тяжести, миндалины покрыты беловато-жёлтым налётом. Определяется увеличение подчелюстных, передних шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов, увеличение селезенки и печени. При исследовании крови: л - 13x10⁹/л, п - 5%, с - 23%, лимф. - 40%, мон. - 36%. Дифференциальная диагностика. Лечение. Санитарно-профилактические мероприятия.

Ситуационная задача 7

Больная 58 лет доставлена с жалобами на головокружение (ощущение вращения предметов), тошноту, рвоту, звон в левом ухе, расстройство равновесия. Приступ начался внезапно, без видимой причины. Из анамнеза установлено, что подобные приступы беспокоят последние три года. Каждый приступ продолжается 2 часа, в течение года они бывают 3-4 раза. Отмечает снижение слуха на левое ухо. При исследовании вестибулярной функции определяется спонтанный нистагм влево. Отклонение обеих рук вправо при выполнении указательной пробы. Слух: шепот слева 1,5 м., справа - 6,0м. Ваш диагноз? Тактика лечения.

Ситуационная задача 8

Больной 45 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильную боль в горле при глотании, больше слева, затруднение при открывании рта, температура 38°C. Болен четыре дня. В анамнезе хронический тонзиллит. При фарингоскопии определяется отклонение uvula вправо, гиперемия, инфильтрация передней небной дужки, выбухание левой миндалины. Ваш диагноз? Лечебная тактика.

Ситуационная задача 9

У больного 30 лет жалобы на постоянное затруднение носового дыхания справа, головную боль. В детстве была травма носа. Объективно: спинка носа слегка смещена влево. При передней риноскопии определяется резкое искривление перегородки носа с образованием костного шипа в хрящевом отделе. Ваш диагноз? Лечение.

Ситуационная задача 10

У больной 28 лет жалобы на постоянную сухость в носу, образование корок, густые гнойные выделения из носа, иногда с примесью крови, отсутствие обоняния. Объективно: слизистая оболочка полости носа сухая, резко истончена, на ее поверхности сухие корки с неприятным запахом и местами густой гной. Носовые раковины уменьшены в размерах. Носовые ходы широкие. Ваш диагноз? Лечение.

Ситуационная задача 11

У больной 26 лет жалобы на шум в ушах и снижение слуха больше слева. Три года назад после родов впервые заметила снижение слуха, которое постепенно прогрессирует. Отмечает, что лучше слышит в транспорте. АД, AS - широкие слуховые проходы, серных масс нет, барабанные перепонки бледно-серые, истончены, просматриваются элементы среднего уха, опознавательные контуры четкие. Слух нарушен по звукопроводящему типу, больше слева. Ваш диагноз? Лечение.

Ситуационная задача 12

Больной 16 лет поступил с жалобами на недомогание, боль в горле. Болен второй день. Около недели назад был в контакте с больным ребенком, который госпитализирован в инфекционное отделение. Состояние больного средней тяжести, ослаблен. Кожные покровы бледные, влажные, температура - 38,6°C, пульс 82 в мин. Слизистая оболочки глотки гиперемирована, миндалины и небные дужки покрыты грязно-серыми налетами. Налеты снимаются с трудом, подлежащая ткань кровоточит. Ваш диагноз? Методы исследования. Тактика врача.

Ситуационная задача 13

У больного 52 лет жалобы на боль в левом ухе, снижение слуха слева. Болен два дня после общего охлаждения. При отоскопии определяется гиперемия барабанной перепонки и ее выбухание в задне-нижнем квадрате. Необходимые исследования, диагноз, лечение.

Ситуационная задача 14

Ребенок 3-х лет плохо дышит носом, часто страдает респираторными заболеваниями, плохо спит, вскакивает во сне, отмечается ночное недержание мочи. Объективно: бледность кожных покровов, полуоткрыт рот, сглаженность носогубных складок. О каком заболевании можно думать, какие исследования следует провести? Лечение.

Ситуационная задача 15

У больной 34 лет жалобы на гнойные выделения из левой половины носа, затруднение носового дыхания, субфебрилитет. Гнойные выделения из полости носа периодически беспокоят последние 10 лет. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, гнойное отделяемое в среднем и общем носовых ходах слева. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи слегка болезненна. На МСКТ околоносовых пазух определяется интенсивное затемнение левой верхнечелюстной пазухи. Ваш диагноз? План обследования и лечения.

Ситуационная задача 16

У больной 32 лет жалобы на затруднение носового дыхания, обильные водянистые выделения из носа, приступы чихания и слезотечения. Жалобы появляются последние 3 года с наступлением весны. Объективно: слизистая оболочка полости носа отечна, бледно-синюшного цвета, на ее поверхности местами сизые, местами белые пятна. Ваш диагноз? Дифференцированные методы исследования. Лечение.

Ситуационная задача 17

У больного жалобы на зуд и небольшое мокнутие в правом ухе в течение последних 2 недель после длительного приема антибиотиков. При отоскопии в правом слуховом проходе определяются беловато-серые массы. Необходимые исследования. Диагноз. Лечение.

Ситуационная задача 18

Больная 23 лет, год назад приехала из Белоруссии. Жалобы на образование корок в носу, затруднение носового дыхания. При риноскопии с обеих сторон определяется рубцовый инфильтрат в области преддверия носа, сужение его просвета, сухие корки в носовых ходах. Ваш диагноз? Лечение.

Ситуационная задача 19

Больной 48 лет, страдающий гипертонической болезнью, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в ЛОР отделение по поводу сильного носового кровотечения. Какие срочные меры необходимо предпринять?

Ситуационная задача 20

У ребенка 4 лет жалобы на затруднение носового дыхания, слизистое отделяемое из полости носа, кашель, особенно по утрам. Температура 37,3 °С. Ребенок болен в течение 3 дней. Слизистая оболочка полости носа отечная. Носовое дыхание резко затруднено. Ваш диагноз? Лечение.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ИТОГОВОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Строение внутреннего уха. Звуковоспринимающий аппарат.
2. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Критерии степени тяжести, клиника, диагностика, методы лечения.
3. Гипертрофия глоточной миндалины. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Инородные тела уха. Виды. Способы удаления. Техника. Осложнения.
5. Функции слизистой оболочки полости носа. Причины нарушения носового дыхания у детей и взрослых.
6. Острый бактериальный тонзиллофарингит. Клиника, диагностика, лечение.
7. Деформация носовой перегородки. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Отогенный абсцесс мозга. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Лабиринтит. Этиология, патогенез, клинические формы. Симптоматика, лечение и профилактика.
10. Гематома и абсцесс перегородки носа: этиология, симптоматика, течение, местные и общие осложнения, лечение.
11. Методы исследования гортани, трахеи, бронхов. Способы обезболивания. Показания. Ларингоскопическая картина гортани при злокачественных новообразованиях.
12. Мастоидит. Формы, этиология, патогенез, клиника, методы диагностики. Лечение, профилактика.
13. Кисты околоносовых пазух: этиология, клиника, диагностика, лечение.
14. Хронический фарингит. Этиология, виды, фарингоскопическая картина, симптомы, лечение.
15. Пути проникновения инфекции в полость черепа при заболеваниях уха. Отогенные внутричерепные осложнения. Методы диагностики. Особенности семиотики.
16. Пункция верхнечелюстной пазухи: показания, противопоказания, анестезия, техника

выполнения. Осложнения.

17. Дисфония. Причины, виды, диагностика, лечение.
18. Хронический гнойный средний отит. Этиология, классификация, диагностика, клиника и лечебная тактика.
19. Юношеская ангиофиброма носоглотки: клиника, диагностика, лечение.
20. Острый средний отит. Этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение, профилактика, показания к парацентезу и техника его выполнения. Возможные исходы заболевания.
21. Спонтанный нистагм. Его виды, методы выявления и регистрации. Свищевой (фистульный, прессиорный) симптом, его диагностическое значение.
22. Коникотомия: показания, осложнения во время и после операции.
23. Звукопроводящая и звуковоспринимающая системы уха. Слуховой анализатор. Возможные уровни поражения.
24. Паратонзиллит. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечебная тактика.
25. Топография околоносовых пазух. Клиническое значение анатомо-топографических особенностей у детей.
26. Отогенный менингит. Этиология, патогенез, пути распространения инфекции, симптоматика, диагностика, методы обследования больного, лечение.
27. Дифференциальная диагностика кондуктивной и сенсоневральной тугоухости.
28. Острый гнойный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез, методы диагностики, лечебная тактика.
29. Анатомия парафарингиального пространства. Парафарингит, клиника, лечение.
30. Болезнь Меньера. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
31. Хронический тонзиллит. Декомпенсационная форма. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
32. Отосклероз. Патогенез, особенности анамнеза и жалоб. Аудиологическая картина, клиника. Хирургическое лечение.
33. Клиническая анатомия и физиология слухового анализатора. Адаптация, утомление слуха, ототопика.
34. Носовое кровотечение. Причины. Алгоритм обследования. Способы остановки носового кровотечения.
35. Анатомия и физиология вестибулярного анализатора. Методы исследования.
36. Лакунарная ангина. Этиология, патогенез, симптомы, диагностика, лечение, профилактика.
37. Методы хирургической реабилитации больных со стойким нарушением слуха (тимпаноластика, стапедэктомия со стапедопластикой, кохлеарная имплантация).
38. Фурункул носа. Клиника, методы исследования, осложнения, консервативное и хирургическое лечение, профилактика.
39. Анатомия парафарингеального пространства. Парафарингит, клиника и лечение.
40. Дисфония. Причины. Виды. Диагностика. Лечение.
41. Анатомия наружного носа. Понятие «носовой клапан», его физиологическая роль.
42. Отогенный абсцесс мозжечка. Пути проникновения инфекции, патогенез, симптомы, диагностика, лечение.
43. Анатомия и физиология лимфаденоидного глоточного кольца. Анатомо-топографические предпосылки хронического тонзиллита.
44. Острый подскладочный ларингит у детей. Этиология, патогенез, клиническая характеристика степени стеноза гортани. Лечебная тактика.
45. Клиническая анатомия хрящевого аппарата гортани. Коникотомия. Показания, техника операции, осложнения ближайшие и отдаленные.
46. Экссудативный средний отит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
47. Клиническая анатомия наружного слухового прохода. Механизмы локальной защиты наружного слухового прохода. Предпосылки развития наружного отита.
48. Эпиглоттит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
49. Клиническая анатомия носовой перегородки. Причины деформации. Септопластика, возрастные особенности.
50. Острый тонзиллофарингит. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
51. Клиническая анатомия барабанной полости. Пути распространения инфекции при воспалительных заболеваниях уха.
52. Доброкачественные опухоли гортани: клиника, диагностика, лечение.

53. Слуховой анализатор. Методы исследования слуха.
54. Острый ринит. Этиология, патогенез, клинические симптомы. Лечение. Особенности у взрослых и детей.
55. Особенности анатомии и физиологии слуховой трубы и барабанной полости у новорожденных и детей младшего возраста. Значение этих особенностей в развитии патологии среднего уха.
56. Рак гортани. Ранняя симптоматика в зависимости от локализации опухоли, классификация, принципы лечения. Онконастороженность.
57. Звукопроводящая система. Анатомические элементы и их значение в звукопроведении.
58. Травмы гортани. Диагностика, симптоматика, принципы лечения.
59. Полипозный риносинусит (ПРС). Распространение, патогенез. Роль Т-2 воспаления в развитии ПРС. Тактика лечения.
60. Острая сенсоневральная тугоухость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечебная тактика.
61. Организация ЛОР-службы в России. Ведущие ЛОР-специалисты. Отечественные ЛОР-школы и их приоритетные направления.
62. Хронический средний отит. Этиология, патогенез, методы диагностики, лечение.
63. Строение барабанной полости. Принципы санирующих операций на среднем ухе. Показания, основные этапы операции.
64. Хронический гнойный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез, симптомы, методы диагностики, лечение.
65. Вестибулярный анализатор, его периферический и центральный отделы. Вестибулярные реакции, методы исследования.
66. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
67. Строение небных миндалин, особенности иннервации и кровоснабжения. Принципы остановки кровотечений после тонзиллэктомии.
68. Папилломатоз гортани. Этиология, патогенез, клиника, лечебная тактика.
69. Строение височной кости. Переломы височной кости. Дифференциальная диагностика. Причины, симптоматика, отоскопическая картина, диагностика, лечение.
70. Фенотипы хронического ринита. Классификация, особенности риноскопической картины, методы диагностики, лечение и профилактика.
71. Синус-тромбоз и отогенный сепсис. Этиология и патогенез, пути распространения инфекции из уха. Симптоматика, диагностика. Лечение и профилактика.
72. Вирусный тонзиллофарингит. Клиника. Диагностика. Лечение.
73. Клиническая анатомия небных миндалин. Анатомо-топографические предпосылки возникновения хронического воспаления в небных миндалинах.
74. Аллергический ринит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
75. Функции носа. Особенности строения слизистой оболочки дыхательной и обонятельной зон. Влияние носового дыхания на функции различных органов и систем.
76. Злокачественные опухоли ротоглотки. Клиника, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
77. Трахеотомия, трахеостомия. Показания, техника выполнения, уровень наложения стомы, возможные операционные и послеоперационные осложнения.
78. Методы лечения хронического тонзиллита. Показания к тонзиллэктомии.
79. Возрастная анатомия гортани. Анатомо-топографические предпосылки стеноза. Отек гортани. Причины, особенности течения.
80. Наружный отит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика.
81. Функции гортани. Иннервация гортани (чувствительная, двигательная). Причины и уровень поражения возвратного нерва, методы диагностики, лечебная тактика.
82. Этмоидит. Этиология, патогенез, клиника. Методы исследования, диагностика. Лечение.
83. Отогематома. Причины, симптомы, диагностика, лечение.
84. Риногенный менингит. Этиология, патогенез, пути проникновения инфекции, местные и общие методы диагностики, лечебная тактика, профилактика.
85. Острый фронтит. Этиология, симптомы, диагностика, тактика лечение. Показания к трепанопункции.
86. Аллергический ринит. Классификация. Распространенность. Коморбидность. Ступенчатый подход к терапии.
87. Аллергический ринит. Патогенез. Дифференциальная диагностика. Лечение.

88. Хирургические вмешательства при хроническом тонзиллите. Тонзиллэктомия. Показания и противопоказания к операции. Возможные осложнения.
89. Анатомия внутреннего уха Вестибулярная дисфункция. Распространенность. Клинические проявления, диагностика.
90. Атрезия хоан. Распространенность. Клиника, диагностика, лечение.
91. Фолликулярная ангина. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение.
92. Перелом костей носа. Классификация. Методы обследования. Симптомы. Лечение, тактика.
93. Отосклероз. Патогенез, особенности анамнеза и жалоб. Аудиологическая картина клиники. Хирургическое лечение.
94. Функционально-эндоскопическая ринохирургия. Этапы и анатомические ориентиры. Оптическая эндоскопия полости носа.
95. Связь оториноларингологии с другими специальностями. Междисциплинарный подход в оториноларингологии.
96. Инородные тела гортани, трахеи и бронхов. Особенности симптоматики, методы исследования, возможные осложнения, лечение.
97. Особенности строения барабанной полости у детей. Пути распространения инфекции. Особенности выполнения парацентеза.
98. Острый ларингит. Этиология. Классификация, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
99. Методы исследования функции слуховой трубы. Методология продувания слуховой трубы. Показания, диагностическое и лечебное значение.
100. Стеноз гортани. Причины. Стадии. Диагностика. Лечение

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос - наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связанные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса - подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий

обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа - задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

- задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);
- задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа - задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

- задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;
- задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);
- задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций - один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

- Ситуация-проблема - представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.
- Ситуация-оценка - описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.
- Ситуация-иллюстрация - поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.
- Ситуация-упражнение - предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к

исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобретают опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессиональной деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающиеся заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

- ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;
- для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;
- ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;
- ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;
- проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;
- решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

- решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;
- предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один - правильный;
- предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;
- предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;
- предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информацию, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ПРАКТИКЕ

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Специальность

31.08.58 Оториноларингология

Направленность (профиль) программы

Оториноларингология

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

1. Типовые контрольные задания

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

Раздел	Наименование раздела	Оценочное задание	Код индикатора
Раздел 1		<p>Контрольные задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С чего начинают осмотр пациента с заболеваниями ЛОР-органов? 2. Как проводится пальпация области носа и околоносовых пазух? 3. Как проводится пальпация мест выхода ветвей тройничного нерва? 4. Как называется проба, позволяющая оценить респираторную функцию носа и как она проводится? 5. Как проводится осмотр преддверия полости носа? 6. Что позволяет оценить метод передней риноскопии? 7. Какие анатомические образования в норме видны при выполнении методики передняя риноскопия? 8. Как называется методом позволяющий оценить обонятельную функцию носа и как он проводится? 9. Какие инструменты нужны для проведения методики задняя риноскопия? 10. Какую область позволяет осмотреть методика эпифарингоскопия? 11. Какие инструменты нужны для выполнения непрямой ларингоскопии? 12. Какие опознавательные знаки видны на барабанной перепонке в норме? 13. Что входит в понятие медицинской этики и деонтологии? 14. Что входит в врачебную этику? 15. Какие медицинские организации не имеют право выдавать листки нетрудоспособности? 16. Опишите принципы общения с конфликтным пациентом. 17. Опишите организацию работы кабинета врача-оториноларинголога. 18. Опишите организацию работы перевязочного кабинета. 19. Опишите тактику ведения и лечения пациента с острым ринитом. 20. Опишите тактику ведения и лечения с хроническим тонзиллитом. 21. Опишите тактику ведения и лечения с острым средним отитом. 22. Продемонстрируйте сердечно-легочную реанимацию на муляже. 	<p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-9.2 ОПК-10.1 ОПК-10.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.6 ПК-2.2 ПК-2.3</p>
Раздел 2	Стационар	<p>Контрольные задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите основные жалобы пациента с острым наружным отитом? 2. Какие формы наружного отита вы знаете? 3. Назовите этиологические факторы наружного отита? 4. Назовите основные изменения, которые вы увидите, выполняя отоскопию у пациента с наружным отитом? 	<p>УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ПК-1.1 ПК-1.2</p>

		<p>5. Сформулируйте рекомендации по лечению для пациента с диагнозом острый правосторонний диффузный наружный отит?</p> <p>6. Какие изменения барабанной перепонки наблюдаются у пациента с диагнозом острый катаральный средний отит?</p> <p>7. Перечислите основные жалобы пациента с острым евстахеитом?</p> <p>8. Антибактериальный препарат какой группы является предпочтительным в назначении при остром синусите?</p> <p>9. Какой дополнительный метод исследования необходимо рекомендовать пациенту с полипозным риносинуситом?</p> <p>10. Какие изменения в полости носа визуализируются у пациента с хроническим гипертрофическим ринитом?</p> <p>11. Назовите лечебные мероприятия для каждой стадии острого ринита?</p> <p>12. Назовите показания для операции септопластика.</p> <p>13. Опишите технику выполнения пункции верхнечелюстной пазухи.</p> <p>14. Назовите осложнения лечебно-диагностической пункции верхнечелюстной пазухи.</p> <p>15. Через какую стенку осуществляется доступ в полость верхнечелюстной пазухи при радикальной операции по Колдуеллу- Люку?</p> <p>16. Опишите технику выполнения трепанопункции лобной пазухи.</p>	
Раздел 3	Поликлиника	<p>Контрольные задания:</p> <p>1. Какие камертоны нужны для сбора слухового паспорта?</p> <p>2. О чем говорит отрицательный опыт Ринне?</p> <p>3. Опишите клиническую картину мастоидита.</p> <p>4. Определите лечебную тактику у пациента с острым гнойным мастоидитом?</p> <p>5. Назовите показания к выполнению парацентеза?</p> <p>6. Где выполняется разрез барабанной перепонки при выполнении парацентеза?</p> <p>7. Назовите триаду характерную для болезни Меньера.</p> <p>8. Что такое одонтогенный верхнечелюстной синусит?</p> <p>9. Как отличить «истинную» гипертрофию нижних носовых раковин от «ложной»?</p> <p>10. Какие методы продувания слуховых труб вы знаете?</p> <p>11. Какие изменения в полости носа будут у пациента с острым синуситом при передней риноскопии?</p> <p>12. Назовите дополнительные методы обследования пациента с подозрением на острый синусит?</p> <p>13. Перечислите основные проекции рентгенографического обследования околоносовых пазух?</p> <p>14. Опишите особенности реабилитации с хронической сенсоневральной тугоухостью.</p> <p>15. На какой срок выдается листок нетрудоспособности пациенту с острым риносинуситом?</p> <p>16. Консультацию каких специалистов рекомендовано назначить пациенту с полипозным риносинуситом?</p> <p>17. Опишите методы профилактики отомикоза.</p>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-6.1</p> <p>ОПК-6.2</p> <p>ОПК-7.1</p> <p>ОПК-7.2</p> <p>ОПК-8.1</p> <p>ОПК-8.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p> <p>ПК-1.3</p> <p>ПК-1.4</p> <p>ПК-1.5</p>
Полугодие 3			
Раздел 1	Стационар	<p>Контрольное задание:</p> <p>1. Опишите особенности налетов на небных миндалинах при банальной форме ангины?</p> <p>2. Какой дополнительный метод исследования необходимо назначить для дифференциальной диагностики дифтерии?</p> <p>3. Как проводится забор материала из ротоглотки для бактериологического исследования?</p>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p>

		<p>4. Назовите тактику ведения пациентов с диагнозом паратонзиллярный абсцесс.</p> <p>5. Какова лечебная тактика у пациента с диагнозом правосторонний паратонзиллярный абсцесс, парафарингит справа?</p> <p>6. Как проводится вскрытие паратонзиллярного абсцесса?</p> <p>7. Перечислите показания для выполнения курса промывания лакун миндалин.</p> <p>8. Опишите технику промывания лакун миндалин.</p> <p>9. Перечислите показания для двусторонней тонзиллэктомии.</p> <p>10. Перечислите противопоказания для выполнения операции двусторонняя тонзиллэктомия.</p> <p>11. Назовите основное осложнение двусторонней тонзиллэктомии.</p> <p>12. Перечислите методы остановки кровотечения, возникшего после двусторонней тонзиллэктомии.</p> <p>13. Как оценить степень гипертрофии небных миндалин.</p> <p>14. Назовите показания для тонзиллотомии.</p> <p>15. Назовите показания для аденотомии.</p>	
Раздел 2	Поликлиника	<p>Контрольное задание:</p> <p>1. Каким инструментом можно удалить инородное тело из гортаноглотки?</p> <p>2. Какие инструменты нужны для осмотра носоглотки?</p> <p>3. Какое количество процедур входит в курс промывания лакун миндалин?</p> <p>4. Опишите технику выполнения стробоскопии.</p> <p>5. Какие инструменты нужны для выполнения не прямой ларингоскопии?</p> <p>6. Назначьте лабораторное дообследование пациенту с банальной ангиной.</p> <p>7. Какие клинические признаки характерны для пациента с инфекционным мононуклеозом?</p> <p>8. Что такое инструмент Гартмана и для чего он нужен?</p> <p>9. Чем можно выполнить туширование задней стенки глотки при гипертрофическом фарингите?</p> <p>10. Как выполняется прямая ларингоскопия?</p> <p>11. Назначьте лечение пациенту с острым катаральным ларингитом?</p> <p>12. Назначьте дообследование пациенту с односторонним парезом гортани?</p> <p>13. Как оценить гипертрофию глоточной миндалины?</p> <p>14. Опишите особенности реабилитации с дисфонией.</p> <p>15. Опишите методы профилактики хронического ларингита.</p> <p>16. На какой срок выдается листок нетрудоспособности пациенту с острым ларингитом?</p>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-6.1</p> <p>ОПК-6.2</p> <p>ОПК-7.1</p> <p>ОПК-7.2</p> <p>ОПК-8.1</p> <p>ОПК-8.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p> <p>ПК-1.3</p> <p>ПК-1.4</p> <p>ПК-1.5</p>
Полугодие 4			
Раздел 1	Стационар	<p>Контрольное задание:</p> <p>1. Назовите показания к радикальной операции на верхнечелюстной пазухе.</p> <p>2. Перечислите методы остановки кровотечения после двусторонней тонзиллэктомии</p> <p>3. Расскажите этапы срединной трахеостомии</p> <p>4. Назовите показания к коникотомии</p> <p>5. Перечислите возможные осложнения после</p>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p> <p>ПК-1.6</p>

		<p>трахеостомии.</p> <p>6. Опишите метод передней тампонады носа при носовом кровотечении.</p> <p>7. Назовите варианты репозиции костей носа?</p> <p>8. Перечислите этапы задней тампонады носа при носовом кровотечении.</p> <p>9. Опишите этапы перевязки наружной сонной артерии</p> <p>10. Опишите клиническую картину продольного перелома пирамиды височной кости.</p> <p>11. Какой вид операции выполняется при наличии у пациента отогенного менингита?</p> <p>12. Назовите возможные осложнения при выполнении радикальной операции на височной кости</p> <p>13. Назовите показания для выполнения радикальной операции на лобной пазухе.</p> <p>14. Опишите этапы радикальной операции на верхнечелюстной пазухе</p> <p>15. Какова тактика неотложной помощи пациенту с тромбозом кавернозного синуса?</p> <p>16. Расскажите общие принципы функционально-щадящей риносинусохирургии.</p>	
Раздел 2	Поликлиника	<p>Контрольное задание:</p> <p>1. Опишите методику выполнения тональной пороговой аудиометрии.</p> <p>2. Расскажите про типы титанограмм. При каких заболеваниях они встречаются?</p> <p>3. Опишите методику выполнения тимпанометрии.</p> <p>4. Перечислите возможные методы остановки носового кровотечения.</p> <p>5. Опишите методику сбора слухового паспорта.</p> <p>6. Опишите методику проведения позиционных маневров.</p> <p>7. Опишите методику сбора вестибулярного паспорта.</p> <p>8. Перечислите возможные рентгенологические проекции височной кости?</p> <p>9. Назовите способы удаления инородных тел из наружного слухового прохода?</p> <p>10. Опишите методику проведения калорической пробы</p> <p>11. Опишите методику проведения вращательной пробы</p> <p>12. Как проводится первичная хирургическая обработка раны носа?</p> <p>13. Опишите метод внутриносовой блокады?</p> <p>14. Как провести заушную лидокаиновую блокаду?</p> <p>15. Какова тактика неотложной помощи пациенту с острым стенозом гортани?</p> <p>16. Опишите особенности реабилитации после реконструктивных операций на гортани.</p> <p>17. Опишите методы профилактики хронического фарингита.</p> <p>18. На какой срок выдается листок нетрудоспособности пациенту со стрептококковой ангиной?</p>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-6.1</p> <p>ОПК-6.2</p> <p>ОПК-7.1</p> <p>ОПК-7.2</p> <p>ОПК-8.1</p> <p>ОПК-8.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p> <p>ПК-1.3</p> <p>ПК-1.4</p> <p>ПК-1.5</p> <p>ПК-1.6</p>

2. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов прохождения практики

По результатам прохождения практики обучающийся обязан подготовить отчет о прохождении практики, свидетельствующий о закреплении знаний, умений, приобретении практических навыков и опыта, сформированности компетенций и

защитить его.

Если обучающийся без уважительной причины своевременно не сдал отчет по итогам прохождения практики, то у него возникает академическая задолженность. Обучающиеся, имеющие академическую задолженность по практике, вправе предоставить отчет по практике и защитить его в течение одного месяца с момента образования академической задолженности.

Обучающиеся, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности, отчисляются из Университета как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы.

Примерная структура отчета о прохождении практики:

1. Введение;
2. 2-3 раздела;
3. Заключение;
4. Список использованных источников;
5. Приложения (при необходимости)

Основными требованиями, предъявляемыми к содержанию отчета о прохождении практики, являются следующие:

-во введении указываются: цель, место, дата начала и продолжительность практики, краткий перечень основных работ и заданий, выполненных в процессе практики;

-в основной части отчета дается описание основных достигнутых результатов в период прохождения практики в соответствии с программой практики. В случае невыполнения (неполного выполнения) программы практики в отчете отразить причины невыполнения.

-в заключении описываются навыки и умения, приобретенные за время практики; делаются индивидуальные выводы о практической значимости для себя пройденной практики.

Основными требованиями, предъявляемыми к оформлению отчета о прохождении практики, являются следующие:

-отчет должен быть отпечатан на компьютере через 1,5 интервала, номер шрифта - 14 Times New Roman, объемом 15-30 страниц машинописного текста;

-в отчет могут входить приложения (таблицы, графики, заполненные бланки и т.п.) объемом не более 20 страниц (приложения (иллюстрационный материал) в общее количество страниц отчета не входят);

-качество напечатанного текста и оформление иллюстраций, таблиц должно

удовлетворять требованию их четкого воспроизведения;

-фамилии, названия учреждений, организаций, фирм и другие имена собственные приводят на языке оригинала;

-страницы отчета нумеруют;

-схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объем работы;

-титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется;

-расчетный материал должен оформляться в виде таблиц, таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице, на все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Рисунки (графики, схемы, диаграммы и т.п.) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице, иллюстрации могут быть в компьютерном исполнении, в том числе и цветные, на все рисунки должны быть даны ссылки в работе.

Наиболее общими недостатками при составлении отчета о прохождении практики являются:

- нарушение правил оформления отчета о прохождении практики;
- отсутствие вспомогательных документальных материалов, подтверждающих проведение (выполнение) в ходе практики различных задач;
- невыполнение программы практики;
- расплывчатость заключений обучающегося в отчете о прохождении практики;
- отсутствие списка использованных источников.