



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

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

**Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и
промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**Б1.О.36 Оториноларингология
Обязательная часть**

Специальность 31.05.03 Стоматология

квалификация: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Фонд оценочных средств по дисциплине рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета института (протокол № 2 от 07.06.2024 г.) и утвержден приказом ректора № 34 от 07.06.2024 года.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации фонда оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984.
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Рабочая программа учебной дисциплины.

1 Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине Оториноларингология

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Общепрофессиональные компетенции		
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	<p>ИОПК 5.1 Знает методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИОПК 5.2 Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявлять факторы риска и причин развития заболеваний; применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у детей и взрослых наиболее распространенную патологию; выявлять факторы риска онкологических заболеваний; формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИДОПК 5.3 Имеет практический опыт: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; осмотра и физикального обследования детей и</p>

		<p>взрослых; диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний; формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); проведения дифференциальной диагностики заболеваний; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме -</p>
ОПК-6	<p>Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК 6.1 Знает: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах</p> <p>ИОПК 6.2 Умеет: разрабатывать план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p> <p>ИОПК 6.3 Имеет практический опыт: разработки плана лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий с наиболее распространенными заболеваниями для лечения наиболее</p>

		<p>распространенных заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями; подбора и назначение немедикаментозного лечения детям и взрослым с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; оказания медицинской помощи детям и взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в неотложной форме; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</p>
--	--	---

2. Перечень тем, вопросов, практических заданий для подготовки к промежуточной аттестации:

1. Возрастные особенности околоносовых пазух.
2. Отогенный сепсис (диагностика, тактика, лечение).
3. Дифтерия глотки (дифференциальная диагностика).
4. Особенности строения лимфоидно-глоточного кольца в детском возрасте и его клиническое значение.
5. Отогенный абсцесс мозга (диагностика, тактика, лечение).
6. Острые стенозирующие ларинготрахеобронхиты (неотложная помощь, продленная интубация, хирургическое лечение).
7. Особенности клинической анатомии полости носа у детей.
8. Дифтерия глотки и гортани у детей и ее осложнения.
9. Лекарственная тугоухость и глухота, ототоксические препараты в педиатрии.
10. Инородные тела уха.
11. Клиника дифтерии глотки.
12. Экссудативный средний отит.
13. Клиническая анатомия околоносовых пазух у детей.
14. Острый гайморит (клиника, лечение).
15. Инородные тела гортани (диагностика, тактика).
16. Особенности гортани в детском возрасте и их клиническое значение.
17. Паратонзиллярный абсцесс как осложнение ангин (клиника, дифф. диагностика, лечение).
18. Отогенный менингит у детей (клиника, лечение).

19. Особенности клинической анатомии височных костей у детей.
20. Дифференциальная диагностика, лечение заглоточных абсцессов.
21. Мастоидит у детей (клиника, лечение).
22. Возрастные особенности околоносовых пазух.
23. Папилломатоз гортани (этиология, дифф. диагностика).
24. Неврит слухового нерва (этиология, методы лечения).
25. Клиническая анатомия среднего уха.
26. Инородные тела носа и их осложнения.
27. Хронические гнойные средние отиты у детей (клиника, дифф. диагностика, лечение).
28. Развитие детской оториноларингологии в СССР.
29. Диагностика хронического тонзиллита.
30. Этиология, клиника и лечение папилломатоза.
31. Функции гортани.
32. Острый этмоидит у детей и его осложнения.
33. Парацентез, показания, техника, осложнения.
34. Адгезивный средний отит (этиология, клиника, диф. диагностика, лечение, профилактика).
35. Хронический тонзиллит у детей, профилактика и диспансеризация.
36. Искривление носовой перегородки (этиология, методы лечения, осложнения).
37. Влияние нарушения носового дыхания на организм ребенка.
38. Хондроперихондрит гортани в детском возрасте.
39. Факторы риска по тугоухости и глухоте у детей.
40. Топография и возрастные особенности верхнечелюстной пазухи.
41. Отогенный менингит.
42. Подскладочные ларингиты аллергического происхождения.
43. Особенности венозного кровообращения носа и значение для клиники.
44. Показания и противопоказания к проведению тонзиллэктомии.
45. Клиника, дифференциальная диагностика отогенного сепсиса.
46. Особенности детской гортани и их значение для клиники.
47. Воспаление лобной пазухи и его осложнения.
48. Острое воспаление среднего уха у детей грудного возраста.
49. Слуховой анализатор и его значение для развития ребенка.
50. Методы исследования гортани у взрослых и у детей старшего возраста; нормальная ларингоскопическая картина.
51. Клиника, диагностика, дифф. диагностика полипозных гайморитов и этмоидитов, методы лечения.
52. Исследование вестибулярного аппарата.
53. Аденоидные разращения (клиника, дифф. диагностика, показания к аденотомии).
54. Трахеотомия: показания и возможные осложнения.
55. Анатомо-топографическое строение гортани.
56. Аллергические риниты (клиника, дифф. диагностика, лечение).

57. Этиология, клиника, ранняя диагностика, лечение папилломатоза гортани.
58. Клиническая анатомия наружного уха.
59. Подскладочный ларингит вирусной этиологии.
60. Рецидивирующие средние отиты у детей (клиника, дифф. диагностика, лечение).
61. Врожденные заболевания гортани.
62. Аллергический ринит.
63. Отогенный парез лицевого нерва при остром и хроническом среднем отите.
64. Особенности лимфоидно-глоточного кольца ребенка, назначение в клинике детских болезней.
65. Внутричерепные риносинусогенные осложнения у детей.
66. Экссудативный средний отит.
67. Анатомия вестибулярного аппарата.
68. Стенозирующие ларинготрахеиты вирусной этиологии.
69. Озена.
70. Гипертрофия миндалин (диагностика, дифф. диагностика, методы лечения).
71. Остеомиелит верхней челюсти у детей грудного возраста.
72. Отосклероз (принцип лечения).
73. Анатомо-топографическое описание барабанной полости.
74. Гематома и абсцесс носовой перегородки.
75. Клиника и удаление инородных тел гортани и трахеи.
76. Анатомия улитки.
77. Орбитальные риногенные осложнения и их особенности у детей.
78. Мезотимпаниты (клиника, лечение).
79. Мышцы гортани.
80. Осложнения острого этмоидита у детей грудного возраста.
81. Адгезивный средний отит (этиология, клиника, дифф. диагностика, лечение, профилактика).
82. Физическая роль лимфо-глоточного кольца.
83. Клиника и диагностика хронического воспаления верхнечелюстной пазухи у детей.
84. Отосклероз и принципы его лечения.
85. Топография и возрастные особенности решетчатой и верхнечелюстной пазух.
86. Отогенный менингит (клиника, дифф. диагностика, лечение).
87. Ларингиты аллергического происхождения.
88. Клиническая анатомия наружного носа.
89. Подскладочный ларингит вирусной этиологии.
90. Рецидивирующие отиты у детей (клиника, дифф. диагностика, лечение).
91. Особенности анатомии височных костей у детей грудного возраста.
92. Дифференциальная диагностика заглоточных абсцессов.

93. Дифференциальная диагностика новообразований носа.
94. Анатомия наружного уха.
95. Клиника, диагностика и лечение аллергических ринитов у детей.
96. Дифференциальная диагностика новообразований глотки.
97. Хрящи и связки гортани.
98. Носовые кровотечения: этиология и методика остановки.
99. Дифференциальная диагностика новообразований уха.
100. Методы исследования гортани, трахеи и бронхов.
101. Этиология острых стенозов гортани.
102. Аденоидные разрастания и их дифференциальная диагностика.
103. Физиологическая роль носового дыхания.
104. Клиника острого гнойного воспаления среднего уха у детей грудного возраста.
105. Хондроперихондрит гортани в детском возрасте.
106. Аденоидные разрастания и их дифференциальная диагностика.
107. Осложнения инородных тел пищевода.
108. Экстренная помощь при молниеносных стенозах гортани.
109. Звукопроводящий аппарат (анатомия, физиология).
110. Клиника и диагностика острого воспаления верхнечелюстной пазухи у детей.
111. Хронический ларингит (форма, клиника, методы лечения).

3. Тестовые задания

Раздел №1

1. Отток крови наружного носа происходит в:

- а) глазничную вену
- б) переднюю лицевую вену
- в) щитовидную вену
- г) язычную вену

2. Хоана – это:

- а) задние отделы верхнего носового хода
- б) отверстие из полости носа в носоглотку
- в) задние отделы нижнего носового хода
- г) задние отделы общего носового хода

3. Сошник входит в состав стенки полости носа:

- а) верхней
- б) нижней
- в) латеральной
- г) медиальной

4. Толщина продырявленной пластинки решетчатой кости:

- а) 1 мм
- б) 2 – 3 мм
- в) 4 – 5 мм

- г) 5 – 6 мм
5. В состав наружной стенки полости носа входит:
- а) носовая кость
 - б) лобная, теменные кости
 - в) основная кость
 - г) небная кость
6. В состав верхней стенки полости носа не входит:
- а) лобная кость
 - б) небная кость
 - в) носовая кость
 - г) основная кость
7. Глабелла – это:
- а) точка над передней носовой осью
 - б) зона перехода корня носа к уровню бровей
 - в) область спинки носа
 - г) зона передней выступающей части подбородка
8. Зона Киссельбаха в полости носа находится:
- а) в передненижнем отделе носовой перегородки
 - б) в верхнем отделе носовой перегородки
 - в) в слизистой нижней носовой раковины
 - г) в слизистой средней носовой раковины
9. В нижний носовой ход открывается:
- а) верхнечелюстная пазуха
 - б) лобная пазуха
 - в) задние клетки решетчатого лабиринта
 - г) носослезный канал
10. Основную роль в согревании воздуха в носовой полости играет:
- а) костная ткань
 - б) хрящевая ткань
 - в) кавернозная ткань
 - г) слизистые железы
11. Особенностью строения слизистой оболочки носа является:
- а) наличие бокаловидных клеток
 - б) наличие слизистых желез
 - в) наличие в подслизистом слое кавернозных сплетений
 - г) наличие мерцательного эпителия
12. К верхним резонаторам не относятся:
- а) нос и пазухи
 - б) глотка и преддверие гортани
 - в) подскладковое пространство гортани
 - г) полость черепа
13. Молекулы пахучих веществ называются:
- а) опсоины
 - б) одоривекторы
 - в) эндопорфирины

г) отоконии

14. Решетчатых клеток с одной стороны у взрослого человека может быть:

а) от 8 до 20

б) 20-40

в) 0-60

г) 24

15. С медиальной стенкой орбиты граничат околоносовые пазухи:

а) верхнечелюстные

б) лобные

в) решетчатые

г) основная

16. Клетки решетчатого лабиринта резонируют на:

а) более высокие звуки

б) высокие и низкие тона

в) более низкие тона

г) в резонаторной функции носа не участвуют

17. Выводное отверстие задних клеток решетчатого лабиринта открывается:

а) в нижний носовой ход

б) в средний носовой ход

в) в верхний носовой ход

г) в хоану

18. Клетки решетчатого лабиринта сообщаются с полостью носа через носовой ход:

а) средней

б) нижний и средний

в) только верхний

г) средний и верхний

19. Основная часть воздуха поступает в околоносовые пазухи носа:

а) при вдохе

б) при выдохе

в) одинаково при вдохе и выдохе

г) зависит от возраста

20. Наиболее информативный метод исследования решетчатого лабиринта:

а) рентгенография

б) контрастная рентгенография

в) компьютерная томография

г) диафаноскопия

21. В резонаторной функции носа участвуют:

а) все пазухи носа

б) только гайморовы пазухи

в) только задние клетки решетчатой кости

г) только основная пазуха

22. Задние клетки решетчатого лабиринта чаще граничат с нервом:
- а) тройничным
 - б) зрительным
 - в) блоковым
 - г) отводящим
23. Участок ушной раковины не имеет хряща:
- а) завиток
 - б) противозавиток
 - в) мочка
 - г) противокозелок
24. На ушной раковине кожа плотно сращена с надхрящницей в области:
- а) выпуклой поверхности
 - б) вогнутой
 - в) мочки
 - г) не сращена
25. Длина наружного слухового прохода у взрослого:
- а) 1,5 см
 - б) 2,0 см
 - в) 2,5 см
 - г) 3,0 см
26. Просвет слухового прохода в диаметре у взрослого:
- а) 0,5 – 0,6 см
 - б) 0,6 – 0,7 см
 - в) 0,7 – 0,9 см
 - г) 1,0 – 1,1 см
27. Наружный слуховой проход состоит только:
- а) из перепончато-хрящевого отдела
 - б) из костного и фиброзного
 - в) из фиброзно-соединительной ткани
 - г) из перепончато-хрящевого и костного
28. Санториниевы щели расположены на стенке наружного слухового прохода:
- а) передней
 - б) задней
 - в) нижней
 - г) верхней
29. Благодаря рыхлой клетчатке слуховой проход граничит с околоушной железой:
- а) снизу
 - б) сверху
 - в) спереди
 - г) сзади
30. Для осмотра барабанной перепонки у взрослого ушную раковину оттягивают:

- а) вверх и кпереди
- б) вверх и кзади
- в) вниз и кзади
- г) вниз и кпереди

31. Для осмотра барабанной перепонки у ребенка ушную раковину оттягивают:

- а) вверх и кпереди
- б) вверх и кзади
- в) вниз и кзади
- г) вниз и кпереди

32. Наиболее узкий участок слухового прохода, перешеек, находится:

- а) у входа в наружный слуховой проход
- б) в середине перепончато-хрящевого отдела
- в) на границе перепончато-хрящевого и костного отделов
- г) на границе с барабанной перепонкой

Правильный ответ: в

33. Перепончатохрящевой отдел наружного слухового прохода не содержит:

- а) сальные железы
- б) потовые железы
- в) серные железы
- г) волосы

34. У младенца до 6 месяцев вход в наружный слуховой проход имеет вид:

- а) щели
- б) овала
- в) круга
- г) треугольника

35. Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит:

- а) с суставом нижней челюсти
- б) с околоушной железой
- в) с задней черепной ямкой
- г) со средней черепной ямкой

36. Задняя стенка наружного слухового прохода граничит:

- а) с задней черепной ямкой
- б) с сосцевидным отростком
- в) с суставом нижней челюсти
- г) с сигмовидным синусом

37. Барабанная перепонка является стенкой барабанной полости:

- а) передней
- б) задней
- в) наружной
- г) нижней

38. Слои барабанной перепонки от наружного слухового прохода расположены в последовательности:

- а) кожный, слизистый, соединительнотканый
- б) кожный, соединительнотканый, слизистый
- в) соединительнотканый, кожный, слизистый
- г) соединительнотканый, слизистый, кожный

39. Наибольшее расстояние барабанной перепонки от медиальной стенки полости:

- а) в ее центре
- б) в нижнепереднем квадранте
- в) в задненижнем квадранте
- г) в задневерхнем квадранте

40. Линия, являющаяся продолжением рукоятки молоточка, делит барабанную перепонку на:

- а) переднюю и заднюю половины
- б) верхнюю и нижнюю половины
- в) переднюю и среднюю части
- г) заднюю и среднюю части

41. Это образование на барабанной перепонке не является анатомическим:

- а) рукоятка молоточка
- б) световой рефлекс
- в) передняя и задняя складки
- г) короткий отросток молоточка

42. Не относится к опознавательным пунктам барабанной перепонки:

- а) короткий отросток молоточка
- б) задняя и передняя складки барабанной перепонки
- в) рукоятка молоточка
- г) длинный отросток наковальни

43. Не относится к опознавательным пунктам барабанной перепонки:

- а) световой конус
- б) рукоятка молоточка
- в) пупок
- г) головка стремечка

44. Барабанная перепонка у детей раннего возраста толще, чем у взрослых за счет:

- а) фиброзного - среднего слоя
- б) только эпидермального слоя
- в) за счет всех трех слоев
- г) за счет эпидермального и слизистого слоев

45. Это образование не относится к звукопроводящей системе:

- а) наружный слуховой проход
- б) кортиева орган
- в) барабанная перепонка
- г) жидкости внутреннего уха

46. Истинный объем барабанной полости:

- а) 0,5 см/куб

б) 1,0 см/куб

в) 2,0 см/куб

г) 2.5 см/куб

47. С этим крупным сосудом граничит передняя стенка барабанной полости:

а) кавернозным синусом

б) яремной веной

в) позвоночной артерией

г) внутренней сонной артерией

48. Слуховые косточки в основном расположены:

а) в эпитимпануме

б) в мезотимпануме

в) в гипотимпануме

г) во всех отделах барабанной полости

49. Овальное окно преддверия прикрыто:

а) вторичной барабанной перепонкой

б) подножной пластинкой стремечка

в) наковальней

г) барабанной струной

50. Эта линия не является границей треугольника Шипо:

а) верху–височная линия–продолжение скуловой дуги

б) прямая, проходящая по задней стенке наружного слухового прохода до височной линии

в) вертикаль, соединяющая задний край верхушки сосцевидного отростка и височную линию

г) вертикаль, соединяющая передний край верхушки сосцевидного отростка и височную линию

51. Кровоснабжение сосцевидной области осуществляется за счет:

а) задней ушной артерии

б) лицевой

в) затылочной

г) челюстной

52. Не обеспечивает максимальную передачу звука средним ухом в улитку:

а) вибрирующая поверхность барабанной перепонки, которая в 17 раз больше основания стремени, т.е. энергия возрастает в 17 раз

б) рукоятка молоточка, которая в 1,3 раза длиннее короткого отростка наковальни

в) вибрация барабанной перепонки и рычажный механизм цепи слуховых

косточек, приводящие к возрастанию силы в 22 раза (до 25дБ)

г) наличие дегисценций на верхней стенке барабанной полости

53. Костный лабиринт внутреннего уха не включает:

а) улитку

б) внутренний слуховой проход

- в) преддверие
 - г) полукружные каналы
54. Информация не верна:
- а) в каждом полукружном канале имеется гладкое и расширенное колено
 - б) у переднего и заднего каналов гладкие колена слиты в одно общее
 - в) все пять колен обращены к эллиптическому карману преддверия
 - г) все пять колен обращены к сферическому карману
55. Перепончатые полукружные каналы сообщаются с:
- а) улиткой
 - б) с эллиптическим мешочком
 - в) с эдолимфатическим протоком
 - г) со сферическим мешочком
56. Улитка– костный спиральный канал, имеющий у человека:
- а) 1 оборот вокруг костного стержня– modiolus
 - б) 1,5
 - в) 2
 - г) 2,5
57. Перстневидный и щитовидный хрящи гортани являются:
- а) гиалиновыми
 - б) эластическими
 - в) смешанными (геалиново- эластическими)
 - г) рудиментарными
58. Перстневидный хрящ состоит из:
- а) 2– х пластинок сросшихся под углом
 - б) основания и лепестка
 - в) печатки и дуги
 - г) арки и тела
59. Надгортанник является:
- а) не хрящевой тканью
 - б) смешанным хрящем
 - в) гиалиновым хрящем
 - г) эластическим хрящем
60. Перстневидный и щитовидный хрящи соединены между собой:
- а) плотно– неподвижно
 - б) посредством сустава
 - в) одной единственной мышцей и висят друг на друге
 - г) не соединяются между собой
61. Черпаловидный хрящ имеет отростки в количестве:
- а) двух
 - б) трех
 - в) четырех
 - г) одного
62. Голосовая мышца задним концом прикрепляется к:
- а) рожковидному хрящу

- б) голосовому отростку черпаловидного хряща
- в) мышечному отростку черпаловидного хряща
- г) основанию черпаловидного хряща

63. К парным хрящам гортани относится:

- а) перстневидный
- б) щитовидный
- в) черпаловидный
- г) надгортанный

64. К парным хрящам гортани относится:

- а) перстневидный
- б) щитовидный
- в) рожковидный
- г) надгортанный

65. К парным хрящам гортани относится:

- а) перстневидный
- б) щитовидный
- в) клиновидный
- г) надгортанный

66. Непарными хрящами гортани являются:

- а) клиновидный
- б) рожковидный
- в) черпаловидный
- г) перстневидный

67. Непарными хрящами гортани являются:

- а) клиновидный
- б) рожковидный
- в) черпаловидный
- г) щитовидный

68. Непарными хрящами гортани являются:

- а) клиновидный
- б) рожковидный
- в) черпаловидный
- г) надгортанный

69. Перстневидный и черпаловидный хрящи соединены между собой:

- а) неподвижно
- б) подвижно посредством сустава
- в) не соединяются между собой
- г) эластической мембраной

Раздел №2

1. Гнойное отделяемое из уха, стихание боли характерно для среднего отита:

- а) неперфоративной стадии острого гнойного
- б) перфоративной стадии острого гнойного
- в) стадии регенерации острого гнойного
- г) экссудативного

2. При остром гнойном среднем отите барабанная перепонка:
- а) перламутрового цвета
 - б) с наличием перфорации с оmozоленными краями
 - в) гиперемирована
 - г) с известковыми отложениями в ней
3. Причиной развития острого гнойного среднего отита могут быть только:
- а) стрептококки, стафилококки
 - б) вирусы, аденовирусы, анаэробы
 - в) синегнойная и кишечная палочка, протей
 - г) все вышеперечисленное
4. Парацентез при остром гнойном среднем отите не показан при:
- а) гиперемии, взбухании барабанной перепонки
 - б) высокой температуре тела 38-39С
 - в) менингизме
 - г) краевой перфорации барабанной перепонки
5. Первый период острого гнойного среднего отита характеризуется:
- а) возникновением и развитием воспалительного процесса в среднем ухе
 - б) прободением барабанной перепонки
 - в) гноетечением из уха
 - г) прекращением воспалительного процесса
6. Распространение гноя при гнойном отите в область верхушки сосцевидного отростка называется:
- а) петрозит
 - б) верхушечно-шейный (Бецольдовский мастоидит)
 - в) зигоматит
 - г) апицит
7. Характерный отоскопический симптомом мастоидита:
- а) нависание задневерхней стенки в костном отделе наружного слухового прохода
 - б) гноетечение
 - в) укорочение светового конуса
 - г) втянутость барабанной перепонки
8. При мастоидите на рентгенограмме определяется только:
- а) снижение пневматизации клеток сосцевидного отростка
 - б) завуалированность антрума (пещеры)
 - в) разрушение костных перегородок между клетками сосцевидного отростка
 - г) все перечисленное верно
9. Для развития мастоидита наилучшие условия создаются при типе строения сосцевидного отростка:
- а) склеротическом
 - б) диплоэтическом
 - в) пневматическом

- г) смешанном
10. Слуховая функция при мастоидите чаще:
- а) нормальная
 - б) снижена
 - в) полное отсутствие слуха
 - г) обостренный слух
11. Стойкая перфорация барабанной перепонки характерна для:
- а) острого гнойного среднего отита
 - б) хронического гнойного среднего отита
 - в) острого экссудативного среднего отита
 - г) рецидивирующего острого среднего отита
12. Перфорация в расслабленной части барабанной перепонки характерна для:
- а) хронического гнойного мезотимпанита
 - б) хронического гнойного эпитимпанита
 - в) хронического экссудативного среднего отита
 - г) хронической сенсоневральной тугоухости
13. Перфорация в натянутой части барабанной полости характерна для:
- а) хронического гнойного мезотимпанита
 - б) хронического гнойного эпитимпанита
 - в) хронического экссудативного среднего отита
 - г) хронической сенсоневральной тугоухости
14. Краевая перфорация барабанной перепонки характерна для:
- а) хронического гнойного мезотимпанита
 - б) хронического гнойного эпитимпанита
 - в) хронического экссудативного среднего отита
 - г) хронической сенсоневральной тугоухости
15. Гнойное отделяемое с неприятным запахом характерно для:
- а) хронического гнойного мезотимпанита
 - б) хронического гнойного эпитимпанита
 - в) острого гнойного среднего отита
 - г) хронического экссудативного среднего отита
16. При наличии кариозного процесса в височной кости при эпитимпаните показано:
- а) только консервативная терапия
 - б) только saniрующая операция с удалением измененной кости
 - в) при отсутствии обострения лечение не проводится
 - г) saniрующая операция на ухе и консервативная терапия
17. Для хронического гнойного мезотимпанита справа и здоровом левом ухе характерно:
- а) Опыт Вебера - латерализация звука вправо
 - б) Швабах - укорочен справа
 - в) Ринне - положительный
 - г) Федеричи – положительный

18. Для хронического гнойного среднего отита характерно:
- а) выделение из уха крови
 - б) выделение из уха серозногеморрагической жидкости
 - в) гноетечение из уха
 - г) выделение из уха ликвора
19. Амнестическая афазия является ведущим симптомом у правшей для:
- а) субдурального абсцесса
 - б) менингита
 - в) абсцесса левой височной доли мозга у правшей
 - г) абсцесса мозжечка
20. Характерный симптом абсцесса левой височной доли мозга у правшей:
- а) нарушение сознания
 - б) амнестическая афазия
 - в) ригидность затылочных мышц
 - г) симптом Кернига
21. При отогенном абсцессе височной доли головная боль чаще всего локализуется:
- а) на стороне поражения
 - б) в затылочной области
 - в) в теменной области
 - г) на противоположной стороне
22. Двигательные нарушения при абсцессе левой височной доли мозга возникают:
- а) на стороне поражения
 - б) на противоположной стороне
 - в) на обеих сторонах
 - г) не возникают
23. При абсцессе левой височной доли мозга у правшей может быть:
- а) только амнестическая афазия
 - б) только сенсорная афазия
 - в) только моторная афазия
 - г) все перечисленное
24. При абсцессе правой височной доли мозга головная боль наиболее часто локализуется:
- а) в височнотеменной области справа
 - б) в височнотеменной области слева
 - в) в затылочной области
 - г) в лобной области
25. Основным локальным симптомом абсцесса правой височной доли является:
- а) афазия
 - б) гемианопсия
 - в) появление спонтанного нистагма

- г) нарушение координации
26. Наиболее точным методом диагностики абсцессов мозга является:
- а) ангиография
 - б) рентгенография черепа и височных костей
 - в) компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс
 - г) вентрикулография
27. При абсцессе височной доли мозга показано срочное хирургическое лечение в виде:
- а) мастоидотомии
 - б) тимпанопластики
 - в) антродренажа
 - г) расширенной радикальной операции
28. Мутный ликвор, цитоз до 30000 клеток в 1 мкл, выделяется из иглы под давлением 500 мм вод. ст. при:
- а) абсцессе мозга
 - б) арахноидите
 - в) менингите
 - г) в норме
29. При лечении гнойного отогенного менингита проводится только:
- а) расширенная радикальная операция
 - б) антибиотикотерапия, дегидратационная и дезинтоксикационная
 - в) антромастоидэктомия, антибиотикотерапия
 - г) расширенная радикальная операция с обнажением *dura mater* и сигмовидного синуса, антибиотикотерапия, дегидратация и дезинтоксикация
30. Патогномоничный симптом при отосклерозе:
- а) приступы системного лабиринтного головокружения
 - б) шум в больном ухе
 - в) паракузис *Willisii*
 - г) гноетечение из больного уха
32. При отосклерозе слух снижен по типу нарушения только:
- а) звуковосприятия
 - б) звукопроводения
 - в) с костно-воздушным разрывом между кривыми
 - г) все верно
33. При отосклерозе опыты Ринне, Желле, Федеричи:
- а) Ринне и Федеричи положительные
 - б) Ринне положительный, Федеричи отрицательный
 - в) Желле отрицательный, Ринне положительный
 - г) Ринне, Желле, Федеричи отрицательный
34. Носовое кровотечение чаще возникает из:
- а) нижней носовой раковины
 - б) средней носовой раковины
 - в) переднее- нижнего отдела перегородки носа
 - г) заднего отдела перегородки носа
35. Носовые кровотечения чаще всего бывают из слизистой:

- а) дна полости носа
 - б) нижней носовой раковины
 - в) средней носовой раковины
 - г) перегородки носа
36. В зависимости от причины носовые кровотечения делятся на:
- а) сосудистые
 - б) общие и местные
 - в) атрофические
 - г) травматические
37. Местной причиной носового кровотечения является:
- а) артериальная гипертензия
 - б) атеросклероз
 - в) лейкоз
 - г) травма носа
38. Причины носового кровотечения это только:
- а) атеросклероз
 - б) гипертоническая болезнь
 - в) болезни крови
 - г) все перечисленное
39. Стадия раздражения при остром рините обычно продолжается:
- а) от нескольких часов до 1– 2 суток
 - б) от 30 минут до 2 часов
 - в) 3– 4 суток
 - г) до недели
40. В клинике острого ринита выделяют:
- а) 2 стадии
 - б) 3 стадии
 - в) 4 стадии
 - г) 5 стадий
41. 1 стадия острого ринита называется:
- а) сухого раздражения
 - б) серозной экссудации
 - в) слизисто– гнойного отделяемого
 - г) бессимптомных проявлений
42. Передний сухой ринит, одна из форм:
- а) атрофического ринита
 - б) вазомоторного ринита
 - в) гипертрофического ринита
 - г) аллергического ринита
43. При лечении атрофического ринита используют:
- а) препараты Вит. А, Е
 - б) 3% эуфиллин
 - в) препараты висмута
 - г) раствор протаргола
44. Первичный атрофический ринит может быть проявлением:

- а) железодефицитной анемии
- б) В12 дефицитной анемии
- в) апластической анемии
- г) гемобластозов

45. Триадой симптомов вазомоторного ринита является:

- а) перемеживающаяся заложенность носа, слизистогнойные выделения, головная боль
- б) многократное чихание, затрудненное носовое дыхание, выделения из носа
- в) нарушение носового дыхания, сухость в носу, anosmia
- г) головная боль, гипосмия, многократное чихание

46. Для аллергического ринита характерно отделяемое:

- а) слизистое
- б) геморрагическое
- в) гнойное
- г) серозное

47. Для аллергической формы вазомоторного ринита характерно увеличение в крови:

- а) эозинофилов
- б) нейтрофилов
- в) базофилов
- г) моноцитов

48. Симптомом вазомоторного ринита не является:

- а) заложенность носа
- б) выделения из носа
- в) нарушение обоняния
- г) боли в горле

49. Аденоиды это:

- а) железа
- б) гипертрофия глоточной миндалины
- в) лимфатический узел
- г) разрастание соединительной ткани

50. При гипертрофии глоточной миндалины I степени лимфаденоидная ткань покрывает:

- а) верхнюю треть сошника
- б) верхние две трети сошника
- в) весь сошник
- г) устья слуховых труб

51. Аденоиды II степени покрывают сошник:

- а) на одну треть
- б) на две трети
- в) полностью
- г) не покрывают

53. При гипертрофии глоточной миндалины III степени сошник покрыт:

- а) на одну треть
- б) на две трети
- в) полностью
- г) не прикрыт

54. Абсолютным показанием для проведения аденотомии является:

- а) искривление носовой перегородки
- б) вазомоторный ринит
- в) рецидивирующий средний отит
- г) хоанальный полип

55. Ведущие этиологические факторы для фарингитов:

- а) алкоголь, курение
- б) чрезмерные голосовые нагрузки, холодная или горячая пища, нарушение носового дыхания
- в) нарушение голосового режима, застойные явления в глотке при декомпенсации сердечной деятельности
- г) работа в холодном помещении

56. Формы хронических фарингитов:

- а) гиперпластический и некротический
- б) серозный и гнойный
- в) катаральный, атрофический, гипертрофический
- г) катаральный, аллергический, некротический

57. Розовые гранулы на задней стенке глотки характерны для хронического фарингита:

- а) гипертрофического
- б) атрофического
- в) субатрофического
- г) катарального

58. Ощущение першения в глотке при хроническом фарингите не обусловлено раздражением нерва:

- а) языкоглоточного
- б) блуждающего
- в) тройничного
- г) лицевого

59. Ощущение боли в глотке при хроническом фарингите не обусловлено раздражением рецепторов нерва:

- а) языкоглоточного
- б) блуждающего
- в) тройничного
- г) промежуточного

60. Для катаральной ангины характерно:

- а) гиперемия дужек и небных миндалин
- б) расширенные устья лакун небных миндалин
- в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
- г) нагноившиеся фолликулы

61. Для лакунарной ангины характерно:

- а) гиперемия дужек и небных миндалин
 - б) расширенные устья лакун небных миндалин
 - в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
 - г) нагноившиеся фолликулы на поверхностях небных миндалин
62. Для фолликулярной ангины характерно:
- а) гиперемия дужек
 - б) расширенные устья лакун небных миндалин
 - в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
 - г) нагноившиеся фолликулы небных миндалин
63. Налеты желто-белого цвета в устьях лакун характерны для ангины:
- а) лакунарной
 - б) катаральной
 - в) фолликулярной
 - г) некротической
64. Для лечения вульгарных ангин наиболее эффективно применение антибиотиков группы:
- а) сульфаниламиды (бисептол)
 - б) синтетические пенициллины (амоксиклав)
 - в) тетрациклины (доксициклин)
 - г) фторхинолоны (ципрофлоксацин)
65. Осложнением ангины у взрослых может быть абсцесс:
- а) эпидуральный
 - б) заглочный
 - в) паратонзиллярный
 - г) надгортанника
66. Первое место среди осложнений ангин занимают:
- а) парафарингиты и парафарингеальный абсцесс
 - б) паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
 - в) ларингиты
 - г) отиты
67. При заболевании крови вторичная ангина наблюдается при:
- а) гемофилии
 - б) лейкозе
 - в) капилляротоксикозе
 - г) гемморагическом васкулите
68. Плотные, грязно-серые, плохо снимаемые налеты на миндалинах, распространяющиеся на небные дужки свидетельствуют о:
- а) фолликулярной ангине
 - б) лакунарной ангине
 - в) некротической ангине
 - г) дифтерии
69. При ангине налеты с миндалин удалять:
- а) следует всегда
 - б) только при лакунарной
 - в) только при язвенно-пленчатой

г) не следует

70. Некротические изменения в глотке, налеты, в крови лейкопения, уменьшенное количество зернистых лейкоцитов. Диагноз:

- а) дифтерия зева
- б) флегмонозная ангина
- в) агранулоцитарная ангина
- г) язвенно-пленчатая ангина

71. В переводе с древне – греческого слово ангина означает:

- а) удушье
- б) боль
- в) озноб, ознобление
- г) огонь

72. Возбудителем ангины Симоновского – Венсана является:

- а) симбиоз спирохеты полости рта и веретенообразной палочки
- б) симбиоз В – гемолитического стрептококка и грибов рода *Candida*
- в) симбиоз эпидермального стрептококка и синегнойной палочки
- г) спирохеты полости рта и стрептококка

73. Самое опасное осложнение паратонзиллярного абсцесса:

- а) абсцесс язычка
- б) медиастинит
- в) тромбоз сигмовидного синуса
- г) менингит

74. Для паратонзиллита характерно:

- а) нагноение ткани миндалин
- б) воспаление околоминдаликовой клетчатки
- в) инфильтрация зачелюстной оболочки
- г) воспаление заглоточных лимфатических узлов

75. Для фарингоскопической картины при одностороннем паратонзиллярном абсцессе характерно:

а) только выпячивание мягкого неба и передней дужки на стороне поражения

- б) только гиперемия и инфильтрация небной миндалины
- в) только смещение язычка в сторону поражения
- г) все перечисленное

76. При паратонзиллярном абсцессе необходимо провести:

- а) пункцию с последующим вскрытием абсцесса
- б) физиолечение
- в) полоскание антисептиками
- г) все перечисленное

77. Паратонзиллярный абсцесс можно не дифференцировать с:

- а) дифтерией
- б) опухолью миндалин
- в) туберкулезом глотки
- г) паратонзиллитом

78. Односторонняя боль при глотании, температура 38 градусов,

инфильтрация над миндалиной слева, язычок смещен вправо. Ваш диагноз:

- а) заглоточный абсцесс
- б) окологлоточный абсцесс
- в) острый аденоидит
- г) паратонзиллярный абсцесс слева

80. Различают 2 формы хронического неспецифического тонзиллита по

И.Б.Солдатову:

- а) туберкулезный и сифилитический
- б) простая и токсикоаллергическая
- в) компенсированный и субкомпенсированный
- г) компенсированный и декомпенсированный

81. При лакунарном строении небных миндалин, начинать лечение хронического тонзиллита лучше всего с:

- а) санации лакун
- б) системной антибиотикотерапии
- в) полоскания глотки
- г) физиолечения

82. К консервативному лечению хронического тонзиллита относится:

- а) зондирование миндалин
- б) физиолечение
- в) ротация миндалин
- г) смазывание задней стенки глотки

83. К консервативному лечению хронического тонзиллита относятся:

- а) зондирование миндалин
- б) санация лакун
- в) ротация миндалин
- г) смазывание задней стенки глотки

84. Показанием к тонзиллэктомии является:

- а) желание больного
- б) регионарный лимфаденит
- в) ангины до 2 раз в год
- г) неэффективность консервативной терапии

85. Хронический тонзиллит дифференцируют с:

- а) катаральной ангиной
- б) гипертрофией небных миндалин
- в) острым фарингитом
- г) сифилисом глотки

86. К осложнениям после тонзиллэктомии относится только:

- а) кровотечение
- б) острый шейный лимфаденит
- в) флегмона шеи
- г) все перечисленное

87. Для юношеской ангиофибромы характерна триада симптомов:

а) носоглоточная опухоль, заложенность носа, рецидивирующие носовые кровотечения

- б) аденоиды, опухоль в носоглотке, субфебрилитет
- в) изменение мягкого неба, насморк, приступы удушья
- г) опухоль носовой перегородки, бледная слизистая полости носа, инъекция сосудов полости носа

88. Юношескую ангиофибромю необходимо дифференцировать с:

- а) хроническим тонзиллитом
- б) аденоидами
- в) гипертрофией язычной миндалины
- г) тубоотитом

89. Наиболее часто встречаются следующие ожоги пищевода:

- а) химические
- б) термические
- в) физические
- г) лучевые

90. Ятрогенными чаще бывают следующие ожоги пищевода:

- а) химические
- б) лучевые
- в) термические
- г) физические

91. Электрические ожоги пищевода относятся к следующим поражениям:

- а) лучевым
- б) химическим
- в) физическим
- г) термическим

92. В клинике острых ожогов пищевода выделяют:

- а) пять степеней
- б) четыре степени
- в) две степени
- г) три степени

93. Коликвационный (мокнувший) некроз пищевода образуется:

- а) при ожогах щелочами
- б) при ожогах кислотами
- в) при термических ожогах
- г) при физических ожогах

94. Коагуляционный некроз пищевода образуется:

- а) при ожогах щелочами
- б) при ожогах кислотами
- в) при термических ожогах
- г) при физических ожогах

95. Прогностически наиболее неблагоприятный в отношении последующего рубцевания ожог пищевода:

- а) кислотой
- б) щелочью
- в) электрический

г) термический

96. Для коникотомии при стенозе гортани необходимо произвести разрез:

- а) горизонтальный
- б) вертикальный
- в) крестообразный
- г) любой из перечисленных

97. Причиной хронического рубцового стеноза гортани чаще всего является:

- а) длительное бактерионосительство
- б) опухоль гортани
- в) травма гортани
- г) воспалительные заболевания гортани

98. «Ложный» круп развивается:

- а) постепенно
- б) внезапно
- в) как хроническое заболевание
- г) в течение нескольких суток

99. Ларингоскопическая картина при «ложном» крупе – это :

- а) увеличение надгортанника
- б) парез истинных голосовых складок
- в) наличие белых пленок и налетов в подскладковом отделе
- г) сужение подскладкового пространства в виде красных валиков

100. Для «ложного» крупа характерно:

- а) першение, сухость в горле
- б) слизисто-гнойная мокрота
- в) одышки, лающий кашель, афония
- г) афония, боли в горле

101. Наиболее достоверный признак злокачественной опухоли складкового

отдела гортани:

- а) неподвижность голосовой складки
- б) гиперемия голосовой складки
- в) сохранение подвижности голосовой складки
- г) неровность свободного края голосовой складки

102. При невозможности поставить морфологический диагноз рака гортани до операции – наиболее рационально:

- а) наблюдение 1 – 3 месяца
- б) лазеротерапия
- в) ларингофиссура со срочным гистологическим исследованием
- г) консервативная терапия

103. Основным методом лечения рака гортани является:

- а) комбинированный
- б) лучевой
- в) хирургический

г) химиотерапевтический

104. К облигатным предракам гортани относится:

а) фиброма гортани

б) пахидермия и лейкоплакия

в) хронический ларингит

г) склеродермия

4. Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача № 1

Больному 6 лет. На 3й день заболевания лакунарной ангиной появилась охриплость, прогрессивно нарастающая до стадии полной афонии. При этом также появились постепенно усиливающиеся явления стеноза гортани. При прямой ларингоскопии на слизистой оболочке гортани – грязно-серые налеты в виде отдельных очагов, после снятия – изъязвленная поверхность, покрытая сгустками крови; смыкание голосовых складок при фонации неполное. Ваш диагноз и его обоснование? План экстренных лечебных мероприятий?

Ситуационная задача № 2

У ребенка 5 лет после ОРВИ появилась охриплость в связи, с чем была назначена УВЧ терапия на гортань. Гортань не осматривалась. После УВЧ терапии состояние ухудшилось, развилась афония, во время сна и при беспокойстве появилось шумное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. При прямой ларингоскопии в передней комиссуре определяется бугристое образование розового цвета. Ваш диагноз? Какие врачебные ошибки имели здесь место?

Ситуационная задача № 3

У ребенка 7 лет после гриппа появилось острое гнойное воспаление среднего уха. Лечился дома – капли в ухо, компресс. На 4й день заболевания появилась резкая головная боль, подъем температуры тела до 39 С, была неоднократная рвота, возбуждение. О каком осложнении отита может идти речь? Ваша тактика.

Ситуационная задача № 4

Больному 9 лет. Жалобы на приступообразный насморк. Обострения насморка начинаются внезапно. Появляются зуд в области носа и век, приступообразное чихание, обильные водянистые выделения из носа. Во время насморка иногда появляются высыпания и отеки на коже лица и тела. При передней риноскопии отмечается отек и цианоз слизистой оболочки полости носа. Ваш предполагаемый диагноз? Методы обследования.

Ситуационная задача № 5

Мальчику 11 лет во время игры в хоккей шайба ударила в нос. При

осмотре отмечается отек ягких тканей наружного носа, деформация за счет смещения спинки носа вправо и западение боковой стенки в костном отделе слева. Носовое дыхание затруднено за счет сужения левой половины носа. Ваш диагноз? Какое лечение показано?

Ситуационная задача № 6

Больная 32 года жалуется на затруднение носового дыхания, обильные прозрачные выделения из носовых ходов, расстройство обоняния, приступы чихания и слезотечение. Перечисленные симптомы беспокоят часто в течении последних двух лет, с тех пор как начала работать в химической промышленности.

Объективно: слизистая оболочка полости носа отечна, неравномерно окрашена, на ее поверхности местами сизые, местами белые пятна. Носовые раковины выглядят увеличенными. Просвет носовых ходов сужен. После смазывания носа раствором адреналина раковины заметно уменьшаются в размерах, просвет носовых ходов увеличивается. Пальпация придаточных пазух носа безболезненна. Со стороны других ЛОР- органов отклонений от нормы не наблюдается.

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
2. Тактика предполагаемого лечения?

Ситуационная задача № 7

Больной 32 года обратился к оториноларингологу с жалобами на боли в правом ухе, гнойные выделения, снижение слуха, припухлость в височно-скуловой области.

Ухо заболело 3 недели назад после перенесенного гриппа. Вначале беспокоили сильные боли в ухе, повышалась температура тела до 38-39°. Больной применял тепловые процедуры и несистематически сульфодимезин. Спустя 4 дня из уха появились обильные сукровичные выделения, боли уменьшились, температура тела снизилась, но продолжала держаться в пределах 37,5°. На третьей неделе заболевания вновь усилились боли в правом ухе, больной заметил припухлость впереди ушной раковины.

Объективно: припухлость, болезненная при пальпации в области скулового отростка и верхней челюсти справа, обильные слизисто-гнойные выделения в правом слуховом проходе, барабанная перепонка с застойной гиперемией, небольшая перфорация в задне-нижнем квадранте. АД- без особенностей. Шепот правым ухом слышит на расстоянии 0,5м, левым- 5м. Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено.

Каков предполагаемый диагноз? Какие методы обследования и лечения должны проводиться?

Задание:

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?

2. Тактика предполагаемого лечения?

Ситуационная задача № 8

Машиной скорой помощи в ЛОР-стационар доставлен ребенок полутора лет с жалобами на затрудненное дыхание, «лающий» кашель, незначительную охриплость. Болен 4 дня, когда появился насморк, кашель, повысилась температура тела. Во время сна резко ухудшилось дыхание. Подобных заболеваний раньше не было. Ребенок возбужден, кожа бледная, в акте дыхания активно участвует мускулатура грудной клетки. При прямой ларингоскопии: слизистая оболочка гортани гиперемирована, голосовая щель резко сужена, в подскладковом пространстве валики красного цвета, значительное количество гнойной мокроты.

Вопрос: оцените состояние пациента, поставьте диагноз и оцените возможность прогрессирования заболевания. Разработайте план лечения.

Ситуационная задача № 9

У больного 47 лет жалобы на сухость, ощущение жжения в полости носа, снижение обоняния в течение нескольких месяцев. Объективно: при передней риноскопии: носовые ходы широкие, свободные, слизисто-гнойное желто-зеленое отделяемое, обильное количество корок в носу. Слизистая оболочка полости носа сухая, бледная. Нижние носовые раковины тонкие, плотно прижаты к латеральной стенке носа.

Ваш диагноз?

Ситуационная задача № 10

У больного 45 лет жалобы на затруднение носового дыхания, гнойное отделяемое из носа, снижение обоняния, боль распирающего характера в области лба справа. Считает себя больным в течение недели, после перенесенного простудного заболевания, когда появились вышеуказанные жалобы. Отмечал подъемы температуры тела до 37,80 С.

Объективно: область ОНП не изменена, отмечает повышенную чувствительность при перкуссии передней стенки правой лобной и верхнечелюстной пазух. Болезненность при пальпации точки выхода II ветви тройничного нерва справа. Слизистая оболочка полости носа отечна, гиперемирована, гнойное отделяемое в среднем носовом ходе справа. По данным Rg-графии ОНП – тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи, уровень жидкости в правой лобной пазухе.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 11

У больного 36 лет жалобы на затруднение носового дыхания, больше слева, слизистое отделяемое из полости носа, снижение обоняния. Считает себя больным в течение полугода, лечился сосудосуживающими каплями, без эффекта. Страдает бронхиальной астмой (атопическая форма, средней степени тяжести). Постоянно принимает Вентолин, Беротек.

Объективно: область проекции ОНП не изменена, безболезненна при пальпации. При передней риноскопии: левая половина носа obturirivovana округлыми беловатыми образованиями крупных и средних размеров. Слизистая оболочка отечна, розовая, по дну слизистое отделяемое. Носовое дыхание слева затруднено. Перегородка носа по средней линии. При задней риноскопии: белесовато-розовое мягкотканное образование размером 2x1 см, закрывающее просвет хоан.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование и лечение.

Ситуационная задача № 12

У больного 15 лет жалобы на затруднение носового дыхания, периодические кратковременные, иногда обильные, носовые кровотечения. Считает себя больным в течение полугода. Не лечился.

Объективно: при передней риноскопии - носовые ходы свободные, отделяемого нет, носовое дыхание затруднено. При задней риноскопии: определяется округлое образование в носоглотке, закрывающее 2/3 сошника, плотное при ощупывании пальцем.

Ваш диагноз? Назначьте обследование и лечение.

Ситуационная задача № 13

У больного 40 лет жалобы на приступы чихания по утрам, сопровождающиеся обильными водянистыми выделениями из носа, затруднение носового дыхания. Болен в течение 5 лет. Последние 1,5 года почти постоянно применяет сосудосуживающие капли в нос.

Объективно: Слизистая оболочка полости носа бледная. Носовые раковины отечные, на поверхности их видны белые пятна.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые исследования и лечение.

Ситуационная задача № 14

У больного 26 лет жалобы на головную боль с локализацией преимущественно в правой половине лба, тяжесть в голове, гнойные выделения из носа, затруднение носового дыхания, повышение температуры тела до 38,0 С, общее недомогание. Заболел 5 дней тому назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания.

Объективно: Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, в среднем носовом ходе справа слизисто-гнойные выделения. При пальпации определяется болезненность в надбровной области и в области клыковой ямки справа.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые исследования.

Ситуационная задача № 15

У больного 52 лет жалобы на затруднение носового дыхания, периодические гнойные выделения из носа. Болен около 2-х лет, не лечился.

Объективно: общие носовые ходы obturirivovаны белесовато-серыми образованиями, на рентгенограмме околоносовых пазух определяется

затемнение обеих верхнечелюстных пазух и клеток решетчатого лабиринта.

При пункции верхнечелюстных пазух – получен гной.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 16

У больного 28 лет жалобы на боль в области носа, деформацию наружного носа; 4 часа назад, во время игры в хоккей, клюшкой получил удар по носу. Было сильное носовое кровотечение, которое остановилось самостоятельно, сознание не терял, тошноты, рвоты не было.

Объективно: спинка носа смещена вправо. Мягкие ткани наружного носа умеренно инфильтрированы, болезненны. В левой подглазничной области по боковой поверхности носа – гематома. При пальпации спинки носа определяется подкожная эмфизема. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована. В полости носа кровяные сгустки.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.

Ситуационная задача № 17

Больная 62 лет доставлена в приемное отделение ЛОР-стационара машиной скорой помощи с жалобой на рецидивирующее носовое кровотечение.

Объективно: в преддверии носа ватные шарики, пропитанные геморрагическим отделяемым. А/Д около 100/60 мм. рт. ст., пульс 82 в мин., среднего наполнения.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование и лечение.

Ситуационная задача № 18

У больной 56 лет, жалобы на затруднение носового дыхания. Данные жалобы беспокоят в течение 7 лет. Самостоятельно пользовалась сосудосуживающими каплями в нос, отмечала после их применения кратковременное улучшение. Последний год после вливания сосудосуживающих капель в нос не отмечает улучшение носового дыхания.

Объективно: при передней риноскопии нижние носовые раковины увеличены, синюшны. При смазывании 0,1% раствором адреналина не сокращаются.

Ваш диагноз и лечение?

Ситуационная задача № 19

У больной, 18 лет, жалобы на головную боль, ощущение заложенности носа, слизистое отделяемое из правой половины носа. Данные жалобы возникли 8 дней назад, на фоне перенесенного ОРВИ.

Объективно: при передней риноскопии слизистая оболочка носа гиперемирована, в среднем носовом ходе справа слизистое отделяемое. На рентгенограмме околоносовых пазух снижение пневматизации правой верхнечелюстной пазухи. Температура тела 36,80 С.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.

Ситуационная задача № 20

У больной 18 лет жалобы на ощущение заложенности носа, слизистогнойное отделяемое из носа с двух сторон, головную боль. Больна 12 дней. Температура тела 37,90 С. Беременность 14 недель.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.