

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)



«УТВЕРЖДАЮ»

экз. № \_\_\_\_\_

И.о. проректора по учебной работе, науке и  
инновационной деятельности

\_\_\_\_\_/ А.В. Силин/  
«31» августа 2017

### ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.58 оториноларингология
<i>Форма обучения</i>	очная
<i>Вид практики</i>	Производственная (клиническая) практика
<i>Тип практики</i>	Базовая часть
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	59
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	2124

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.35 инфекционные болезни утвержденного ФГОС ВО от «25» августа 2014 г. № 1077 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

**Составители программы практики:** Артющкин С.А. заведующий кафедрой оториноларингологии, доцент кафедры Безрукова Е.В.  
(Ф.И.О., должность, степень)

**Рецензент:** Карпищенко С.А., заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО СПГМУ им. И.П. Павлова, д.м.н.  
(Ф.И.О., должность, степень)

Программа практики обсуждена на заседании кафедр(ы) оториноларингологии  
(наименование кафедры)

«4» июня 2017 г. протокол № \_\_

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики.....	4
2. Задачи практики.....	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы..	4
4. Формы проведения практики.....	4
5. Время и место проведения практики .....	4
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	4
7. Структура и содержание практики.....	7
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	7
9. Фонд оценочных средств .....	7
9.1. Критерии оценки .....	7
9.2. Оценочные средства.....	8
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение .....	55
11. Материально-техническое обеспечение .....	56
12. Методические рекомендации по прохождению практики.....	56

### 1. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по оториноларингологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача - оториноларинголога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

### 2. Задачи практики

Изучить организацию лечебно-диагностического процесса и проведения профилактических мероприятий при оказании врачебной помощи в оториноларингологическом отделении. Научиться проводить обследование Лор - больного (сбор анамнеза, осмотр лор-органов, акуметрия, вестибулометрия, аудиометрия). Научиться оценивать дифференциально-диагностическую значимость симптомов и синдромов, характерных для лор - болезней. Научиться формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10. Научиться осуществлять лечение лор- больных и их последующую реабилитацию с учетом этиологии, тяжести болезни и сопутствующих патологических состояний. Научиться проводить диагностику и лечение сопутствующих заболеваний, относящихся к смежным дисциплинам, с привлечением при необходимости для консультации соответствующих специалистов. Научиться определять показания и противопоказания к проведению операционных

вмешательств, реанимации. Научиться осуществлять раннюю диагностику распространенных заболеваний лор-органов по клиническим синдромам, дифференциальную диагностику.

### 3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.58 оториноларингология.

### 4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

### 5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится в течение первого и второго года обучения в ординатуре на базах: СЗГМУ им. И.И. Мечникова клиника Петра Великого, СПб ГУЗ Покровская, СПб ГУЗ «Святой преподобной мученицы Елизаветы», ГДБ №19, Всеволожская областная больница, ГДБ №5.

### 6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции или ее части (в соответствии с ФГОС и паспортами компетенций)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1.	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупрежден	Основы профилактической медицины в области оториноларингологии. Знать социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке к профессиональ	Проводить с населением мероприятия по первичной профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний ЛОР органов. Осуществлять профилактические мероприятия по повышению	Навыками разработки плана первичной профилактики наиболее часто встречающихся ЛОР заболеваний с учетом течения этих заболеваний. Навыками подбора и назначения лекарственной терапии, использования	Собеседование

		ие возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ной деятельности в области оториноларингологии. Принципы здорового образа жизни.	сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.	методов немедикаментозного лечения, проведения реабилитационных мероприятий по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.	
2.	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Основы профилактической медицины в области оториноларингологии. принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, принципы реабилитации пациентов.	Проводить профилактические медицинские осмотры, диспансерное наблюдение и мероприятия в группах риска для предупреждения развития хронических болезней ЛОР органов , и снижения частоты сердечнососудистых осложнений.	Навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослых и подростков методами контроля за эффективностью диспансеризации	Собеседование
3.	ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки,	Эпидемиологию инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний. Принципы осуществления противоэпидемических мероприятий. Основы	Проводить противоэпидемические мероприятия, профилактические медицинские осмотры, Оценивать опасность и последствия радиоактивной обстановки..	Навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослых и подростков.	Собеседование

		стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях. Особенности организации оказания медицинской помощи, проведения реанимационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях, при катастрофах в мирное и военное время.			
4	ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического о анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Основы социальной гигиены, основы медицинской статистики.	Применять методики сбора и медико-статистического о анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.	Навыками медико-статистического анализа для получения информации о показателях здоровья населения.	Собеседование
5	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики ЛОР заболеваний. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни. Принципы классификации в соответствии кодам классификационной системы	Оценивать результаты основных и дополнительных методов диагностики, используемые в ЛОР практике. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику с использованием различных методов. На основании данных основных и	Методами общего клинического обследования детей и взрослых. Навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов основных и дополнительных методов исследования в оториноларингологии в соответствии с кодами МКБ-10	Контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, реферат, Собеседование

			МКБ-10..	дополнительных исследований выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния в практике оториноларинголога		
6	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании оториноларингологической медицинской помощи	Структурные и функциональные основы нормы и патологии в оториноларингологической практике,. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики оториноларингологических заболеваний. Схему обследования оториноларингологического больного.	Осуществить диагностические, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся различных оториноларингологических заболеваниях и состояниях, Обосновать выбор лечения.	Основными методами обследования оториноларингологических больных. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста. Определением объема первой и неотложной помощи и способов оказания ее; Определением показаний к срочной или плановой госпитализации Оформление медицинской документации.	Контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, реферат, Собеседование
7	ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Показания и сроки оказания медицинской помощи больным при чрезвычайных ситуациях.	Оказывать первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний при чрезвычайных ситуациях	Методами и способами оказания первой врачебной помощи в случаях возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний при чрезвычайных ситуациях	Собеседование
8	ПК-8	Готовность к	Классификации	Обосновать	Алгоритмом	Собеседование

		<p>применению природных лечебных факторов, лекарственной , немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>ю и основные характеристик и лекарственных средств. Фармакодинамику и фармакокинетику. Показания и противопоказания к применению лекарственных средств. Побочные эффекты. Показания к санаторно-курортному лечению</p>	<p>выбор лекарственной , немедикаментозной терапии; физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, Разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной , немедикаментозной терапии</p>	<p>назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных ЛОР заболеваний, применения природных лечебных факторов с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии Определение показания к санаторно-курортному лечению</p>	<p>ие</p>
9	ПК-9	<p>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Основы профилактической медицины, факторы риска развития и прогрессирования патологии лор органов. Методы просветительской работы</p>	<p>Проводить мероприятия по первичной и вторичной профилактике заболеваний и укреплению здоровья на индивидуальном, групповом и популяционном уровне</p>	<p>Методами организации первичной профилактики заболеваний ЛОР органов в любой возрастной группе, формирования мотивации к поддержанию здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек.</p>	<p>Собеседование</p>
10	ПК-10	<p>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделения</p>	<p>Основы законодательства Российской Федерации, основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения; основы страховой медицины в</p>	<p>Анализировать и оценивать качество медицинской, оториноларингологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей</p>	<p>Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; оценками состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп; Анализировать и оценивать качество оториноларинголог</p>	<p>Собеседование</p>



		х	Российской Федерации, структуру и оснащение оториноларингологических отделений амбулаторной службы.	среды и организации медицинской помощи.	ической помощи	
11	ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Стандарты экспертной работы	Оценка качества оказания медицинской помощи	Анализ медицинской документации	Коллоквиум
12	ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Медицина чрезвычайных ситуаций	Методики осмотра и обследования больного в условиях МЧС	Оценка физикальных данных, Оценка состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Собеседование, рефераты

## 7. Структура и содержание практики

### Учебно-тематический план

№ п/п	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
<b>Клиника, диагностика и лечение заболеваний верхних дыхательных путей и уха.</b>	380	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	100
<b>Неотложная помощь в оториноларингологической практике.</b>	280	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	100
<b>Профессиональный отбор и экспертиза в</b>	180	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный	80

<b>оториноларингологии</b>		сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	
<b>Новообразования верхних дыхательных путей и уха</b>	180	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	80
<b>Детская оториноларингология</b>	384	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	100
<b>Клинико-диагностическое поликлиническое отделение, организация оториноларингологической помощи</b>	720	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	300

## 8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная в форме зачета

## 9. Фонд оценочных средств

### 9.1. Критерии оценки

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины (90 вопросов) Пример. 1. Этиология и патогенез острого гнойного среднего отита. 2.Классификация хронических ринитов. 3.Лечение больных хроническим мезотимпанитом .	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
				следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса.
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам лор-болезни	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий по теме болезней уха, горла и носа	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

## 9.2. Оценочные средства

*Включаются все оценочные средства, используемые при текущем контроле и промежуточной аттестации*

### *Контрольные вопросы:*

1. Связь оториноларингологии с гигиеническими и другими специальностями. Профилактическая направленность оториноларингологии.
2. Работа врача ЛОР-кабинета поликлиники.
3. Показания для проведения основных видов специализированной помощи (ЛОР-онкология, фониатрия, логопедия, сурдология).
4. Организация фониатрической и логопедической помощи населению.
5. Организация сурдологопедической помощи населению.
6. Организация скорой помощи оториноларингологическим больным.
7. Диспансеризация в оториноларингологии и ее роль в снижении заболеваемости населения.
8. Роль оториноларингологической службы в профилактике профессиональной патологии. Значение профессионального отбора (оториноларингологического) для профилактики профессиональных заболеваний и снижения промышленного травматизма.

9. Условия работы в ЛОР-кабинете территориальной поликлиники и медсанчасти промышленного предприятия. Обязанности ЛОР-врача территориальной поликлиники.
10. Формы профилактической работы оториноларинголога территориальной поликлиники.
11. Обязанности ЛОР-врача медсанчасти промышленного предприятия. Формы профилактической работы оториноларингологов медсанчасти промышленного предприятия.
12. Клиническая анатомия наружного уха. Особенности топографии.
13. Анатомия барабанной полости. Топографическая анатомия барабанной полости
14. Сосцевидный отросток, типы строения. Топография сигмовидного синуса.
15. Слуховая труба. Особенности строения в детском возрасте. Методы определения проходимости слуховой трубы.
16. Функции слуховой трубы. Значение исследования проходимости слуховых труб при профотборе для профилактики аэроотитов и травм барабанной перепонки.
17. Ход лицевого нерва в височной кости и ветви, отходящие от него в барабанной полости.
18. Анатомия улитки, строение спирального органа. Связь улитки с другими отделами лабиринта и субарахноидальным пространством. Изменения в спиральном органе, связанные с длительным воздействием вибрации и шума.
19. Звукопроводящий аппарат уха. Особенности проведения звука через наружный слуховой проход, среднее ухо и жидкостные среды внутреннего уха. Механизмы усиления звука на уровне барабанной полости.
20. Физиологические и психоакустические характеристики слуха. Характеристики звука (высота, сила, тембр). Слуховой диапазон.
21. Методы исследования слуховой функции. Слуховой паспорт. Значение аудиометрических методов исследования при профотборе и динамическом наблюдении за лицами, работающими в условиях интенсивного производственного шума и вибрации.
22. Понятие “акустический импеданс”. Заболевания, при которых он нарушается.
23. Стато-кинетический анализатор. Физиологическое значение. Особенности вестибулярного анализатора.
24. Анатомия полукружных каналов ушного лабиринта. Строение ампулярного рецептора.
25. Анатомия преддверия ушного лабиринта. Строение отолитового рецептора.
26. Жидкости внутреннего уха и их роль в функции лабиринта.
27. Связь вестибулярного анализатора с системами и органами организма. Основные проводящие пути (тракты). Три группы вестибулярных реакций.
28. Физиология полукружных каналов. Вестибулярные законы Эвальда и Воячека.
29. Экспериментальное исследование функции полукружных каналов (калорическая, вращательные пробы).
30. Физиология отолитового отдела вестибулярного анализатора. Исследование отолитовой функции лабиринтов (отолитовые пробы Воячека, четырехштанговые качели Хилова, непрямая отолитометрия). Методы исследования отолитового аппарата, применяемые при профотборе в авиацию и морской флот.
31. Методы исследования функции вестибулярного аппарата. Вестибулярный паспорт.
32. Дифференциальная диагностика поражения вестибулярного аппарата и мозжечка.
33. Исследование функций вестибулярного анализатора при профотборе.
34. Классификация раздражителей слухового и вестибулярного рецепторов.

35. Слуховая и вестибулярная рецепция с позиции принципиальной схемы действия рецепторов.
36. Симптомокомплекс укачивания, патогенез, лечение.
37. Клиническая анатомия полости носа. Кровоснабжение. Венозный отток.
38. Две функциональные зоны в полости носа. Строение слизистой оболочки дыхательной зоны носа и придаточных пазух. Изменения слизистой оболочки носа при профессиональных заболеваниях.
39. Морфология и функция кавернозной ткани в полости носа.
40. Строение обонятельной зоны полости носа. Проводящие пути. Особенности обонятельной функции носа. Причины нарушения обоняния.
41. Методы исследования дыхательной и обонятельной функции носа. Классификация обонятельных веществ по Цваадемакеру. Методы исследования, применяемые при отборе и профилактических осмотрах рабочих некоторых промышленных предприятий.
42. Топографическая анатомия и физиологическое значение придаточных пазух носа.
43. Функции носа основные и не основные. Защитная функция при профвредности.
44. Клиническая анатомия глотки. Топография.
45. Роль лимфоидной ткани глотки в формировании общей и местной реактивности организма.
46. Морфология и функции небных миндалин. Их отличительные особенности от других миндалин.
47. Клиническая физиология глотки. Функции глотки. Акт глотания.
48. Клиническая анатомия гортани. Особенности иннервации. Основные функции гортани. Парезы и параличи мышц гортани.
49. Мышцы гортани.
50. Клиническая анатомия и физиология пищевода.
51. Воспалительные заболевания наружного уха (экзема, рожистое воспаление, перихондрит) этиология, клиника, лечение.
52. Наружный диффузный и ограниченный отиты.
53. Отомикозы. Этиология, клиника, лечение.
54. Инородные тела и травмы наружного уха, клиника, лечение. Серная пробка. Отгематома.
55. Травматические повреждения среднего уха, диагностика, лечение. Разрыв барабанной перепонки. Гематотимпанум.
56. Острый гнойный средний отит, этиология, патогенез, клиника, лечение. Возможные осложнения. Роль школьного врача в профилактике заболеваний наружного уха и среднего уха.
57. Мастоидит, разновидности мастоидитов. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики, профилактика
58. Травматический разрыв цепи слуховых косточек, диагностика, лечение.
59. Профессиональные заболевания органа слуха.
60. Хронический гнойный средний отит. Классификация, диагностика, профилактика.
61. Хронический гнойный мезотимпанит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика. Осложнения.
62. Хронический гнойный эптитимпанит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика. Осложнения.
63. Внутричерепные осложнения гнойных воспалений среднего уха (принципы лечения и профилактики).

64. Эксудативный средний отит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
65. Синустромбоз, этиология, клиника, лечение, профилактика. Отогенный сепсис, клиника, лечение, профилактика.
66. Отогенный парез лицевого нерва. Дифференциальная диагностика уровней поражения, лечение, профилактика.
67. Лабиринтиты. Этиология, классификация, клиника, лечение. Дифференциальная диагностика лабиринтитов и мозжечковых расстройств.
68. Сальпингоотит. Аэроотит, причины, клиника, профилактика.
69. Адгезивный средний отит, этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
70. Болезнь Меньера. Патогенез, клиника, лечение. Трудоустройство больных.
71. Отосклероз, патогенез, клиника, принципы хирургического лечения.
72. Сенсоневральная тугоухость. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Этиология в патогенезе шумовой тугоухости, клиника шумовой тугоухости.
73. Баротравма мирного и военного времени, клиника, оказание первой помощи.
74. Аллергия в патологии уха.
75. Фурункул носа, клиника, лечение, осложнения, профилактика.
76. 79. Острый ринит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Возможные исходы. Дифференциальная диагностика ринита при гриппе, гонорее, дифтерии.
77. Хронические риниты. Классификация, лечение. Роль профессиональных факторов в развитии острых и хронических ринитов. Озена. Роль социальных факторов в ее происхождении. Профотбор и трудоустройство больных озеной.
78. Вазомоторный риносинусит. Классификация. Лечение.
79. Острое воспаление верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Аэросинусит.
80. Острый гнойный фронтит. Сфеноидит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Осложнения.
81. Хроническое воспаление придаточных пазух носа. Патогенез, клиника, лечение, диагностика, профилактика. Осложнения.
82. Инфекционно-аллергический риносинусит, клиника, диагностика, лечение.
83. Тромбоз пещеристого синуса риногенной этиологии. Клиника, диагностика, лечение.
84. Носовые кровотечения. Патогенез, лечение, профилактические мероприятия при повторяющихся носовых кровотечениях.
85. Травмы носа. Гематома и абсцесс носовой перегородки. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
86. Злокачественные новообразования носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Особенности ранней диагностики.
87. Профессиональные заболевания носа. Противопоказания для работы в цехах с повышенной влажностью, запыленностью, загазованностью и неблагоприятными температурными режимами.
88. Классификация ангин. Первичные и вторичные ангины. Осложнения простых ангин, местные и общие. Профилактика ангин на промышленных предприятиях и школах-интернатах.
89. Ангина язычной миндалины. Воспаление боковых валиков, клиника, лечение, профилактика.
90. Аденоидные вегетации. Аденоидиты. Влияние отсутствия носового дыхания на деятельность отдельных органов и систем. Гипертрофия небных миндалин в детском возрасте. Клиника. Диагностика. Лечение.

91. Дифтерия глотки. Поражение глотки при скарлатине и кори. Ложный круп. Дифдиагностика, лечение.
92. Хронический тонзиллит. Классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика. Лечение хронических тонзиллитов как профилактика общих и местных осложнений.
93. Острые и хронические фарингиты. Фарингомикоз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
94. Новообразования глотки. Классификация. Диагностика. Лечение. Юношеская ангиофиброма.
95. Острые и хронические ларингиты. Роль бытовых, метеорологических и профессиональных факторов в этиологии этих заболеваний.
96. Гортанная ангина. Патогенез, клиника, лечение, профилактика.
97. Острые стенозирующие ларинготрахеобронхиты. Понятие об истинном и ложном крупе.
98. Острые стенозы гортани. Причины, клиника, стадии стеноза. Скорая и неотложная помощь при них.
99. Хронические стенозы гортани, причины, клиника, лечение, профилактика.
100. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов. Клиника, методы исследования, диагностика, профилактика.
101. Инородные тела пищевода, клиника, диагностика, лечение, профилактика, осложнения.
102. Клиническая классификация злокачественных новообразований верхних дыхательных путей. Принципы диагностики злокачественных новообразований гортани в начальных стадиях.
103. Доброкачественные новообразования гортани. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
104. Злокачественные новообразования гортани, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
105. Трахеотомия. Показания. Виды трахеостомий. Этапы проведения операции. Возможные осложнения.
106. Травмы гортани, их диагностика, лечение, осложнения. Первая лечебная помощь при огнестрельных ранениях гортани.
107. Клиника, лечение ожогов и инородных тел пищевода.
108. Дифференциальная диагностика туберкулеза, сифилиса и рака гортани.
109. Склерома дыхательных путей, патогенез, клиника, лечение.

#### Тестовые задания

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф		
В	001	УЛИТКОВЫЙ ХОД НА ПОПЕРЕЧНОМ РАЗРЕЗЕ ИМЕЕТ ФОРМУ
О	А	Треугольную
О	Б	Овальную
О	В	Округлую
О	Г	Ромбовидную
В	002	УЛИТКА ДЕЛАЕТ СПИРАЛЕОБРАЗНЫЕ ЗАВИТКИ ВОКРУГ:
О	А	Стержня
О	Б	Преддверия лабиринта

О	В	Спиральной пластинки
О	Г	Базиллярной мембраны
В	003	ИССЛЕДОВАНИЕ ЗВУЧАНИЯ КАМЕРТОНА С-128 С СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ПРИ ОТКРЫТОМ И ЗАКРЫТОМ НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЫТОМ:
О	А	Бинга
О	Б	Швабаха
О	В	Ринне
О	Г	Желле
В	004	ВЕРХНИЙ ЭТАЖ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Эпитимпанум
О	Б	Мезотимпанум
О	В	Гипотимпанум
О	Г	Антрум
В	005	ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ СЛОЙ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Наружным
О	Б	Средним
О	В	Внутренним
О	Г	Краевым
В	006	ПЕРЕДНЯЯ СТЕНКА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ГРАНИЧИТ:
О	А	С суставной сумкой височно-нижнечелюстного сустава
О	Б	С околоушной железой
О	В	С передней стенкой сосцевидного отростка
О	Г	С дном средней черепной ямки
В	007	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА:
О	А	Выраженное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости, разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости (более 20-25 дБ)
О	Б	Разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости отсутствует или не превышает 15 дБ
О	В	Выраженное повышение порогов слышимости по костной проводимости
О	Г	Выраженное понижение порогов слышимости по воздушной проводимости
В	008	СИЛА ШЕПОТНОЙ РЕЧИ В ДБ РАВНЯЕТСЯ:
О	А	10-15 дБ
О	Б	40-45 дБ
О	В	25-30 дБ
О	Г	45-50 дБ
В	009	НИЖНИЙ ЭТАЖ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Гипотимпанум
О	Б	Мезотимпанум
О	В	Эпитимпанум
О	Г	Субтимпанум
В	010	ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ ЗВУКА В КАМЕРТОНАЛЬНОМ ОПЫТЕ ВЕБЕРА БУДЕТ:



О	А	В большую сторону
О	Б	В здоровую сторону
О	В	Латерализации не будет
О	Г	Кпереди
В	011	СРЕДНИЙ ЭТАЖ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Мезотимпанум
О	Б	Эпитимпанум
О	В	Гипотимпанум
О	Г	Антрум
В	012	ПОСРЕДСТВОМ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ БАРАБАННАЯ ПОЛОСТЬ СООБЩАЕТСЯ С:
О	А	Носоглоткой
О	Б	Преддверием лабиринта
О	В	Сосцевидным отростком
О	Г	Улиткой
В	013	БАРАБАННАЯ ПЕРЕПОНКА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ ФОРМУ:
О	А	Округлую
О	Б	Овальную
О	В	Почкообразную
О	Г	Ромбовидную
В	014	ПРИ ПЕРЕДАЧЕ ЗВУКОВЫХ КОЛЕБАНИЙ С БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ НА ПОДНОЖНУЮ ПЛАСТИНУ СТРЕМЕНИ СИЛА ЗВУКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В ДБ НА:
О	А	25
О	Б	40
О	В	60
О	Г	20
В	015	НАРУЖНАЯ СТЕНКА БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ОБРАЗОВАНА:
О	А	Барабанной перепонкой и костной частью слухового прохода
О	Б	Устьем слуховой трубы и сухожилием m. tensor tympani
О	В	Мысом, окном преддверия, окном улитки, лицевым нервом и горизонтальным полукружным каналом
О	Г	Входом в пещеру сосцевидного отростка и нисходящим отрезком лицевого нерва
В	016	ЛЕСТНИЦА ПРЕДДВЕРИЯ СООБЩАЕТСЯ С БАРАБАННОЙ ЛЕСТНИЦЕЙ НА ВЕРХУШКЕ УЛИТКИ ЧЕРЕЗ:
О	А	Внутренний слуховой проход
О	Б	Окно улитки
О	В	Геликотрему
О	Г	Водопровод преддверия
В	017	СЛУХОВОЙ (СПИРАЛЬНЫЙ) ГАНГЛИЙ РАСПОЛОЖЕН:
О	А	На костной спиральной пластинке (lamine spiralis ossea)
О	Б	В канале modiolus
О	В	На дне внутреннего слухового прохода
О	Г	На латеральной стенке ductus cochlearis
В	018	ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ УЛИТКИ ЗАПОЛНЕН:

О	А	Эндолимфой
О	Б	Перилимфой
О	В	Соединительной тканью
О	Г	Кортиелимфой
В	019	КОЖА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СОДЕРЖИТ ВОЛОСЫ, САЛЬНЫЕ И СЕРНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В СЛЕДУЮЩЕМ ОТДЕЛЕ:
О	А	В перепончато-хрящевом
О	Б	В костном
О	В	В костном и перепончато-хрящевом
О	Г	Вблизи барабанной перепонки
В	020	К СРЕДНЕМУ УХУ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВОЗДУХОНОСНЫЕ ПОЛОСТИ:
О	А	Барабанная полость, клетки сосцевидного отростка, евстахиева труба.
О	Б	Барабанная полость, antrum, attic
О	В	Epitympanum, mesotympanum, hypotympanum
О	Г	Барабанная полость
В	021	НАД ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ РАСПОЛОЖЕНО СЛЕДУЮЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ:
О	А	Канал лицевого нерва
О	Б	Промонториум
О	В	Ампула горизонтального полукружного канала
О	Г	m. Stapedius
В	022	ИНФЕКЦИЯ ИЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ЧЕРЕЗ САНТОРИНИЕВЫ ЩЕЛИ МОЖЕТ ПРОНИКНУТЬ:
О	А	В область околоушной железы
О	Б	В сосцевидный отросток
О	В	В подчелюстные лимфоузлы
О	Г	В фаллопиев канал
В	023	БАРАБАННУЮ ПОЛОСТЬ СНАБЖАЮТ КРОВЬЮ ВЕТВИ СЛЕДУЮЩИХ ОСНОВНЫХ АРТЕРИЙ:
О	А	Наружной сонной артерии и частично внутренней
О	Б	Позвоночной артерии и частично наружной
О	В	Наружной сонной артерии, позвоночной и частично внутренней
О	Г	Внутренней сонной артерии
В	024	СОДЕРЖИМОЕ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ СОСТАВЛЯЮТ:
О	А	Слуховые косточки, связки, мышцы, нервы
О	Б	Слуховые косточки, полукружные каналы
О	В	Слуховые косточки, слизистая оболочка
О	Г	Слуховые косточки, соединительная ткань
В	025	ПЕРЕПОНЧАТАЯ УЛИТКА ОБРАЗОВАНА:
О	А	Рейснеровой мембраной, спиральной связкой, основной мембраной
О	Б	Рейснеровой и покровной мембранами
О	В	Рейснеровой и основной мембранами
О	Г	Основной мембраной, спиральной пластинкой, наружной костной стенкой
В	026	В ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

		УЧАСТВУЮТ ВЕТОЧКИ СЛЕДУЮЩИХ НЕРВОВ:
О	А	Блуждающего нерва, тройничного нерва
О	Б	Лицевого нерва, языкоглоточного нерва
О	В	Барабанной струны, лицевого нерва
О	Г	Тройничного нерва, языкоглоточного нерва
В	027	НИСТАГМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ИЛИ ИЗМЕНЯЮЩИЙСЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННОМ ПОЛОЖЕНИИ ГОЛОВЫ, НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Позиционным
О	Б	Установочным
О	В	Оптокинетическим
О	Г	Калорическим
В	028	ТОШНОТА, РВОТА, ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ, ПОВЫШЕННАЯ САЛИВАЦИЯ ЭТО:
О	А	Проявление вестибуло-вегетативной реакции
О	Б	Проявление вестибуло-сенсорной реакции
О	В	Проявление вестибуло-соматической реакции
О	Г	Признаки повышения внутричерепного давления
В	029	В САККУЛЮСЕ И УТРИКУЛЮСЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ:
О	А	Отолитовый аппарат
О	Б	Кортиев орган
О	В	Купулярный аппарат
О	Г	Сосудистая полоска
В	030	ПРИ КРАЙНЕМ ОТВЕДЕНИИ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК ВОЗНИКАЕТ НИСТАГМ, КОТОРЫЙ НАЗЫВАЮТ:
О	А	Установочным
О	Б	Позиционным
О	В	Оптокинетическим
О	Г	Поствращательным
В	031	КАЛОРИЧЕСКАЯ ПРОБА ЭТО:
О	А	Метод исследования купулярного аппарата
О	Б	Метод исследования отолитового аппарата
О	В	Метод исследования целостности барабанной перепонки
О	Г	Метод исследования функции кохлеарного нерва
В	032	ПОД ВЛИЯНИЕМ СИЛЫ ГРАВИТАЦИИ ПРОИСХОДИТ:
О	А	Раздражение отолитового аппарата
О	Б	Раздражение купулярного аппарата горизонтального полукружного канала
О	В	Раздражение купулярного аппарата сагиттального полукружного канала
О	Г	Раздражение купулярного и отолитового аппаратов
В	033	РЕАКЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ БОЛЬНОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛАБИРИНТА, НАХОДЯЩИЙСЯ В ПОЗЕ РОМБЕРГА, ОТКЛОНЯЕТСЯ В СТОРОНУ МЕДЛЕННОГО КОМПОНЕНТА НИСТАГМА, ПО КЛАССИФИКАЦИИ В.И. ВОЯЧЕКА НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Гармоничной
О	Б	Дисгармоничной
О	В	Атипичной
О	Г	Типичной

В	034	ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ФИСТУЛА КОСТНОЙ СТЕНКИ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА, ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ ВЫЗОВЕТ НИСТАГМ, КОТОРЫЙ НАЗЫВАЮТ:
О	А	Прессорный
О	Б	Калорический
О	В	Спонтанный
О	Г	Установочный
В	035	ЖИДКОСТЬ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Эндолимфа
О	Б	Перилимфа
О	В	Ликвор
О	Г	Плазма
В	036	ЖИДКОСТЬ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ КОСТНЫЙ ЛАБИРИНТ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Перилимфа
О	Б	Ликвор
О	В	Транссудат
О	Г	Эндолимфа
В	037	ВЕСТИБУЛОСЕНСОРНЫЕ РЕАКЦИИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМАХ:
О	А	Головокружение
О	Б	Тошнота, рвота, изменение гемодинамики
О	В	Нарушение мышечного тонуса
О	Г	Зрительные нарушения
В	038	ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ ГАНГЛИЙ РАСПОЛОЖЕН:
О	А	Во внутреннем слуховом проходе
О	Б	В сферическом и эллиптическом мешочках
О	В	На площадке пирамиды височной кости
О	Г	В области спиральной костной пластинки
В	039	ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛАБИРИНТА БОЛЬНОЙ В ПОЗЕ РОМБЕРГА ПРИ ПОВОРОТЕ ГОЛОВЫ В СТОРОНУ:
О	А	Отклоняется в сторону медленного компонента нистагма
О	Б	Отклоняется в сторону быстрого компонента нистагма
О	В	Отклонение не зависит от направления нистагма
О	Г	Отклонение не зависит от поворота головы
В	040	НАПРАВЛЕНИЕ НИСТАГМА ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ЛАТЕРАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА:
О	А	Горизонтальный
О	Б	Ротаторный
О	В	Вертикальный
О	Г	Диагональный
В	041	НИСТАГМ 1-ОЙ СТЕПЕНИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	При взгляде в сторону быстрого компонента
О	Б	При взгляде прямо
О	В	При взгляде в сторону медленного компонента
О	Г	При взгляде в стороны и прямо

В	042	НИСТАГМ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФИКСАЦИИ ВЗГЛЯДА:
О	А	В сторону медленного компонента
О	Б	Только в сторону быстрого компонента
О	В	Только при закрытых глазах
О	Г	Только при взгляде прямо
В	043	КУПУЛЯРНЫЙ АППАРАТ РАСПОЛОЖЕН НА СЛЕДУЮЩЕМ ОБРАЗОВАНИИ:
О	А	На cristae ampularis
О	Б	На костной спиральной пластинке
О	В	На стенке полукружного канала
О	Г	На maculae saculae, maculae utriculae
В	044	НИЖНЯЯ НОСОВАЯ РАКОВИНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
О	А	Самостоятельную кость
О	Б	Отросток нёбной кости
О	В	Отросток решётчатой кости
О	Г	Отросток верхней челюсти
В	045	ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПОЛОСТИ НОСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:
О	А	1-ой и 2-ой ветвями тройничного нерва
О	Б	Отдельными веточками обонятельного нерва
О	В	3-ей ветвью тройничного нерва
О	Г	Ветвями лицевого нерва
В	046	САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ КОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ НОСОВАЯ РАКОВИНА:
О	А	Нижняя
О	Б	Верхняя
О	В	Средняя
О	Г	Верхняя и средняя
В	047	НА ВЕРХНЕЙ СТЕНКЕ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ РАСПОЛОЖЕНЫ:
О	А	Гипофиз
О	Б	Пещеристая венозная пазуха
О	В	Chiasma opticum
О	Г	Внутренняя сонная артерия
В	048	САМАЯ ТОЛСТАЯ СТЕНКА ЛОБНОЙ ПАЗУХИ СЛЕДУЮЩАЯ:
О	А	Передняя
О	Б	Нижняя
О	В	Задняя
О	Г	Медиальная
В	049	КИССЕЛЬБАХОВО СПЛЕТЕНИЕ РАСПОЛОЖЕНО:
О	А	В передне-нижнем отделе носовой перегородки
О	Б	В задне-нижнем отделе носовой перегородки
О	В	В передне-верхнем отделе носовой перегородки
О	Г	В среднем отделе носовой перегородки
В	050	АНОСМИЯ ЭТО:
О	А	Отсутствие обоняния
О	Б	Повышенная чувствительность обонятельного анализатора

О	В	Пониженная чувствительность обонятельного анализатора
О	Г	Извращенная чувствительность обонятельного анализатора
В	051	В СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	Канал, идущий из лобной пазухи, гайморова пазуха, передние и средние клетки решётчатого лабиринта
О	Б	Гайморова пазуха, задние клетки решётчатого лабиринта
О	В	Канал, идущий из лобной пазухи, передние, средние и задние клетки решётчатого лабиринта
О	Г	Носослезный канал
В	052	СТРУЯ ВДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ СПОКОЙНОМ ДЫХАНИИ В ПОЛОСТИ НОСА ПРОХОДИТ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЁМ:
О	А	Дугообразно, преимущественно через средний и верхний носовой ходы.
О	Б	По прямой, преимущественно через нижний носовой ход
О	В	По прямой, преимущественно через общий носовой ход
О	Г	Дугообразно, через верхний носовой ход
В	053	У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСЕГДА СФОРМИРОВАНА ПАЗУХА:
О	А	Решётчатый лабиринт
О	Б	Лобная
О	В	Клиновидная
О	Г	Верхнечелюстная
В	054	В ВЕРХНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	Отверстия клиновидной пазухи и задних клеток решётчатого лабиринта
О	Б	Отверстия клиновидной пазухи и всех клеток решётчатого лабиринта
О	В	Отверстия лобной пазухи и задних клеток решётчатого лабиринта
О	Г	Отверстия клиновидной, лобной пазух и задних клеток решётчатого лабиринта
В	055	ОБЩИЙ НОСОВОЙ ХОД ЭТО:
О	А	Пространство между медиальной поверхностью носовых раковин и носовой перегородкой
О	Б	Пространство между средней, верхней носовыми раковинами и медиальной стенкой полости носа
О	В	Пространство между нижней, средней носовыми раковинами и латеральной стенкой полости носа
О	Г	Пространство между верхней носовой раковиной и верхней стенкой носа
В	056	НОСОВЫЕ РАКОВИНЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ НА:
О	А	Наружной стенке полости носа
О	Б	Нижней стенке полости носа
О	В	Верхней стенке полости носа
О	Г	Внутренней стенке полости носа
В	057	СРЕДНЯЯ И ВЕРХНЯЯ НОСОВЫЕ РАКОВИНЫ АНАТОМИЧЕСКИ ЯВЛЯЮТСЯ ОТРОСТКАМИ:
О	А	Решётчатой кости
О	Б	Лобной и решётчатой костей
О	В	Клиновидной кости
О	Г	Нёбной кости

В	058	ВЫВОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ СООБЩАЕТСЯ С:
О	А	Верхним носовым ходом
О	Б	Носоглоткой
О	В	Средним носовым ходом
О	Г	Общим носовым ходом
В	059	ОТ ГЛАЗНИЦЫ РЕШЁТЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ ОТДЕЛЯЕТСЯ:
О	А	Бумажной пластинкой
О	Б	Глазничной пластинкой
О	В	Нижней стенкой глазницы
О	Г	Верхней стенкой полости носа
В	060	ВОЛОСКИ ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ НОСА МЕРЦАЮТ В СТОРОНУ:
О	А	Кзади
О	Б	Кпереди
О	В	Придаточных пазух носа
О	Г	Хаотично
В	061	ОСНОВНАЯ ПАЗУХА РАСПОЛОЖЕНА В:
О	А	Теле клиновидной кости
О	Б	Решётчатой кости
О	В	Пирамиде височной кости
О	Г	Сосцевидном отростке
В	062	НОСОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНА:
О	А	Четырёхугольным хрящом
О	Б	Перпендикулярной пластинкой решётчатой кости
О	В	Сошником
О	Г	Носовым гребнем нёбного отростка верхней челюсти
В	063	ВЕРХНИЙ НОСОВОЙ ХОД ЭТО:
О	А	Пространство между верхней носовой раковиной и средней носовой раковиной.
О	Б	Пространство между верхней носовой раковиной и перегородкой носа.
О	В	Пространство между верхней носовой раковиной, перегородкой носа и средней носовой раковиной
О	Г	Пространство между верхней носовой раковиной и сводом носа
В	064	ЛОБНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С:
О	А	Средним носовым ходом
О	Б	Верхним носовым ходом
О	В	Общим носовым ходом
О	Г	Нижним носовым ходом
В	065	В СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	Передние, средние клетки решётчатого лабиринта, лобная, верхнечелюстная пазухи
О	Б	Лобная пазуха, передние, средние, задние клетки решётчатого лабиринта
О	В	Лобная пазуха, передние, средние, задние клетки решётчатого лабиринта, верхнечелюстная пазуха
О	Г	Лобная и клиновидная пазухи, задние клетки решётчатого лабиринта
В	066	ВЕРХНЯЯ СТЕНКА ПОЛОСТИ НОСА В ОСНОВНОМ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩЕЙ

		КОСТИ:
О	А	Ситовидная пластинка решётчатой кости
О	Б	Основная кость
О	В	Лобный отросток верхней челюсти
О	Г	Носовая кость
В	067	ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ НИТИ В ПЕРЕДНЮЮ ЧЕРЕПНУЮ ЯМКУ ПРОХОДЯТ ЧЕРЕЗ:
О	А	Отверстия в lamina cribrosa
О	Б	Верхний носовой ход
О	В	Верхнюю носовую раковину
О	Г	Основную кость
В	068	FOSSA CANINA ЭТО:
О	А	Истончённая площадка на лицевой стенке верхнечелюстной пазухи
О	Б	Место вскрытия лобной пазухи (фронтотомии)
О	В	Место пункции верхнечелюстной пазухи
О	Г	Точка выхода первой ветви n. Trigemini
В	069	НАИБОЛЕЕ ТОНКАЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ:
О	А	Верхняя
О	Б	Передняя
О	В	Медиальная
О	Г	Задняя
В	070	СРЕДИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА НАИБОЛЕЕ ВАРИАБЕЛЬНАЯ В СТРОЕНИИ ПАЗУХА:
О	А	Лобная
О	Б	Верхнечелюстная
О	В	Основная
О	Г	Передние клетки решётчатого лабиринта
В	071	ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ВДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ЧЕРЕЗ ПОЛОСТЬ НОСА ПРОИСХОДИТ:
О	А	Очищение, согревание, обеззараживание, увлажнение
О	Б	Согревание, увлажнение, обеззараживание
О	В	Очищение, увлажнение, обеззараживание
О	Г	Очищение, согревание
В	072	ОТ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ПОЛОСТЬ НОСА ОТДЕЛЯЕТСЯ:
О	А	Ситовидной пластинкой
О	Б	Верхней носовой раковиной
О	В	Основной костью
О	Г	Носовой костью
В	073	МЕТОД ПРОСВЕЧИВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА С ПОМОЩЬЮ НИЗКОВОЛЬТОВОЙ ЭЛЕКТРОЛАМПЫ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Диафаноскопия
О	Б	Ринопневмометрия
О	В	Ольфактометрия
О	Г	Рентгенография
В	074	ВЕРХНЯЯ СТЕНКА КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ГРАНИЧИТ СО СЛЕДУЮЩИМИ



		ЧЕРЕПНЫМИ ЯМКАМИ:
<input type="radio"/>	А	Средней
<input type="radio"/>	Б	Средней и задней
<input type="radio"/>	В	Передней и средней
<input type="radio"/>	Г	Задней
<input type="radio"/>	075	ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ ЭПИТЕЛИЙ ВЫСТИЛАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ ПОЛОСТИ НОСА:
<input type="radio"/>	А	Верхнюю треть полости носа
<input type="radio"/>	Б	Нижнюю треть полости носа
<input type="radio"/>	В	Две верхние трети полости носа
<input type="radio"/>	Г	Две нижние трети полости носа
<input type="radio"/>	076	ПОГРАНИЧНЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ:
<input type="radio"/>	А	Носоглотка, передняя и средняя черепные ямки, сосудисто-нервный пучок
<input type="radio"/>	Б	Глазница, передняя черепная ямка, полость носа, носоглотка
<input type="radio"/>	В	Глазница, передняя черепная ямка, полость носа
<input type="radio"/>	Г	Глазница, подвисочная и крылонёбная ямки, полость носа и рта
<input type="radio"/>	077	ПАРЕНХИМОЙ НЁБНЫХ МИНДАЛИН ЯВЛЯЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Лимфаденоидная ткань
<input type="radio"/>	Б	Ретикулярная ткань
<input type="radio"/>	В	Крипты
<input type="radio"/>	Г	Трабекулы
<input type="radio"/>	078	ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИИ НЁБНЫХ МИНДАЛИН СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ СИТУАЦИЯ:
<input type="radio"/>	А	Нёбные миндалины занимают 2/3 расстояние между последним зубом (№ 8) и uvulae
<input type="radio"/>	Б	Нёбные миндалины соприкасаются друг с другом по средней линии.
<input type="radio"/>	В	Нёбные миндалины занимают 1/3 расстояния между последним зубом (№ 8) и uvulae
<input type="radio"/>	Г	Нёбные миндалины не выступают за передние нёбные дужки
<input type="radio"/>	079	ГРУШЕВИДНЫЕ СИНУСЫ РАСПОЛОЖЕНЫ:
<input type="radio"/>	А	В заднелатеральных отделах входа в гортань
<input type="radio"/>	Б	В заднелатеральных отделах входа в пищевод
<input type="radio"/>	В	В переднелатеральных отделах входа в гортань
<input type="radio"/>	Г	Между корнем языка и надгортанником в боковых отделах
<input type="radio"/>	080	ЩЕЛИ, ПРОНИЗЫВАЮЩИЕ ТКАНЬ НЁБНОЙ МИНДАЛИНЫ, НАЗЫВАЮТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Крипты
<input type="radio"/>	Б	Фолликулы
<input type="radio"/>	В	Псевдокапсула
<input type="radio"/>	Г	Трабекулы
<input type="radio"/>	081	ГИПЕРТРОФИЯ НЁБНЫХ МИНДАЛИН ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ВОЗРАСТЕ:
<input type="radio"/>	А	3-7 лет
<input type="radio"/>	Б	8-12 лет
<input type="radio"/>	В	14-16 лет
<input type="radio"/>	Г	У взрослого контингента больных

В	082	ДВИГАТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ МЫШЦ МЯГКОГО НЁБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:
О	А	Языкоглоточный нерв
О	Б	Лицевой нерв
О	В	Тройничный нерв
О	Г	Блуждающий нерв
В	083	ЗАДНЮЮ НЁБНУЮ ДУЖКУ ОБРАЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ:
О	А	Нёбно-глоточная
О	Б	Шило-глоточная
О	В	Верхний сжиматель глотки
О	Г	Нёбно-язычная
В	084	В ГЛОТКЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО МИНДАЛИН:
О	А	Шесть
О	Б	Четыре
О	В	Семь
О	Г	Пять
В	085	ГЛОТОЧНЫЕ УСТЬЯ СЛУХОВЫХ ТРУБ ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	На боковой стенке носоглотки
О	Б	На боковой стенке ротоглотки
О	В	На верхней стенке носоглотки
О	Г	На задней стенке носоглотки
В	086	НОСОГЛОТКА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ПОСРЕДСТВОМ:
О	А	Хоан
О	Б	Общего носового хода
О	В	Сошника
О	Г	Слуховых труб
В	087	ГЛОТКА РАСПОЛОЖЕНА НА УРОВНЕ СЛЕДУЮЩИХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ:
О	А	1-6
О	Б	4-6
О	В	3-4
О	Г	2-6
В	088	У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАГЛОТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ИМЕЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ:
О	А	Лимфоидной ткани
О	Б	Соединительной ткани
О	В	Сосудистой ткани
О	Г	Жировой ткани
В	089	В РОТОГЛОТКЕ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ НЁБНЫЕ ДУЖКИ:
О	А	Нёбные передние, задние
О	Б	Нёбные передние, боковые, задние
О	В	Нёбные передние, боковые
О	Г	Нёбные боковые, задние
В	090	РОТОГЛОТКА РАСПОЛОЖЕНА НА УРОВНЕ:
О	А	2-3-й шейные позвонки
О	Б	4-й шейный позвонок

О	В	4, 5, 6 шейные позвонки
О	Г	1-2-й шейные позвонки
В	091	ГРАНИЦЫ МЕЖДУ ВЕРХНИМ И СРЕДНИМ ЭТАЖАМИ ГЛОТКИ:
О	А	Условная линия, которая является продолжением твердого неба
О	Б	Условная горизонтальная плоскость на уровне 7-го шейного позвонка
О	В	Условная горизонтальная плоскость на уровне 3-го шейного позвонка
О	Г	Условная линия, которая является продолжением корня языка
В	092	МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩИЕ ГЛОТКУ:
О	А	Шило-глоточная, нёбно-глоточная, трубно-глоточная
О	Б	Верхний констриктор глотки, нёбно-глоточная
О	В	Нижний констриктор глотки, шило-глоточная, трубно-глоточная
О	Г	Верхний констриктор глотки, нижний констриктор глотки
В	093	РАССТОЯНИЕ ОТ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДО НИЖНЕГО ПОЛЮСА НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ (ПО БУЛАТНИКОВУ Ф.И.):
О	А	2,3-3,9 см
О	Б	4,1 см
О	В	1 см
О	Г	5 мм
В	094	РАССТОЯНИЕ ОТ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДО НИЖНЕГО ПОЛЮСА НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ:
О	А	1,1-1,7 см
О	Б	2,8 см
О	В	5 мм
О	Г	4 см
В	095	ОСМОТР НОСОГЛОТКИ ПРОВОДИТСЯ:
О	А	Шпателем, носоглоточным зеркалом
О	Б	Шпателем, гортанным зеркалом
О	В	Шпателем, носовым зеркалом
О	Г	Шпателем
В	096	ПРОДОЛЖЕНИЕМ ЗАГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Заднее средостение
О	Б	Переднее средостение
О	В	Паравerteбральное пространство
О	Г	Парафарингеальное пространство
В	097	ВБЛИЗИ НИЖНЕГО ПОЛЮСА НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ РАСПОЛОЖЕНА:
О	А	Внутренняя сонная артерия
О	Б	Наружная сонная артерия
О	В	Щитовидная артерия
О	Г	Общая сонная артерия
В	098	ГЛОТКА НАЧИНАЕТСЯ ОТ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ДОХОДИТ ДО УРОВНЯ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ:
О	А	5-6
О	Б	4-5
О	В	3-4

О	Г	6-7
В	099	ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ:
О	А	От 2-х до 4-х лет
О	Б	До 2-х лет
О	В	От 10-ти до 12-ти лет
О	Г	От 5-ти до 10-ти лет
В	100	НЁБНАЯ МИНДАЛИНА ЛАТЕРАЛЬНО ПОКРЫТА:
О	А	Псевдокапсулой
О	Б	Капсулой
О	В	Мышцами
О	Г	Многослойным неороговевающим эпителием
В	101	ЗЕВНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ НЁБНОЙ МИНДАЛИНЫ ПОКРЫТА:
О	А	Многослойным плоским неороговевающим эпителием
О	Б	Многорядным мерцательным эпителием
О	В	Капсулой
О	Г	Псевдокапсулой
В	102	ГЛОТОЧНАЯ МИНДАЛИНА РАСПОЛАГАЕТСЯ В:
О	А	Носоглотке
О	Б	Ротоглотке
О	В	Гортаноглотке
О	Г	Области корня языка
В	103	ПРИ ОБИЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РАСПАДАЮЩЕЙСЯ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ СЛЕДУЕТ ПЕРЕВЯЗАТЬ:
О	А	Наружную сонную артерию
О	Б	Внутреннюю сонную артерию
О	В	Общую сонную артерию
О	Г	Щитовидную артерию
В	104	МЫШЦА, РАСШИРЯЮЩАЯ ГОЛОСОВУЮ ЩЕЛЬ:
О	А	Задняя перстнечерпаловидная
О	Б	Черпаловидная косая
О	В	Черпаловидная поперечная
О	Г	Перстнещитовидная передняя
В	105	ОСНОВУ ГОРТАНИ СОСТАВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ХРЯЩ:
О	А	Перстневидный
О	Б	Надгортанник
О	В	Черпаловидный
О	Г	Щитовидный
В	106	НЕРВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ В ОСНОВНОМ ДВИГАТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ГОРТАНИ:
О	А	Нижнегортанный нерв
О	Б	Верхнегортанный
О	В	Лицевой
О	Г	Языкоглоточный

В	107	ЩЕЛЬ МЕЖДУ ЩИТОВИДНЫМ И ПЕРСТНЕВИДНЫМ ХРЯЦАМИ ЗАКРЫТА СЛЕДУЮЩЕЙ СВЯЗКОЙ:
О	А	Конической
О	Б	Щитоподъязычной мембраной
О	В	Щитонадгортанной связкой
О	Г	Подъязычно-надгортанной
В	108	ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ГОРТАНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ НЕРВОМ:
О	А	Верхнегортанным
О	Б	Языкоглоточным
О	В	Нижнегортанным
О	Г	Тройничным
В	109	ВСЕ ВНУТРЕННИЕ МЫШЦЫ ГОРТАНИ СНАБЖАЕТ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ ВОЛОКНАМИ СЛЕДУЮЩИЙ НЕРВ:
О	А	Блуждающий
О	Б	Языкоглоточный
О	В	Лицевой
О	Г	Тройничный
В	110	ГИАЛИНОВЫЕ ХРЯЦИ ГОРТАНИ:
О	А	Щитовидный, перстневидный, черпаловидный
О	Б	Рожковидный, клиновидный, надгортанный
О	В	Щитовидный, перстневидный, клиновидный
О	Г	Рожковидный, черпаловидный, надгортанный
В	111	НАПРЯЖЕНИЕ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СОКРАЩЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ МЫШЦ:
О	А	Передняя перстне-щитовидная, внутренняя щиточерпаловидная
О	Б	Боковая перстне-черпаловидная, задняя перстне-черпаловидная
О	В	Передняя перстне-щитовидная, внутренняя щиточерпаловидная, косая черпаловидная
О	Г	Передняя перстне-щитовидная, боковая перстне-черпаловидная, задняя перстне-черпаловидная
В	112	ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Гортань
О	Б	Глотка
О	В	Бронхи
О	Г	Носовая полость
В	113	РАСПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК ПРИ ВДОХЕ:
О	А	Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с острым углом)
О	Б	Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с прямым углом)
О	В	Сомкнутое (голосовая щель отсутствует)
О	Г	Не изменяется по сравнению с вдохом
В	114	ВЕРХНИЙ ЭТАЖ ГОРТАНИ СООТВЕТСТВУЕТ:
О	А	Вестибулярному отделу
О	Б	Гортаноглотке
О	В	Уровню голосовой щели

О	Г	Подсвязочному пространству
В	115	ПАРАЦЕНТЕЗ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ПРОИЗВОДЯТ В СЛЕДУЮЩИХ КВАДРАНТАХ:
О	А	Задне-нижнем
О	Б	Задне-верхнем
О	В	Передне-нижнем
О	Г	Передне-верхнем
В	116	ПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ РАСПОЛОЖЕНА В СЛЕДУЮЩЕЙ ЧАСТИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ:
О	А	Натянутой
О	Б	Ненатянутой
О	В	И натянутой, и ненатянутой
О	Г	Перфорации не будет
В	117	ВУЛЬШТЕЙН ВЫДЕЛИЛ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ:
О	А	Пять
О	Б	Семь
О	В	Шесть
О	Г	Три
В	118	ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАСТОИДИТЕ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Антромастоидтомия
О	Б	Мирингопластика
О	В	Радикальная общеполостная операция
О	Г	Тимпанотомия
В	119	СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА СОСТАВЛЯЕТ:
О	А	2-3 недели
О	Б	10 дней
О	В	1 месяц
О	Г	3 месяц
В	120	ПРИ РАЗРУШЕНИИ ГНОЙНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ КРЫШИ АНТРУМА И АТТИКА ОТОГЕННОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:
О	А	В области средней черепной ямки
О	Б	В области задней черепной ямки
О	В	В области передней черепной ямки
О	Г	В областисредней и задней черепных ямок
В	121	ПРИ РАЗРУШЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ОТОГЕННОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ОБЛАСТИ:
О	А	Задней черепной ямки
О	Б	Средней черепной ямки
О	В	Внутреннего слухового прохода
О	Г	Передней черепной ямки
В	122	К РАЗВИТИЮ ОГРАНИЧЕННОГО ЛАБИРИНТИТА ПРИВОДИТ ХРОНИЧЕСКИЙ ЭПИТИМПАНИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ:
О	А	Кариесом, холестеатомой

О	Б	Карлесом, холестеатомой, менингитом.
О	В	Парезом п. Facialis, карлесом
О	Г	Мастоидитом, холестеатомой, менингитом
В	123	ПРИ ОТОГЕННОМ ЛАБИРИНТИТЕ НАРУШЕНИЕ СЛУХА НОСИТ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ:
О	А	Звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов
О	Б	Звукопроводящего аппарата.
О	В	Звуковоспринимающего аппарата
О	Г	Слух не страдает
В	124	ПРИ МЕНИНГОГЕННОМ, ГЕТЕТОГЕННОМ ЛАБИРИНТИТАХ НАРУШЕНИЕ СЛУХА НОСИТ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ:
О	А	Звуковоспринимающего аппарата
О	Б	Звукопроводящего аппарата
О	В	Звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов
О	Г	Слух не страдает
В	125	ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДИФФУЗНЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:
О	А	С отомикозом, экземой, фурункулом
О	Б	С лабиринтитом, кохлеитом
О	В	С экзостазами наружного слухового прохода
О	Г	С нейросенсорной тугоухостью
В	126	ДЛЯ ОГРАНИЧЕННОГО ЛАБИРИНТИТА ХАРАКТЕРЕН НИСТАГМ:
О	А	Прессорный
О	Б	Спонтанный
О	В	Позиционный
О	Г	Установочный
В	127	ПРИ МАСТОИДИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ТУГОУХОСТЬ:
О	А	Кондуктивного характера
О	Б	Сенсоневрального характера
О	В	Смешанного характера
О	Г	Слух не страдает
В	128	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ЭПИТИМПАНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ:
О	А	Радикальная общеполостная операция
О	Б	Тимпанотомия
О	В	Стапедопластика
О	Г	Дренирование эндолимфатического мешка
В	129	ЗАБОЛЕВАНИЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ГРИБКОВОЙ ФЛОРОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Отмикоз
О	Б	Муковисцедоз
О	В	Хламидиоз
О	Г	Описторхоз
В	130	ПРИ МАСТОИДИТЕ ПРОВОДЯТ ОПЕРАЦИЮ:
О	А	Антромастоидотомию

О	Б	Шунтирование барабанной полости
О	В	Радикальную общеполостную операцию
О	Г	Тимпанотомию
В	131	ПРИ ПЕРИХОНДРИТЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПОРАЖАЕТСЯ:
О	А	Большая часть ушной раковины за исключением мочки
О	Б	Только мочка
О	В	Ушная раковина и сосцевидный отросток
О	Г	Вся ушная раковина
В	132	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО РЕКОНСТРУКЦИИ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Тимпанопластикой
О	Б	Стапедопластикой
О	В	Риносептопластикой
О	Г	Мобилизацией стремени
В	133	ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:
О	А	Гнойные выделения из уха, нарушение функции слуха
О	Б	Прекращение выделений из уха и улучшение слуха
О	В	Боль в ухе, повышение температуры
О	Г	Боль в ухе и улучшение слуха
В	134	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ УША:
О	А	Слизистое или слизисто-гнойное без запаха
О	Б	Сукровичное
О	В	Гнойное, с запахом
О	Г	Творожистое или в виде мокрой промокательной бумаги
В	135	ПРИЧИНОЙ ПЕРИХОНДРИТА УШНОЙ РАКОВИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФЛОРА:
О	А	Синегнойная палочка
О	Б	Гемолитический стрептококк
О	В	Стафилококк
О	Г	Микобактерии
В	136	ФУРУНКУЛ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ФЛОРА:
О	А	Стафилококк
О	Б	Синегнойная палочка
О	В	Грибковая флора
О	Г	Гемолитический стрептококк
В	137	ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕПЕРФОРАТИВНОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА:
О	А	Гиперемия, утолщение или выпячивание барабанной перепонки
О	Б	Рубцевание барабанной перепонки
О	В	Пульсирующий рефлекс
О	Г	Гноетечение



В	138	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ КАПСУЛЫ ЛАБИРИНТА У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
О	А	Превращение компактной кости в спонгиозную, а затем – склерозирование ее с фиксацией стремени
О	Б	Превращение компактной кости в спонгиозную
О	В	Первоначальное склерозирование вокруг овального окна с фиксацией стремени
О	Г	Превращение компактной кости в спонгиозную вокруг овального окна с фиксацией стремени
В	139	ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВРОЖДЕННОЙ ГЛУХОТЫ СЛЕДУЮЩИЕ:
О	А	Интоксикация и травма плода во внутриутробном периоде, кровное родство родителей, врожденный сифилис, алкоголизм родителей, наследственные заболевания
О	Б	Родовая травма уха
О	В	Острый буллезный средний отит новорожденного
О	Г	Острый гнойный средний отит новорожденного
В	140	КОХЛЕАРНЫЙ НЕВРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:
О	А	Сахарный диабет, атеросклероз, гипертоническая болезнь и эпидемический цереброспинальный менингит
О	Б	Порок сердца
О	В	Язвенная болезнь и гастрит
О	Г	Рак желудка, печени и кишечника
В	141	ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СЛУХ НАРУШАЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ ТИПУ:
О	А	По смешанному типу, при котором имеется одновременное поражение звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов
О	Б	По типу поражения одного звукопроводящего аппарата
О	В	По типу поражения одного звуковоспринимающего аппарата
О	Г	Во время приступа слух не нарушается
В	142	ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОТОСКЛЕРОЗА МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:
О	А	Осложнений почти не бывает
О	Б	Перилимфатическая фистула
О	В	Вестибулопатия
О	Г	Парезы и параличи лицевого нерва
В	143	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КОХЛЕАРНОГО НЕВРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ КОМПЛЕКС ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:
О	А	Гипотензивные препараты, витамины группы В, А, Е, С, препараты, улучшающие микроциркуляцию, биостимуляторы и препараты антихолинэстеразного действия
О	Б	Антибиотики широкого спектра действия, ганглиоблокаторы, снотворные, сосудорасширяющие средства и витаминные препараты группы В
О	В	Антибиотикотерапия, антигистаминные препараты, препараты кальция, витамины группы В и средства, тонизирующие нервную систему
О	Г	Антибиотики широкого спектра действия, ганглиоблокаторы, витамины группы В, А, Е, С
В	144	ОТОСКЛЕРОЗ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

О	А	У женщин
О	Б	У мужчин
О	В	У детей
О	Г	В одинаковой степени подвержены оба пола
В	145	ЛИЦА С БОЛЕЗНЮ МЕНЬЕРА НЕ ДОЛЖНЫ ДОПУСКАТЬСЯ:
О	А	К работе, связанной с движущимися механизмами, вождением транспорта. пребыванием на высоте
О	Б	К работе в условиях Крайнего Севера
О	В	К работе, связанной с резкими перепадами температур, сквозняками,
О	Г	К работе, связанной с повышенной влажностью
В	146	ДЛЯ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ:
О	А	Спонтанный нистагм, вынужденное положение больного, бледность кожных покровов, атаксия и рвота
О	Б	Головная боль, шаткость походки
О	В	Атаксия и рвота
О	Г	Потеря сознания с судорогами и непроизвольным мочеиспусканием
В	147	ОТОСКЛЕРОЗ ЧАЩЕ НАЧИНАЕТСЯ:
О	А	В среднем возрасте(30-40)
О	Б	В пожилом возрасте(50-70 лет)
О	В	В молодом возрасте(10-30)
О	Г	В раннем детском возрасте(0-10)
В	148	ЧАЩЕ И БЫСТРЕЕ ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ КОХЛЕАРНОГО НЕВРИТА СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ТРАВМ:
О	А	Акутравма
О	Б	Баротравма
О	В	Вибротравма
О	Г	Сотрясение головного мозга
В	149	ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ:
О	А	Мобилизация стремени, фенестрация подножной пластинки стремени, стапедопластика
О	Б	Антромастоидотомия
О	В	Перерезка барабанной струны, вскрытие эндолимфатического мешка, перерезка вестибулярной порции 8-го нерва
О	Г	Радикальная общеполостная операция
В	150	ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ОТМЕЧАЕТСЯ:
О	А	При адгезивном среднем отите
О	Б	При отосклерозе
О	В	При кохлеарном неврите
О	Г	При болезни Меньера
В	151	ОЧАГИ ОТОСКЛЕРОЗА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО:
О	А	В области овального окна
О	Б	В области круглого окна
О	В	Во внутреннем слуховом проходе
О	Г	На барабанной перепонке

В	152	ПАРАКУЗИС ВЕЛИЗИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:
О	А	Отосклероз
О	Б	Хронический средний отит
О	В	Нейросенсорная тугоухость
О	Г	Болезнь Меньера
В	153	ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ:
О	А	При болезни Меньера
О	Б	При отосклерозе
О	В	При нейросенсорной тугоухости
О	Г	При адгезивном отите
В	154	ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ:
О	А	При болезни Меньера
О	Б	При отосклерозе
О	В	При нейросенсорной тугоухости
О	Г	При адгезивном отите
В	155	ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ:
О	А	При отосклерозе
О	Б	При нейросенсорной тугоухости
О	В	При тубоотите
О	Г	При остром гнойном среднем отите
В	156	ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ В ЗДОРОВОЕ УХО В ОПЫТЕ ВЕБЕРА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:
О	А	Односторонней нейросенсорной тугоухости
О	Б	Отосклерозе
О	В	Адгезивном отите
О	Г	Остром гнойном отите
В	157	НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ СЛУХОВЫХ ТРУБ СПОСОБСТВУЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ:
О	А	Тимпаносклероза
О	Б	Отосклероза
О	В	Нейросенсорной тугоухости
О	Г	Болезни Меньера
В	158	СТАПЕДОПЛАСТИКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ:
О	А	Отосклероз
О	Б	Болезнь Меньера
О	В	Нейросенсорная тугоухость
О	Г	Адгезивный отит
В	159	ПОДВИЖНОСТЬ ЦЕПИ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК СОХРАНЯЕТСЯ:
О	А	При нейросенсорной тугоухости
О	Б	В момент приступа болезни Меньера
О	В	При отосклерозе
О	Г	При тимпаносклерозе
В	160	ПРИ ТИМПАНОСКЛЕРОЗЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:
О	А	В среднем ухе

О	Б	Во внутреннем и среднем ухе
О	В	Во внутреннем ухе
О	Г	В наружном ухе
В	161	РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА БОЛЬШЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ВРЕДНОСТЬ:
О	А	Пыль
О	Б	Сырость
О	В	Сквозняки
О	Г	Влажность
В	162	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОПАТИИ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:
О	А	Наличие эозинофилов (в крови и в носовой слизи)
О	Б	Риноскопическая картина
О	В	Эффективность десенсибилизирующей терапии
О	Г	Рентгенография придаточных пазух носа
В	163	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНИТА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧЕН СЛЕДУЮЩИЙ КОМПЛЕКС ЖАЛОБ:
О	А	Затруднение носового дыхания, насморк, головная боль или тяжесть в области лица, иногда нарушение обоняния и повышение температуры
О	Б	Головная боль, повышение температуры и затруднение носового дыхания
О	В	Затруднение носового дыхания и нарушение обоняния
О	Г	Затруднение носового дыхания и головная боль
В	164	ТАМПОН, ВВОДИМЫЙ В НОСОГЛОТКУ, ПРИ ЗАДНЕЙ ТАМПОНАДЕ НОСА ДОЛЖЕН ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЛИГАТУР:
О	А	Три
О	Б	Одну
О	В	Пять
О	Г	Четыре
В	165	ПРИ ДИФFUЗНЫХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕСТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:
О	А	Передняя и задняя тампонада носа
О	Б	Прижигание слизистой оболочки кристаллическим или 20-50% растворами азотнокислого серебра, жидкостью Гордеева или кислотами (трихлоруксусной или хромовой)
О	В	Прижигание слизистой оболочки электрокаутером
О	Г	Холод на область носа
В	166	ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ОСТРЫХ РИНИТАХ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:
О	А	Сосудосуживающие
О	Б	Антигистаминные
О	В	Антибактериальные
О	Г	Глюкокортикостероидные.
В	167	ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ НОСА ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ:
О	А	Хирургический, лучевой, химиотерапевтический и комбинированный

О	Б	Хирургический, лучевой, химиотерапевтический
О	В	Лучевой, химиотерапевтический, комбинированный
О	Г	Хирургический, комбинированный
В	168	ПАПИЛЛОМА ИМЕЕТ ВИД:
О	А	Цветной капусты
О	Б	Горошины
О	В	Патиссона
О	Г	Малины
В	169	ЗЛОВОННЫЙ НАСМОРК НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Озеной
О	Б	Простым атрофическим ринитом
О	В	Катаральным ринитом
О	Г	Гипертрофическим ринитом
В	170	ОБОНЯНИЕ ПРИ ОЗЕНЕ ИСЧЕЗАЕТ ЗА СЧЁТ:
О	А	Атрофии обонятельного рецептора
О	Б	Нарушения тока воздуха
О	В	Наличия корок
О	Г	Токсического поражения центральной части обонятельного анализатора
В	171	ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПУНКЦИИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ПРИ СИНУИТАХ:
О	А	Диагностическая и лечебная
О	Б	Диагностическая и превентивная
О	В	Лечебная
О	Г	Превентивная
В	172	ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТЕОМЫ НА ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ВЕДУЩЕЙ ЖАЛОБОЙ У БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА:
О	А	На головную боль
О	Б	На нарушение носового дыхания
О	В	На нарушение обоняния
О	Г	На зрительные нарушения
В	173	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ НОСА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:
О	А	В пожилом и среднем возрасте
О	Б	В молодом и среднем возрасте
О	В	В среднем возрасте
О	Г	Частота не зависит от возраста
В	174	ПОЛИНОЗ ЭТО:
О	А	Сезонный аллергический вазомоторный ринит
О	Б	Круглогодичный аллергический вазомоторный ринит
О	В	Нейровегетативная форма вазомоторного ринита
О	Г	Обострение хронического гипертрофического ринита
В	175	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТЕОМЫ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Лобные пазухи
О	Б	Гайморовы пазухи
О	В	Основные пазухи

О	Г	С одинаковой частотой поражаются все пазухи
В	176	ОДНИМ ИЗ РЕШАЮЩИХ МЕТОДОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Биопсия
О	Б	Рентгенологический
О	В	ЯМР
О	Г	КТ
В	177	НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Гайморэктомиодотомия и десенсибилизирующая терапия
О	Б	Гайморэктомиодотомия
О	В	Полипотомиа и десенсибилизирующая терапия
О	Г	Полипотомиа
В	178	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Хирургический
О	Б	Комбинированный (хирургический и лучевой)
О	В	Консервативный
О	Г	Лучевой
В	179	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СРЕДИ ВСЕХ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТ:
О	А	Гайморовы пазухи
О	Б	Клетки решётчатого лабиринта
О	В	Лобные
О	Г	Основные
В	180	ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО РИНИТА:
О	А	7-10 дней
О	Б	3-5 дней
О	В	10-12 дней
О	Г	12-15 дней
В	181	ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНУИТОВ:
О	А	Вскрытие пазухи, удаление патологического содержимого и наложение соустья с полостью носа
О	Б	Вскрытие пазухи с удалением патологического содержимого
О	В	Эндоназальное наложение широкого соустья с поражённой пазухой
О	Г	Катетеризация поражённой пазухи
В	182	ПРИ ОЗЕНЕ АТРОФИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЗАТРАГИВАЕТ:
О	А	Слизистый слой и костные ткани полости носа
О	Б	Слизистые оболочки полости носа, костные структуры полости носа с переходом процесса на костные структуры верхней челюсти, глазницы
О	В	Костные структуры полости носа и основания черепа
О	Г	Слизистые оболочки полости носа
В	183	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Нарушение воздушности пазух и наличие деструкций костной ткани

<input type="radio"/>	Б	Нарушение пневматизации пазухи с наличием в ней жидкости
<input type="radio"/>	В	Затемнение в придаточной пазухе округлой формы, имеющее костную плотность
<input type="radio"/>	Г	Наличие округлой тени в придаточной пазухе
В	184	ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ РАКА ПРИДАТОЧНОЙ ПАЗУХИ НОСА:
<input type="radio"/>	А	Опухоль метастазирует в регионарные лимфоузлы
<input type="radio"/>	Б	Поражена только слизистая в пределах одной придаточной пазухи
<input type="radio"/>	В	Помимо слизистой дополнительно вовлечена костная стенка
<input type="radio"/>	Г	Происходит прорастание в соседние органы и ткани, распад опухоли, местные и общие метастазы
В	185	РИНОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ:
<input type="radio"/>	А	Бугристые носовые раковины синюшного или серо-красного цвета
<input type="radio"/>	Б	Гиперемия, отёк преимущественно в области нижних носовых раковин
<input type="radio"/>	В	Набухшие синюшные или бледные слизистые, хорошо сокращаются после адренализации
<input type="radio"/>	Г	Широкие носовые ходы, сухая истончённая слизистая, наличие густого секрета и корок
В	186	АНГИНЫ СРЕДИ ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАНИМАЮТ СЛЕДУЮЩЕЕ МЕСТО:
<input type="radio"/>	А	Третье (после гриппа и острых катаров верхних дыхательных путей)
<input type="radio"/>	Б	Последнее
<input type="radio"/>	В	Первое
<input type="radio"/>	Г	Второе
В	187	АДЕНОИДЫ ЭТО:
<input type="radio"/>	А	Гипертрофия глоточной миндалины
<input type="radio"/>	Б	Гипертрофия трубного миндалика
<input type="radio"/>	В	Воспаление глоточной миндалины
<input type="radio"/>	Г	Гипертрофия небных миндалин
В	188	ИНТОКСИКАЦИЯ СЛЕДУЮЩИМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ АГРАНУЛОЦИТАРНОЙ АНГИНЫ:
<input type="radio"/>	А	Бензол, ДДТ
<input type="radio"/>	Б	Ртуть
<input type="radio"/>	В	Свинец
<input type="radio"/>	Г	Мышьяк
В	189	ТОНЗИЛЛОТОМИЯ ЧАЩЕ ПРОВОДИТСЯ:
<input type="radio"/>	А	В детском возрасте
<input type="radio"/>	Б	В среднем возрасте
<input type="radio"/>	В	В пожилом возрасте
<input type="radio"/>	Г	С одинаковой частотой во всех возрастах
В	190	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:
<input type="radio"/>	А	Наличие белых или светло-жёлтых налетов, выстоящих из глубины лакун
<input type="radio"/>	Б	Гиперемия дужек и небных миндалин
<input type="radio"/>	В	Увеличение размеров небных миндалин

О	Г	Наличие желто-белых точек на поверхности нёбных миндалин
В	191	ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЛОР-ОРГАНОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИЕ АНГИН, ЗАНИМАЮТ:
О	А	Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
О	Б	Парафарингиты и парафарингиальный абсцесс
О	В	Ларингиты и
О	Г	Отиты
В	192	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ:
О	А	Закаливание организма и восстановление носового дыхания
О	Б	Рациональное питание, разумное сочетание труда и отдыха
О	В	Борьба с вредными привычками
О	Г	Рациональное питание и борьба с вредными привычками
В	193	ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:
О	А	Заболевания крови
О	Б	Холецистит, сахарный диабет, цирроз печени
О	В	Язва желудка и 12-перстной кишки
О	Г	Пожилой возраст, гипотония, неврастения, вегетососудистая дистония
В	194	ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНГИН И ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ КОМПЛЕКС МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ:
О	А	Стрептококк, стафилококк, пневмококк
О	Б	Менингококк, гриппозный вирус
О	В	Стрептококк, менингококк,
О	Г	Энтерококк, вирус Коксаки
В	195	ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:
О	А	С хроническим фарингитом, фарингомикозом, гипертрофией небных миндалин
О	Б	С катаральной ангиной
О	В	С острым фарингитом
О	Г	С вторичной ангиной
В	196	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЛАКУНАРНУЮ АНГИНУ И СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
О	А	Дифтерия
О	Б	Ангина Симановского-Венсана
О	В	Агранулоцитарная ангина
О	Г	Моноцитарная ангина
В	197	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АНГИНЫ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:
О	А	Наличие желто-белых точек на поверхности нёбных миндалин
О	Б	Увеличение размеров нёбных миндалин
О	В	Наличие грязных налётов на поверхности миндалин
О	Г	Наличие белых или светло-жёлтых налетов, выстоящих из глубины лакун
В	198	ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ:
О	А	Катаральные, атрофические, гипертрофические



О	Б	Гиперпластические и некротические
О	В	Серозные и гнойные
О	Г	Гиперпластические и атрофические
В	199	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АГРАНУЛОЦИТАРНУЮ АНГИНУ И СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
О	А	Ангины, возникающие при инфекционном мононуклеозе, панмиелофтизе, лейкозах
О	Б	Сифилис глотки
О	В	Ангина Симановского-Венсана, лакунарная ангина, дифтерия
О	Г	Туберкулез глотки
В	200	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНГИНУ СИМАНОВСКОГО-ВЕНСАНА И СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
О	А	Ангина при заболеваниях крови, злокачественные опухоли и сифилис миндалин
О	Б	Лакунарной ангины и дифтерии
О	В	Туберкулез глотки
О	Г	Сифилис глотки
В	201	УДУШЬЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ АНГИНЕ:
О	А	Гортанной
О	Б	Фолликулярной
О	В	Лакунарной
О	Г	Катаральной
В	202	ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:
О	А	Корь, скарлатина, грипп, острые фарингиты, риниты, травмы задней стенки глотки
О	Б	Пищевое отравление и острая интоксикация
О	В	Пневмония и
О	Г	Менингит
В	203	ОТВЕРСТИЯ, ОТКРЫВАЮЩИЕСЯ В НОСОГЛОТКУ:
О	А	Евстахиевы трубы
О	Б	Зев
О	В	Трахея
О	Г	Пищевод
В	204	ОСНОВНОЕ МЕСТО В ПАТОГЕНЕЗЕ КАНДИДОМИКОЗА ГЛОТКИ ЗАНИМАЕТ:
О	А	Лечение антибиотиками
О	Б	Лечение сульфаниламидами
О	В	Полоскание горла антисептиками
О	Г	Лучевое лечение
В	205	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ДИФТЕРИИ СОСТАВЛЯЕТ:
О	А	4 - 10 дней
О	Б	10 - 20 дней
О	В	1 - 5 дней
О	Г	7 – 14 дней
В	206	ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГЛОТКИ:

О	А	Папиллома
О	Б	Хоанальный полип
О	В	Ретенционная киста
О	Г	Все перечисленные образования
В	207	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ:
О	А	Кровотечение
О	Б	Шейный лимфаденит
О	В	Парез мягкого неба
О	Г	Парафарингит
В	208	НАЗОВИТЕ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА:
О	А	Гранулезный, боковой
О	Б	Боковой, отечный
О	В	Отечный, катаральный
О	Г	Компенсированный, катаральный
В	209	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЗАГЛОТОЧНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Ротоглотка
О	Б	Гортаноглотка
О	В	Трахея
О	Г	Носоглотка

### Ситуационные задачи:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
<b>Н</b>	-	<b>001</b>
Ф		
Ф		
...		
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>больной 48 лет обратился с жалобами на сильную боль в области правого уха, припухлость правой ушной раковины, недомогание. Болеет третьи сутки. Пациент работает слесарем на заводе, однако, в свободное время занимается рыбной ловлей. Возникновение перечисленных жалоб связывает с небольшой царапиной кожи ушной раковины. Со слов больного, при чистке рыбы он очень сильно почесал ушную раковину</p> <p>Объективно: выраженная гиперемия и инфильтрация правой ушной раковины, распространяющаяся на кожные покровы околоушной области в виде языков пламени с четкой линией демаркации. Вход в наружный слуховой проход сужен. Барабанная перепонка не изменена. Другие ЛОР органы без изменений.</p> <p>При акуметрии: AD: СШ - нет; ШР – 6.0 м; РР - больше 6,0 м; R – «+»; Sch – «N»; W – по центру. AS: СШ - нет; ШР – 6.0 м; РР - больше 6,0 м; R – «+»; Sch – «N»; W – по центру.</p> <p>Клинический (общий) анализ крови: лейкоциты <math>12,8 \cdot 10^9</math> /л., СОЭ 26 мм/час; п/я 6, с/я-72, лимфоциты 19 эозинофилы-2, моноциты-1, базофилы-0</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной диагноз: Рожистое воспаление правой ушной раковины, наружного слухового прохода.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например, указан наружный отит без уточнения возможной причины воспаления. Не точно оценен слуховой паспорт.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз рожистого воспаления наружного уха (ушной раковины и наружного слухового прохода) установлен на основании жалоб больного на боль в области правой ушной раковины, данных наружного осмотра: гиперемия и инфильтрация всей ушной раковины, в виде языков пламени с четкой линией демаркации, наличие симптомов интоксикации-недомогание, изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов. Слуховая функция не изменена.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	1. Составьте и обоснуйте план основных и дополнительных диагностических методов исследования.
Э	-	<p>Диагностика:</p> <p>Перечень основных диагностических мероприятий:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общий анализ крови в динамике (оценка состояния реактивности организма)</li> <li>2. Общий анализ мочи (возможно: олигурия и протеинурия, в осадке мочи - эритроциты, лейкоциты, гиалиновые и зернистые цилиндры).</li> <li>3. Консультация инфекциониста, Лор-врача.</li> </ol> <p>Перечень дополнительных диагностических мероприятий:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Микрореакция (исключение сифилиса, так как сифилис и рожистое воспаление характеризуются регионарным лимфаденитом)</li> <li>2. Электрокардиография (для ранней диагностики поражения миокарда, связанная с влиянием В-гемолитического стрептококка)</li> <li>3. Кровь на сахар (исключение сахарного диабета, способствующего поддержанию воспалительного процесса)</li> </ol>
P2	-	План диагностики составлен полностью верно.
P1	-	План обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План обследования составлен полностью неверно.

В	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациента
Э	-	Лечение: так как возбудителем заболевания является В –гемолитический стрептококк гр. А. необходимо проведение антибактериальной терапии широкого спектра действия (антибиотики пенициллинового ряда, при недостаточной эффективности-цефалоспорины 1 и 2 поколения, при непереносимости-линкозамиды в течение 10 дней)
P2	-	Предложено правильное лечение
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако не предложены препараты выбора
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы препаратов.
В	5	Какие методы профилактики можно предложить пациенту?
Э	-	<u>Первичная профилактика:</u> соблюдение правил гигиены, защита целостности кожных покровов, санация очагов хронической стрептококковой инфекции, создание полноценных условий труда, устраняющих переохлаждение и травматизацию кожных покровов. <u>Диспансеризация:</u> при упорных рецидивирующих формах рожи показана непрерывная (круглогодичная профилактика) бициллином-5, в течение 2 лет
P2	-	Методы профилактики указаны верно.
P1	-	Профилактика выбрана верно, однако нет плана диспансеризации.
P0	-	Профилактика выбрана полностью неверно.
<b>Н</b>	-	<b>002</b>
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная М., 22 лет поступила на ЛОР отделение с жалобами на сильную головную боль в лобно-теменной области, слизисто-гнойные выделения из носа, затруднение носового дыхания. Считает себя больной в течение 4 дней, через неделю после перенесённого респираторно-вирусного заболевания. Заболевание началось с болей в лобной области обеих сторон, повышение температуры тела до 37,5°С. На следующий день появилась отечность век. На момент осмотра состояние пациентки удовлетворительное, температура тела 37,2°С. Определяется припухлость мягких тканей лба и век с обеих сторон. При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована определяется гной в средних носовых ходах с обеих сторон. Болезненность при пальпации в области проекции верхнечелюстных и лобных пазух с обеих сторон. Остальные ЛОР-органы без воспалительных изменений. Клинический анализ крови: Эритроциты – 4.5x10 <sup>12</sup> /л; Гемоглобин – 126 г/л; Тромбоциты – 194x10 <sup>9</sup> /л; Лейкоциты общее количество-19,9x10 <sup>9</sup> /л; СОЭ-60 мм/ч. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение правой и левой верхнечелюстных пазух, затемнение обеих лобных пазух по типу уровня жидкости, снижение пневматизации основной пазух и клеток решетчатого лабиринта.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной диагноз: Острый гнойный пансинусит. Реактивный отек век, мягких тканей в области лба.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например, указан полисинусит или гайморит. Диагноз поставлен верно, но не указан отек мягких тканей в области лба.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
V	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании жалоб больного на выделения из носа слизисто-гнойного характера, затруднения носового дыхания, с болей в лобной области с обеих сторон. Объективной картины: наличие гнояного отделяемого в среднем носовом ходе, отека век, кожи в области проекции лобной пазух и ее болезненность, данных рентгенологического исследования –наличие затемнения всех околоносовых пазух.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Составьте и обоснуйте тактику лечения пациента
Э	-	1. Госпитализация в дежурный стационар. Учитывая, что у больной имеется осложнение острого пансинусита- реактивный отек век и мягких тканей, явления интоксикации (повышение тем-ры тела), выраженная реакция со стороны организма (лейкоцитоз, ускорение СОЭ)
P2	-	План диагностики составлен полностью верно.
P1	-	План обследования составлен верно, однако нет обоснования или оно не полное.
P0	-	Тактика лечения не верна.
V	4	Если пациентка категорически отказалась от госпитализации, составьте и обоснуйте дальнейший план лечения пациента
Э	-	1. Необходимо взять письменный отказ от лечения в стационаре. 2. Антибактериальная терапия широкого спектра действия парентерально в течение 10 дней. Например: цефалоспорины в/м, и метрогил в/в 3 раза в день. 3.Глюкокортикостероиды в\в или в/м с целью с противоотечной и противовоспалительной целью. 4. Муколитики для улучшения работы мукоциллиарного транспорта 5. Сосудосуживающие капли в нос с целью разгрузочной терапии 6. Пункция обеих верхнечелюстных пазух ежедневно до получения чистой промывной жидкости 7. Отсасывание по Зондерману 8. Контрольная рентгенограмма придаточных пазух носа через 7 дней после первой 9. Контрольный анализ крови
P2	-	Предложено правильное лечение
P1	-	Лечение предложено правильно, однако, оно не полное.
P0	-	Лечение предложено полностью неверно, или не названа значительная часть необходимых препаратов и манипуляций.
V	5	Какие методы профилактики можно предложить пациенту ?
Э	-	1. Избегать переохлаждений 2. Санация очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, кариозные зубы) 3. Консультация ЛОР- врача для выявления возможных деформаций

		внутриносовых структур их коррекция. 4. Общеукрепляющая терапия
P2	-	Методы профилактики указаны верно.
P1	-	Профилактика выбрана верно, но некоторые пункты упущены.
P0	-	Профилактика выбрана полностью неверно.
<b>Н</b>	-	<b>003</b>
Ф		
Ф		
Ф		
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	.Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5. Больна в течение 3-х дней. Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины 1 степени гипертрофии, покрыты налетом беловатого цвета, легко снимающимся, налет растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована. В анализе крови: Лейкоциты 13,5, Эритроциты 3,9, Нб-121, П/я-8, С/я-62, Лимфоциты -26, моноциты-2, эозинофилы-2, СОЭ-25
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной диагноз: Лакунарная ангина
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например, указана ангина без указания ее формы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз лакунарной ангины поставлен на основании жалоб на боли в горле, клинической картины: гиперемия небных миндалин и наличия налетов беловатого цвета, которые легко снимаются и растираются между шпателями. В клиническом анализе крови картина бактериального воспаления.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Однако через 2 дня у данной больной усилились жалобы на боль в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Объективно: температура 38,50 С. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счет смещения правой миндалин медиально. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. Как вы можете оценить подобную ситуацию. Поставьте диагноз и обоснуйте.
Э	-	Развилось осложнение лакунарной ангины – паратонзиллярный абсцесс. Диагноз можно поставить на основании клинической картины: усиление

		болей в горле и ухудшение состояния пациентки после возникновения лакунарной ангины, появлении носового оттенка голоса, тризма жевательной мускулатуры, данных фарингоскопии- асимметрии мягкого неба за счет отека и инфильтрации паратонзиллярной области и смещения миндалины медиально.
P2	-	Диагноз и обоснование полностью верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два симптома в обосновании диагноза.
P0	-	Не названы методы обследования.
V	4	Какие методы диагностики необходимо провести?
Э	-	1. Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии ( <i>Corynebacterium diphtheriae</i> ) 2. Экспресс-тест для определения бета-гемолитического стрептококка со слизистой оболочки миндалин 3. Ан. Мочи 4. ЭКГ 5. Кл.ан крови в динамике 6. СРБ 7.РФ 8.АСЛО
P2	-	Методы диагностики предложены верно
P1	-	Методы диагностики предложены верно, но одно отсутствует
P0	-	Методы диагностики выбраны не правильно или отсутствуют два и более
V	5	Поставьте диагноз в соответствии с МКБ.10 J03.0 Стрептококковый тонзиллит J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями J03.9 Острый тонзиллит неуточненный J36 Перитонзиллярный абсцесс
Э	-	Предварительный диагноз можно поставить, используя шифр J03.9 Острый тонзиллит неуточненный После уточнения возбудителя при наличии БГСА- J03.0 Стрептококковый тонзиллит При наличии других микроорганизмов J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями Осложнение: J36 Перитонзиллярный абсцесс
P2	-	Диагноз указан верно.
P1	-	Диагноз указан верно, однако нет указания на варианты диагноза, в зависимости от данных лабораторной диагностики.
P0	-	Диагноз выбран полностью неверно.
Н	-	<b>004</b>
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	. Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,2. Больна в течение 3-х дней. Объективно: слизистая оболочка задней стенки гиперемирована, определяются увеличенные лимфоидные гранулы и боковые валики.

		Небные миндалины 1 степени розовые, налетов нет. Из анамнез известно, что подобные явления возникают часто, примерно один раз в месяц. Больная курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет. В анализе крови: Лейкоциты 7,5, Эритроциты 3,9, Нб-126, П/я-1, С/я-69, Лимфоциты -26, моноциты-2, эозинофилы-2, СОЭ-5
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной диагноз: Обострение хронического гранулезного фарингита.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не точно, например, указан фарингит без указания формы воспаления.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в горле, першение клинической картины: гиперемия задней стенки глотки, наличие увеличенных лимфоидных гранул и боковых валиков глотки, интактность небных миндалин. Частые обострения болезни. В клиническом анализе крови изменений не выявлено.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения пациента
Э	-	1. Полоскания горла антисептическими и противовоспалительными растворами (с целью очищения слизистой оболочки и уменьшения воспаления) 2. Орошения задней стенки глотки антисептическими и антибактериальными растворами. 3. Рассасывание препаратов с обезболивающими, противовоспалительными средствами. 4. Туширование лимфоидных гранул задней стенки глотки раствором коллоидного серебра. 5. Физиотерапевтическое лечение (КУФ на заднюю стенку глотки)
Р2	-	Лечение и обоснование полностью верно.
Р1	-	Лечение определено верно имеются некоторые упущения.
Р0	-	Не названы методы обследования.
В	4	Какие основные методы диагностики необходимо провести?
Э	-	1. Мазки из носа и глотки для определения флоры и чувствительности к антибиотикам. 2. ФГДС (для исключения патологии ЖКТ) 3. Исследование глюкозы крови (исключение сахарного диабета)
Р2	-	Методы диагностики предложены верно
Р1	-	Методы диагностики предложены верно, но одно отсутствует
Р0	-	Методы диагностики выбраны не правильно или отсутствуют два и более
В	5	Предложите меры профилактики обострения данного заболевания
Э	-	1. Отказ от курения



		2. Избегать прием холодной, раздражающей, кислой, перченой пищи 3.Исключить поздний прием пищи (не позднее 2 часов до сна)
P2	-	Меры профилактики указаны верно.
P1	-	Меры профилактики указаны верно, но не полностью
P0	-	Диагноз выбран полностью неверно.

<b>Н</b>	-	<b>005</b>
Ф		
Ф		
Ф		
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная О., 45 лет предъявляет жалобы на сильную боль в правом ухе, иррадирующую в височную и теменную области, усиливающуюся при жевании, на повышение температуры тела 37,4°C, ушная раковина смещена кпереди.</p> <p>Считает себя больной в течение трех дней, после переохлаждения.</p> <p>На момент осмотра состояние удовлетворительное, температура тела 37,2°C.</p> <p>Отоскопия: правая ушная раковина обычной конфигурации. В наружном слуховом проходе на передней его стенке определяется конусовидное возвышение, кожа на его поверхности гиперемирована. В центре образования – гнойная головка. Просвет слухового прохода резко сужен, осмотреть барабанную перепонку не удастся. Лимфатический узел, расположенный впереди ушной раковины, увеличен, болезнен при пальпации. Резкая боль при пальпации области козелка, левое ухо без воспалительных изменений.</p> <p>Слуховой паспорт. AD: СШ - нет; ШР – 5.0 м; РР - ≥ 6,0 м; R – «+»; Sch – «N»; W – по центру. AS: СШ - нет; ШР – 5.0 м; РР - ≥ 6,0 м; R – «+»; Sch – «N»; W – по центру.</p> <p>Клинический анализ крови: Эритроциты – 4.5x10<sup>12</sup>/л; Гемоглобин – 110 г/л; Тромбоциты – 190x10<sup>9</sup>/л; Лейкоциты общее количество – 10.9x10<sup>9</sup>/л; СОЭ-16 мм/ч.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>	-	Основной диагноз: Фурункул наружного слухового прохода.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб на сильную боль в правом ухе, иррадиирующую в височную и теменную области, усиливающуюся при жевании, объективно –наличие инфильтрата с гнойно-некротическим стержнем, смещение ушной раковины кпереди за счет увеличения заушного лимфатического узла.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	2. Составьте и обоснуйте план лечения пациента
Э	-	1. Туалет уха 2. Турунды с гипертоническим раствором 3. Антибактериальная терапия : антибиотики группы пенициллинов (амоксциллин, амоксициллин/клавулановая кислота, при непереносимости –макролиды :азитромицин, кларитромицин, препараты выбора- цефалоспорины, респираторные фторхинолоны), антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, кларитин и т.д.). 4. Обезболивающие- НПВС 5. Физиотерапевтическое лечение (КУФ на область наружного слухового прохода)
P2	-	Лечение и обоснование полностью верно.
P1	-	Лечение определено верно, имеются некоторые упущения.
P0	-	Не названы методы обследования.
В	4	С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
Э	-	Необходимо дифференцировать с острым мастоидитом так как имеется общий симптом: смещение ушной раковины кпереди. Для мастоидита характерны жалобы на снижение слуха, обильные выделения из уха гнойного характера, боли в ухе, беспокоящие больного в течение 14 дней, объективной картины: нависания верхне-задней стенки слухового прохода, перфорации барабанной перепонки, обильного гноетечения.
P2	-	Предложен правильный диагноз
P1	-	Диагноз предложен правильно, обоснование не точно.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен не верно.
В	5	Оцените и объясните слуховой паспорт данного пациента.
Э	-	Нарушения слух нет. Так как длительность звучания камертонов по костной и воздушной проводимости не изменена, тест Ринне положителен справа, слева, Вебер без латерализации, опыт Швабаха не изменен.
P2	-	.
P1	-	Слуховой паспорт оценен правильно, объяснение неполное
P0	-	Слуховой паспорт оценен неверно.
Н	-	
Ф	...	...
Ф	...	...
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

Н	-	006
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной жалуется на кашель, осиплость голоса, повышение температуры тела, которые появились после того, как 2 дня назад выпил холодный квас. Сегодня эти симптомы усилились.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 С. В полости носа и глотки воспалительных изменений нет.</p> <p>Ларингоскопия: слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки розовые, несколько инфильтрированы, голосовая щель достаточно широкая для дыхания. Остальные ЛОР-органы без видимой патологии.</p> <p>Клинический анализ крови: лейкоциты <math>9,2 \cdot 10^9 /л.</math>, СОЭ 16 мм/час; лейкоцитарная формула: нейтрофилы 65,2 %, лимфоциты 21,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 %</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Диагноз: Острый катаральный ларингит
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не точно, например не указал форму ларингита.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острый катаральный ларингит поставлен на основании данных анамнеза, симптомы появились после того, как 2 дня назад выпил холодный квас, что является предрасполагающим фактором заболевания; жалоб на кашель, осиплость голоса, повышение температуры тела; объективных данных - состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 С, в полости носа и глотки воспалительных изменений нет. Слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки розовые, несколько инфильтрированы, голосовая щель достаточно широкая для дыхания. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	<p>Лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Местное лечение: Применяются ингаляции с кортикостероидами, антибиотиками, муколитиками, растительными препаратами с противовоспалительным и антисептическим эффектом, а также щелочные ингаляции для устранения сухости слизистой оболочки гортани. Продолжительность ингаляции обычно составляет 10 мин 3 раза в день.</li> <li>2. Общее лечение: Системная антибактериальная терапия при остром ларингите назначается при отсутствии эффекта от местной антибактериальной и противовоспалительной терапии в течение 4–5 дней, при присоединении гнойной экссудации и воспаления нижних дыхательных путей. При выраженной интоксикации и наличии значительных воспалительных явлений в гортани</li> </ol>

		(диффузный отек слизистой оболочки гортани, наличие инфильтрации) и регионарного лимфаденита системная антибактериальная терапия показана с первого дня заболевания. Антимикробная терапия острого ларингита при выраженных воспалительных явлениях назначается эмпирически - амоксициллин + клавулановая кислота, цефалоспорины II-III ст., макролиды, фторхинолоны.
P2	-	План лечения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения составлен верно, однако не указаны группы препаратов выбора.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
B	4	Назовите основных возбудителей и факторы, способствующие данному заболеванию.
Э	-	1. Основные возбудители: бета-гемолитический стрептококк, пневмококк, вирусные инфекции; вирусы гриппа А и В, парагриппа и т.д. 2. Факторы способствующие заболеванию: переохлаждение, раздражение слизистой оболочки никотином и алкоголем, воздействие профессиональных вредностей (пыль, газы и др.), длительный громкий разговор на холоде, пониженная иммунная реактивность, болезни ЖКТ, аллергические реакции и др.
P2	-	Правильно названы все возбудители и предрасполагающие факторы.
P1	-	Упущены некоторые возбудители и предрасполагающие факторы
P0	-	Названы меньше половины возбудителей и предрасполагающих факторов.
B	5	Меры санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий при данном заболевании.
Э	-	Соблюдение голосового режима (режим молчания), до стихания острых воспалительных явлений. Отказаться от приема острой, соленой пищи, спиртных напитков, курения. В комнате, где находится больной необходимо поддерживать высокую влажность.
P2	-	Санитарно-гигиенические и профилактические меры указаны верно.
P1	-	Меры указаны не в полном объеме.
P0	-	Меры указаны не верно.
<b>Н</b>	-	<b>007</b>
<b>Ф</b>		
<b>Ф</b>		
<b>...</b>		
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной жалуется на боль в горле, спонтанную и при глотании, повышение температуры тела до 38,9 С, общее недомогание. Ночью было ощущение удушья. Дышать было легче в полусидячем положении. Заболел остро, 4 дня назад, после переохлаждения. Объективно: кожные покровы и слизистые оболочки бледные. В покое дышит свободно- 20 ЧДД в мин. Пульс 94 уд/мин. При малейшей физической нагрузке пульс и дыхание учащаются. Патологические изменения со стороны внутренних органов не определяются. Имеется легкая гиперемия слизистой оболочки глотки и задней стенки. Ларингоскопия: яркая гиперемия, отечность мягких тканей по краю надгортанника и в области черпаловидных хрящей. Голосовые складки плохо обозримы, гиперемированы, инфильтрированы, голосовая щель

		сужена. Клинический анализ крови: лейкоциты $14,1 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 25 мм/час; лейкоцитарная формула: нейтрофилы 65,2 %, лимфоциты 21,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 %
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Диагноз: Гортанная ангина
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не точно, например неправильно выставлен код диагноза или неточная его формулировка.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Гортанная ангина поставлен на основании жалоб на боль в горле, спонтанную и при глотании, повышение температуры тела до 38,9 С, общее недомогание. Ночью было ощущение удушья. Дышать было легче в полусидячем положении; объективных данных - При малейшей физической нагрузке пульс и дыхание учащаются. Патологические изменения со стороны внутренних органов не определяются. Имеется легкая гиперемия слизистой оболочки глотки и задней стенки, яркая гиперемия, отечность мягких тканей по краю надгортанника и в области черпаловидных хрящей. Голосовые складки плохо обозримы, гиперемированы, инфильтрированы, голосовая щель сужена. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план обязательных и дополнительных диагностических и лечебных мероприятий
Э	-	Диагностика: ларингоскопия, так же применяют рентгеновскую или компьютерную томографию гортани и трахеи, исследование функции внешнего дыхания для оценки степени дыхательной недостаточности при ларингите, сопровождающемся стенозом воздухопроводящих путей, УЗИ – шеи. У больных с флегмонозным и абсцедирующим ларингитом проводят рентгенографию лёгких, томографию средостения. Лечение: показана массивная противоотечная (глюкокортикостероиды), дезинтоксикационная терапия (электролиты, глюкоза), внутривенная антибактериальная терапия (амоксциллин + клавулановая кислота, цефалоспорины II-III ст., макролиды, фторхинолоны). При абсцедирующем ларингите производят вскрытие абсцессов при непрямой ларингоскопии ножом Тобольта.
Р2	-	План диагностики и лечения составлен полностью верно.
Р1	-	План диагностики и лечения составлен верно, однако не указаны группы препаратов выбора.
Р0	-	План диагностики и лечения составлен полностью неверно.
В	4	Какое опасное для жизни осложнение, помощь при его возникновении.
Э	-	Острый отечно-инфильтративный ларингит, сопровождающийся стенозом гортани. При стенозе гортани 3 степени показана экстренная трахеотомия или инструментальная коникотомия.
Р2	-	Правильно названы осложнение и помощь.
Р1	-	Назван один из вариантов.
Р0	-	Названы полностью неправильные варианты.

В	5	Срок временной нетрудоспособности.
Э	-	Срок временной нетрудоспособности от 14 дней.
Р2	-	Срок временной нетрудоспособности указан верно.
Р1	-	Указан срок временной нетрудоспособности менее 13 дней.
Р0	-	Указан срок временной нетрудоспособности менее 12 дней.
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>008</b>
Ф		
Ф		
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной 40 лет, курильщик, жалуется на осиплость голоса, которая появилась около года назад, после ОРВИ. С тех пор голос все время сиплый. После переохлаждения, во время респираторного заболевания больной говорит только шепотом. Объективно: Состояние больного удовлетворительное. Ларингоскопия: слизистая оболочка гортани розовая, с синюшным оттенком, голосовые складки гиперемированы, утолщены, подвижны, голосовая щель в момент вдоха достаточно широка. Остальные ЛОР-органы без видимой патологии.</p> <p>Клинический анализ крови: лейкоциты <math>8,1 \cdot 10^9</math> /л., СОЭ 5 мм/час; лейкоцитарная формула: нейтрофилы 65,2 %, лимфоциты 21,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 %</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз по МКБ-Х.
Э	-	1. Диагноз: Хронический гипертрофический диффузный ларингит J37.0
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не точно, например неправильно выставлен код диагноза или неточная его формулировка.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Хронический гипертрофический диффузный ларингит поставлен на основании анамнестических данных: курильщик; жалоб на осиплость голоса, которая появилась около года назад; объективных данных: слизистая оболочка гортани розовая, с синюшным оттенком, голосовые складки гиперемированы, утолщены, подвижны, голосовая щель в момент вдоха достаточно широка.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план обязательных и дополнительных диагностических и лечебных мероприятий
Э	-	Диагностика: Основным методом диагностики является ларингоскопия. Для дифференциальной диагностики хронического ларингита успешно используются методы эндовидеоларингостробоскопии, компьютерная томография гортани. При упорном и нетипичном течении ларингита

		<p>выполняется ПЦР диагностика на вирусы простого герпеса, герпесвируса 6, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр, хламидии, микоплазмы, ДНК грибов, микобактерий туберкулеза и оценка иммунного статуса.</p> <p>Лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При обострении - Местное лечение: Эффективны щелочно-масляные ингаляции, орошение слизистой оболочки комбинированными препаратами (ИРС 19 и др.), вливание в гортань лекарственных смесей (Смеси для вливания 1% ментоловое масло, эмульсия гидрокортизона, несколько капель 0,1 % адреналина). Общая антибиотикотерапия назначается при повышении температуры тела, интоксикации. Назначают антибиотики пенициллинового ряда (аугментин, амоксиклав и др).</li> <li>2. Вне обострения при гиперплазии слизистой оболочки производят туширование пораженных участков гортани через день 5-10 % раствором нитрата серебра в течение 2 недель.</li> <li>3. Показанием к хирургическому лечению является выявление участков гиперплазии.</li> </ol>
P2	-	План диагностики и лечения составлен полностью верно.
P1	-	План диагностики и лечения составлен верно, однако не указаны дифференциальные методы диагностики, препараты выбора.
P0	-	План диагностики и лечения составлен полностью неверно.
B	4	Факторы способствующие развитию данного заболевания.
Э	-	Вредное производство (пыль, газы и др.), злоупотребление никотином, спиртными напитками, острой пищей, несоблюдение голосового режима.
P2	-	Перечислены все факторы.
P1	-	Перечислено больше половины факторов.
P0	-	Перечислено меньше половины факторов, либо названы полностью неверные факторы.
B	5	Различают следующие виды данного заболевания.
Э	-	-Хронический гипертрофический диффузный ларингит; -Хронический гипертрофический ограниченный (Певческие узелки) ларингит; -Пахидермия гортани; -Выпадение (пролапс) желудочка гортани; -Хронический подскладочный ларингит.
P2	-	Указано верно не менее 4 видов.
P1	-	Указано не менее 4 видов, но с неточной формулировкой, либо указано верно не менее 3 видов.
P0	-	Указано менее 3 видов.
<b>Н</b>	-	<b>009</b>
Ф		
Ф		
Ф		
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина, 47 лет, страдающая артериальной гипертензией (несмотря на

		<p>рекомендации врачей гипотензивную терапию не получала), обратилась к врачу с жалобами резкое снижение слуха на правое ухо, шум, напоминающий писк, в нём. Описанные жалобы возникли внезапно 3 дня назад после ссоры с супругом.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс умеренно напряжен. АД 170/100 мм. рт. ст.</p> <p>При рино- и фарингоскопии – патологических изменений не выявлено. Отоскопически с двух сторон: наружный слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка перламутрово-серая, опознавательные контуры – четкие.</p> <p>Слуховой паспорт АД: СШ+, ШР=1,5м, РР= 2,5м, опыт Вебера – латерализация влево, опыт Ринне – положителен.</p> <p>При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звуковосприятия справа (снижение слуха III ст). Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется.</p> <p>Клинический анализ крови: RBC- 4,2 x 10<sup>12</sup>/л, HGB- 128 г/л, HCT-44%, RDWc- 13,5%, MCV- 88 фл, MCH- 28 пг(pg), MCHC- 260 г/л (g/l), PLT- 240 x 10<sup>9</sup>/л, WBC- 7,8 x 10<sup>9</sup>/л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 10 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая правосторонняя нейросенсорная тугоухость III степени. Тиннитус справа.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз нейросенсорная тугоухость установлен на основании жалоб больной на снижение слуха на правое ухо, шум в правом ухе, данных слухового паспорта и тональной пороговой аудиометрии.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: препараты из группы церебровасодилатирующих средств (Винпоцетин) - расслабляет гладкую мускулатуру сосудов головного мозга, усиливает кровоснабжение ишемизированных участков, ноотропных препаратов (Пирацетам) - стимулирует интегративную деятельность мозга, улучшает синаптическую проводимость, увеличивает активность фосфолипазы А, стимулирует пластические и биоэнергетические процессы в нервной ткани, витаминов группы В - нейротропные витамины, оказывающие нейропротективное, метаболическое действие, метаболические средства (Цитофлавин) – обладающие антигипоксическими и антиоксидантными свойствами.
P2	-	План лечения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План лечения составлен неверно.
В	4	Составьте план дальнейшего обследования и ведения пациента.
Э	-	Необходима консультация терапевта (кардиолога) с целью коррекции



		артериального давления пациентки и регулярный приём гипотензивных препаратов. Проведение тональной пороговой аудиометрии 1 раз в 6 месяцев и при необходимости назначение курса лечения в виде: церебровасодилатирующих средств (Винпоцетин), ноотропных препаратов (Пирацетам), витаминов группы В, метаболитических средств (Цитофлавин).
P2	-	План дальнейшего обследования и ведения пациента составлен верно.
P1	-	План дальнейшего ведения пациентки составлен не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
V	5	Каковы дальнейшие необходимые профилактические меры.
Э	-	Пациентке противопоказан приём ототоксических препаратов: НПВП (Диклофенак натрия), антибиотики (гликопептиды- Ванкомицин, Тейкомицин; Эритромицин; Полимиксины; Аминогликозиды - давно известные препараты — стрептомицин, канамицин, мономицин, неомицин и новые лекарственные средства — гентамицин, сизомицин, амикацин, тобрамицин, нетилмицин), диуретики (Фуросемид, Этакриновая кислота, Буметанид), препараты для химиотерапии (Винкристин, Цисплатин), противотуберкулёзные средства (Флоримицин), Аспирин (при приёме более 6 таб). Условия труда должны исключать шум и вибрацию.
P2	-	Дальнейшие профилактические меры выбраны верно.
P1	-	Дальнейшие профилактические меры выбраны верно, но неполно.
P0	-	Дальнейшие профилактические меры выбраны неверно.
H	-	
Ф	...	...
Ф	...	...

## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

### 1. Литература

Число обучающихся	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося
	<b>Основная литература:</b>		
	Оториноларингология: учебник / В.Т. Пальчун, В.В. Магомедов, Л.А. Лучихин. - М.: Медицина, 2002. - 576 с.	128	
	Оториноларингология: учебник/ Пальчун В.Т. Крюков А.И. - М. : Медицина, 1997.- 582 с.	363	
	Болезни уха, горла и носа: учебник /Под ред. В.Т. Пальчуна, 1991. – 489 с.	176	
	Петрова Н.Н., Пашинин А.Н. Оториноларингология в практике семейного врача. СПб, СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2010. - 248 с	100	

	Всего экземпляров	767	
	<b>Дополнительная литература:</b>		
	Пособие к изучению оториноларингологии в медицинских вузах/ М. С. Плужни-ков, В. В. Дискаленко, А. А. Блоцкий .СПб. : Диалог, 2006. - 392 с.	48	
	Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. Пособие.-М.: Медицина, 1994. - 288с.	85	
	Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. Пособие.-М.: Медицина, 1994. - 288с.	177	
	Бабияк В.И., Говорун М.В., Накатис Я.А. <u>Оториноларингология: руководство для врачей в 2-х томах.</u> -2009.- 1072с.	1	
	Профессиональные болезни верхних дыхательных путей./ Под ред. Бабияка В.И., Накатиса Я.М.- СПб., «Гиппократ», 2009.-696 с	2	
	<b>Электронные ресурсы:</b>		
Обучающие ЭП Портал INFOMINE «Оториноларингология + CD. Национальное руководство».- ГЭОТАР-Медиа, 2009.- Бабияк В.И., Говорун М.В., Накатис Я.А. Оториноларингология: руководство для врачей в 2-х томах.-2009.- 1072с. Т.1 ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru» том1- <a href="http://ibooks.ru/product.php?productid=21617">http://ibooks.ru/product.php?productid=21617</a> том 2 - <a href="http://ibooks.ru/product.php?productid=21618">http://ibooks.ru/product.php?productid=21618</a>			
<b>Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE</b>			
	<a href="#">Вержбицкий Г.А, Артющкин С.А, Цурикова Г.П., Кутуков Ю.Н., Кустов М.О., Артющкина В.К. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях уха, горла и носа.</a>		
	Вержбицкий Г.В. , Кутуков Ю.Н., Артющкин С.А., Кустов М.О. Неотложная помощь при ургентных состояниях и заболеваниях Лор-органов.		

## 11. Материально-техническое обеспечение

### Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
<i>Класс №1 (ПИБ №10) Пискаревский проспект 47, 19 навильон - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</i>	Парты - 8 Стол - 1 Стулья – 2 Доска (грифельная) – 1 Негатоскоп – 1 Муляж – 57 Стенды - 11 Плакаты - 7

<p><i>Класс №2 (ПИБ №16)</i>  Пискаревский проспект 47, 19 павильон  - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</p>	Парты - 9 Столы - 2 Стулья – 2 Доска (грифельная) – 1 Негатоскоп – 1 Муляж – 48 Стенды - 11 Плакаты - 3
<p><i>Класс №3 (ПИБ №18)</i>  Пискаревский проспект 47, 19 павильон  - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</p>	Круглые стулья – 6 Стулья – 5 Кресло – 1 Мед. столики - 5 Телевизор – 1 Навесной шкаф - 1 Муляж – 5 Стенды - 1
<p><i>Класс №4 (ПИБ №26)</i>  Пискаревский проспект 47, 19 павильон  - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</p>	Парты - 10 Стол - 1 Стулья – 1 Тумба - 1 Муляж – 2 Плакат - 1
<p><i>Малый конференц-зал (ПИБ №22)</i>  Пискаревский проспект 47, 19 павильон  - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</p>	Парты - 9 Стол - 1 Стулья – 7 Доска (грифельная) - 1 Доска (маркерная) – 1 Негатоскоп - 1 Муляж – 1 Стенды - 4
<p>Аудиометрический симмуляционный центр  Пискаревский проспект 47, 19 павильон  - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</p>	Стол – 2 Стулья – 3 Аудиометр – 2 Плакат - 2
<p>Костная лаборатория  Пискаревский проспект 47, 19 павильон  - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</p>	Стол – 1 Слул – 1 Мед. столик - 1 Микроскоп – 2 Плакат - 1
<p>Учебная комната № 5,  оториноларингологическое отделение, СПб ГБУЗ «ЕЛИЗАВЕТИНСКАЯ БОЛЬНИЦА»,  Санкт-Петербург, 195427, ул. Вавиловых, 14, литера А</p>	Стол - 5 Стул – 10 Тумба - 1 Муляж – 3

	Плакат - 5
Учебная комната № 3, оториноларингологическое отделение, ПOKPOBCKАЯ БОЛЬНИЦА, Санкт-Петербург, Большой проспект Васильевского острова, 85.	Стол - 12 Стул – 26 Муляж – 7 Плакат – 5 Негатоскоп – 1
Учебная комната, оториноларингологическое отделение, Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф.Филатова, Санкт-Петербург, Бухарестская ул., 134.	Стол - 8 Стулья – 20 Муляж – 4 Плакат – 9 Негатоскоп – 1
Учебная комната, оториноларингологическое отделение, СПБ ГБУЗ ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ИМ. К. А. РАУХФУСА,	Стол - 12 Стул – 26 Муляж – 7 Плакат – 5 Негатоскоп – 1
Смотровые кабинеты и оперативные блоки ЛОР-отделений университета и вышеперечисленных баз	Оториноларингологический инструментарий

## 12. Методические рекомендации по прохождению практики

Планирование и организация времени, необходимого для изучения дисциплины

Важным условием успешного освоения дисциплины является создание системы правильной организации труда, позволяющей распределить учебную нагрузку равномерно в соответствии с графиком образовательного процесса. Большую помощь в этом может оказать составление плана работы на семестр, месяц, неделю, день. Его наличие позволит подчинить свободное время целям учебы, трудиться более успешно и эффективно. С вечера всегда надо распределять работу на завтрашний день. В конце каждого дня целесообразно подвести итог работы: тщательно проверить, все ли выполнено по намеченному плану, не было ли каких-либо отступлений, а если были, по какой причине они произошли. Нужно осуществлять самоконтроль, который является необходимым условием успешной учебы. Если что-то осталось невыполненным, необходимо изыскать время для завершения этой части работы, не уменьшая объема недельного плана. Все задания к практическим занятиям, а также задания, вынесенные на самостоятельную работу, рекомендуется выполнять непосредственно после соответствующей темы лекционного курса, что способствует лучшему усвоению материала, позволяет своевременно выявить и устранить «пробелы» в знаниях, систематизировать ранее пройденный материал, на его основе приступить к овладению новыми знаниями и навыками.

Система университетского обучения основывается на рациональном сочетании нескольких видов учебных занятий (в первую очередь, лекций и практических занятий), работа на которых обладает определенной спецификой.

**Подготовка к лекциям**

Знакомство с дисциплиной происходит уже на первой лекции, где от Вас требуется не просто внимание, но и самостоятельное оформление конспекта. При работе с конспектом лекций необходимо учитывать тот фактор, что одни лекции дают ответы на конкретные вопросы темы, другие – лишь выявляют взаимосвязи между явлениями, помогая студенту понять глубинные процессы развития изучаемого предмета как в истории, так и в настоящее время.

Конспектирование лекций – сложный вид вузовской аудиторной работы, предполагающий интенсивную умственную деятельность студента. Конспект является полезным тогда, когда записано самое существенное и сделано это самим клиническим ординатором. Не надо стремиться записать дословно всю лекцию. Такое

«конспектирование» приносит больше вреда, чем пользы. Целесообразно вначале понять основную мысль, излагаемую лектором, а затем записать ее. Желательно записывать на одной странице листа или оставляя поля, на которых позднее, при самостоятельной работе с конспектом, можно сделать дополнительные записи, отметить непонятные места.

Конспект лекции лучше подразделять на пункты, соблюдая красную строку. Этому в большой степени будут способствовать вопросы плана лекции, предложенные преподавателям. Следует обращать внимание на акценты, выводы, которые делает лектор, отмечая наиболее важные моменты в лекционном материале замечаниями «важно», «хорошо запомнить» и т.п. Можно делать это и с помощью разноцветных маркеров или ручек, подчеркивая термины и определения.

Целесообразно разработать собственную систему сокращений, аббревиатур и символов. Однако при дальнейшей работе с конспектом символы лучше заменить обычными словами для быстрого зрительного восприятия текста.

Работая над конспектом лекций, всегда необходимо использовать не только учебник, но и ту литературу, которую дополнительно рекомендовал лектор. Именно такая серьезная, кропотливая работа с лекционным материалом позволит глубоко овладеть теоретическим материалом.

Подготовка к семинарским и практическим занятиям

Тщательное продумывание и изучение вопросов плана основывается на проработке текущего материала лекции, а затем изучения обязательной и дополнительной литературы, рекомендованной к данной теме. Все новые понятия по изучаемой теме необходимо выучить наизусть и внести в глоссарий, который целесообразно вести с самого начала изучения курса.

Результат такой работы должен проявиться в способности свободно ответить на теоретические вопросы практикума, выступать и участвовать в коллективном обсуждении вопросов изучаемой темы, правильно выполнять практические задания и контрольные работы.

В процессе подготовки к практическим занятиям и семинарам, необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной литературы. При всей полноте конспектирования лекции в ней невозможно изложить весь материал из-за лимита аудиторных часов. Поэтому самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной литературой, материалами периодических изданий и Интернета является наиболее эффективным методом получения дополнительных знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует правильное отношение к конкретной проблеме.

Рекомендации по работе с литературой

Работу с литературой целесообразно начать с изучения общих работ по теме, а также учебников и учебных пособий. Далее рекомендуется перейти к анализу монографий и статей, рассматривающих отдельные аспекты проблем, изучаемых в рамках курса, а также официальных материалов и неопубликованных документов (научно-исследовательские работы, диссертации), в которых могут содержаться основные вопросы изучаемой проблемы.

Работу с источниками надо начинать с ознакомительного чтения, т.е. просмотреть текст, выделяя его структурные единицы. При ознакомительном чтении закладками отмечаются те страницы, которые требуют более внимательного изучения.

В зависимости от результатов ознакомительного чтения выбирается дальнейший способ работы с источником. Если для разрешения поставленной задачи требуется изучение некоторых фрагментов текста, то используется метод выборочного чтения. Если в книге нет подробного оглавления, следует обратить внимание ученика на предметные и именные указатели.

Избранные фрагменты или весь текст (если он целиком имеет отношение к теме) требуют вдумчивого, неторопливого чтения с «мысленной проработкой» материала. Такое чтение предполагает выделение: 1) главного в тексте; 2) основных аргументов; 3) выводов. Особое внимание следует обратить на то, вытекает тезис из аргументов или нет.

Необходимо также проанализировать, какие из утверждений автора носят проблематичный, гипотетический характер, и уловить скрытые вопросы.

Понятно, что умение таким образом работать с текстом приходит далеко не сразу. Наилучший способ научиться выделять главное в тексте, улавливать проблематичный характер утверждений, давать оценку авторской позиции – это сравнительное чтение, в ходе которого Вы знакомитесь с различными мнениями по одному и тому же вопросу, сравниваете весомость и доказательность аргументов сторон и делаете вывод о наибольшей убедительности той или иной позиции.

Если в литературе встречаются разные точки зрения по тому или иному вопросу из-за сложности прошедших событий и правовых явлений, нельзя их отвергать, не разобравшись. При наличии расхождений между авторами необходимо найти рациональное зерно у каждого из них, что позволит глубже усвоить предмет изучения и более критично оценивать изучаемые вопросы. Знакомясь с особыми позициями авторов, нужно определять их схожие суждения, аргументы, выводы, а затем сравнивать их между собой и применять из них ту, которая более убедительна.

Следующим этапом работы с литературными источниками является создание конспектов, фиксирующих основные тезисы и аргументы. Можно делать записи на отдельных листах, которые потом легко систематизировать по отдельным темам изучаемого курса. Другой способ – это ведение тематических тетрадей-конспектов по одной какой-либо теме. Большие специальные работы монографического характера целесообразно конспектировать в отдельных тетрадях. Здесь важно вспомнить, что конспекты пишутся на одной стороне листа, с полями и достаточным для исправления и ремарок межстрочным расстоянием (эти правила соблюдаются для удобства редактирования). Если в конспектах приводятся цитаты, то непременно должно быть дано указание на источник (автор, название, выходные данные, № страницы). Впоследствии эта информация может быть использована при написании текста реферата или другого задания.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)



«УТВЕРЖДАЮ»

экз. № \_\_\_\_\_

И.о. проректора по учебной работе, науке и  
инновационной деятельности

\_\_\_\_\_/ А.В. Силин/  
«31» августа 2017

### ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.58 оториноларингология
<i>Форма обучения</i>	очная
<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	обучающий симуляционный курс
<i>Способ проведения практики</i>	стационарная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	3
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	108

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.58 оториноларингология утвержденного ФГОС ВО от «25» августа 2014 г. № 1077 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

***Составители программы практики:***

Артюшкин С.А. заведующий кафедрой оториноларингологии, профессор, д.м.н., доцент  
Безрукова Е.В.к.м.н.,

***Рецензент:*** Карпищенко С.А., заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО СПГМУ им. И.П. Павлова, д.м.н.  
(Ф.И.О.. должность, степень)

Программа практики обсуждена на совместном заседании кафедры оториноларингологии «6»июня 2017 г. протокол № 11



## СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики .....	4
2. Задачи практики .....	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы..	4
4. Формы проведения практики.....	4
5. Время и место проведения практики .....	4
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	4
7. Структура и содержание практики.....	10
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	10
9. Фонд оценочных средств .....	10
9.1. Критерии оценки .....	11
9.2. Оценочные средства.....	11
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение .....	14
11. Материально-техническое обеспечение .....	15
12. Методические рекомендации по прохождению практики.....	15

## 1. Цели практики

Формирование и отработка профессиональных компетенций (умений и навыков), необходимых для оказания экстренной медицинской помощи в условиях догоспитального этапа (в объеме базового и расширенного реанимационного пособия) при жизнеугрожающих состояниях, и для выполнения диагностических и лечебных манипуляций врача-оториноларинголога, в соответствии с разделом «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» приказа МЗ РФ № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».

## 2. Задачи практики

– **сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность**

– проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях, определять показания и противопоказания к проведению реанимации;

– проводить обследование больного, в том числе иметь представления о правилах и методах забора материала при обследовании вирусные, бактериальные инфекции.

## 3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.58 оториноларингология.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами:

- Оториноларингология

## 4. Формы проведения практики

Практика проводится в следующих формах:

Дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

## 5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится в течение первого и второго года обучения в ординатуре на базах: СЗГМУ им. И.И. Мечникова клиника Петра Великого, СПб ГУЗ Покровская, СПб ГУЗ «Святой преподобной мученицы Елизаветы», ГДБ №19, Всеволожская областная больница, ГБ№40.

## 6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

п/п	Номер/	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:
-----	--------	------------------------	--

	индекс компетенции	или ее части (в соответствии с ФГОС и паспортами компетенций)	Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1.	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Основы профилактической медицины в области оториноларингологии. Знать социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке к профессиональной деятельности в области оториноларингологии. Принципы здорового образа жизни.	Проводить с населением мероприятия по первичной профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний ЛОР органов. Осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.	Навыками разработки плана первичной профилактики наиболее часто встречающихся ЛОР заболеваний с учетом течения этих заболеваний. Навыками подбора и назначения лекарственной терапии, использования методов немедикаментозного лечения, проведения реабилитационных мероприятий по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.	Собеседование
2.	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и	Основы профилактической медицины в области оториноларингологии. принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных	Проводить профилактические медицинские осмотры, диспансерное наблюдение и мероприятия в группах риска для предупреждения развития хронических	Навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослых и подростков методами контроля за эффективностью диспансеризации	Собеседование

		хроническими больными	групп населения, принципы реабилитации пациентов.	болезней ЛОР органов , и снижения частоты сердечнососудистых осложнений.		
3.	ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Эпидемиологию инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний. Принципы осуществления противоэпидемических мероприятий. Основы защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях. Особенности организации оказания медицинской помощи, проведения реанимационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях, при катастрофах в мирное и военное время.	Проводить противоэпидемические мероприятия, профилактические медицинские осмотры, Оценивать опасность и последствия радиоактивной обстановки..	Навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослых и подростков.	Собеседование
4	ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и	Основы социальной гигиены, основы медицинской статистики.	Применять методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.	Навыками медико-статистического анализа для получения информации о показателях здоровья населения.	Собеседование

		подростков				
5	ПК-5	<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики ЛОР заболеваний</p> <p>Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни.</p> <p>Принципы классификации в соответствии кодам классификационной системы МКБ-10..</p>	<p>Оценивать результаты основных и дополнительных методов диагностики, используемые в ЛОР практике</p> <p>Проводить диагностику и дифференциальную диагностику с использованием различных методов.</p> <p>На основании данных основных и дополнительных исследований выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния в практике оториноларинголога</p>	<p>Методами общего клинического обследования детей и взрослых.</p> <p>Навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов основных и дополнительных методов исследования в оториноларингологии в соответствии с кодами МКБ-10</p>	<p>Контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование</p> <p>письменное или компьютерное, реферат, Собеседование</p>
6	ПК-6	<p>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании оториноларингологической медицинской помощи</p>	<p>Структурные и функциональные основы нормы и патологии в оториноларингологической практике,.</p> <p>Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики оториноларингологических заболеваний.</p> <p>Схему обследования оториноларингологического больного.</p>	<p>Осуществить диагностическое, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся различных оториноларингологических заболеваниях и состояниях, Обосновать выбор лечения.</p>	<p>Основными методами обследования оториноларингологических больных.</p> <p>Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий.</p> <p>Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста.</p> <p>Определением объема первой и неотложной помощи и способов оказания ее;</p>	<p>Контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование</p> <p>письменное или компьютерное, реферат, Собеседование</p>

					Определением показаний к срочной или плановой госпитализации Оформление медицинской документации.	
7	ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации	Показания и сроки оказания медицинской помощи больным при чрезвычайных ситуациях.	Оказывать первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний при чрезвычайных ситуациях	Методами и способами оказания первой врачебной помощи в случаях возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний при чрезвычайных ситуациях	Собеседование
8	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Классификацию и основные характеристики и лекарственных средств. Фармакодинамику и фармакокинетику. Показания и противопоказания к применению лекарственных средств. Побочные эффекты. Показания к санаторно-курортному лечению	Обосновать выбор лекарственной, немедикаментозной терапии; физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, Разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	Алгоритмом назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных ЛОР заболеваний, применения природных лечебных факторов с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии Определение показаний к санаторно-курортному лечению	Собеседование
9	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной	Основы профилактической медицины, факторы риска развития и прогрессирования патологии лор органов.	Проводить мероприятия по первичной и вторичной профилактике заболеваний и укреплению здоровья на	Методами организации первичной профилактики заболеваний ЛОР органов в любой возрастной группе, формирования	Собеседование

		на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Методы просветительской работы	индивидуальном, групповом и популяционном уровне	мотивации к поддержанию здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек.	
10	ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основы законодательства Российской Федерации, основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения; основы страховой медицины в Российской Федерации, структуру и оснащение оториноларингологических отделений амбулаторной службы.	Анализировать и оценивать качество медицинской, оториноларингологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.	Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; оценками состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп; Анализировать и оценивать качество оториноларингологической помощи	Собеседование
11	ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Стандарты экспертной работы	Оценка качества оказания медицинской помощи	Анализ медицинской документации	Коллоквиум
12	ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Медицина чрезвычайных ситуаций	Методики осмотра и обследования больного в условиях МЧС	Оценка физикальных данных, Оценка состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Собеседование, рефераты

## 7. Структура и содержание практики

### Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
<b>1</b>	<b>Расширенная сердечно-легочная реанимация</b>	<b>36</b>		
1.1.	Базисная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	10 10
1.2.	Расширенная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов расширенной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	10
<b>2</b>	<b>Специальные профессиональные умения и навыки</b>	<b>72</b>		
2.1.	Техника горлосечения (трахеотомия, коникотомия).	24	Отработка навыков выполнения коникотомии и трахеотомии	10
2.2.	Остановка кровотечений из ЛОР органов	24	Отработка навыков выполнения передней и задней тампонады носа	10
2.3.	Техника выполнения операций на ухе.	24	Отработка на муляжах техники выполнения мастоидотомии, антротомии	10
2.4.	Техника выполнения операций на структурах носа околоносовых пазух.		Отработка на муляжах техники выполнения микрогайморотомии, резекции носовой перегородки	

## 8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная в форме зачета.

## 9. Фонд оценочных средств



## 9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

## 9.2. Оценочные средства

1. Ранними симптомами травматического шока является совокупность следующих признаков:

- Угнетение сознания, снижение АД до 90 мм ртст, брадикардия до 50 в 1 мин
- + Возбужденное состояние, бледные и влажные кожные покровы, положительный симптом белого пятна, тахикардия
- Снижение АД до 70 мм ртст, тахикардия, бледные и влажные кожные покровы
- Повышение АД до 130 мм ртст, акроцианоз, тахикардия

2. Шоковый индекс Альговера позволяет определить:

- Уровень угнетения сознания
- + Степень кровопотери
- Показания к применению вазопрессоров
- Показания к применению глюкокортикоидных гормонов

3. Какой препарат следует назначить пациенту с верифицированной асистолией?

- + Адреналин в дозе 1 мг внутривенно
- Атропин в дозе 3 мг внутривенно
- Бикарбонат натрия в дозе 2-4 мл/кг
- Магния сульфат в дозе 1-2 г

4. Вы участвуете в проведении реанимации пострадавшего шестидесяти лет. С помощью автоматизированного дефибриллятора выполнена дефибрилляция, что необходимо делать далее?

- Провести анализ ритма
- Оценить пульсацию на сонной артерии
- Оценить состояние сознания
- + Проводить непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких

5. У пациента сохраняется фибрилляция желудочков после проведения трех дефибрилляций, внутривенного введения одного мг адреналина, и четвертой дефибрилляции; установлена интубационная трубка. Какой препарат следует назначить?

- + Амиодарон внутривенно в дозе 300 мг, струйно быстро
- Лидокаин в дозе 1 – 1,5 мг/кг внутривенно струйно быстро
- Новокаинамид в дозе 50 мг/мин до общей дозы 17 мг/кг
- Магния сульфат 1-2 г, 500 мл натрия хлорида 0,9% внутривенно капельно

6. Пациенту с персистирующей фибрилляцией желудочков выполнена четвертая дефибрилляция после введения 1 мг адреналина. Вы планируете вводить адреналин каждые три минуты, по какой схеме следует проводить лечение адреналином?

- Адреналин следует вводить с наращиванием дозы при каждом последующем введении: 1 мг, 3 мг, 5 мг, 7 мг
- При неэффективности первого введения адреналина следует использовать высокие дозы препарата и вводить адреналин в дозе 0,2 мг/кг
- + Препарат следует вводить только в дозе 1 мг
- Препарат можно вводить только однократно

7. Вы прикрепили электроды автоматизированного дефибриллятора (ДА) 43-летнему пострадавшему, у которого отсутствует сознание, нет самостоятельного дыхания. Дефибриллятор "сообщает": "разряд не показан". Что Вы должны сделать?

- Незамедлительно выполнить еще раз анализ сердечного ритма
- + Проводить в течение 2 мин базовую сердечно-легочную реанимацию (СЛР) и еще раз проанализировать ритм
- Проводить только СЛР до прибытия специализированной бригады
- Удалить электроды ДА ~ Оценить дыхание, при отсутствии нормального дыхания проводить СЛР

8. Главное в лечении электрической активности без пульса:

- Ранее проведение кардиоверсии
- + Устранение ее причины
- Назначение атропина
- Прекардиальный удар

9. Какое рекомендуется соотношение непрямого массажа сердца и ИВЛ при проведении СЛР двумя спасателями. Пациент не интубирован.

- 3:1
- 5:1
- 15:2
- + 30:2

10. После первого безуспешного дефибриллирующего разряда с использованием монофазного дефибриллятора у взрослого пациента, второй разряд должен быть:

- Проведен немедленно с энергией 300 Дж
- Проведен немедленно с энергией 360 Дж
- Проведен через 2 мин базовой сердечно-легочной реанимации(СЛР) с энергией 200 Дж
- + Проведен через 2 мин СЛР с энергией 360 Дж

11. С чего рекомендуется начинать базовую СЛР у детей?

- 2 вдоха, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
- + 5 вдохов, оценка пульса, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
- 5 вдохов, затем 30 компрессий непрямого массажа сердца
- 15 компрессий непрямого массажа сердца, затем 2 вдоха

12. Укажите препарат, назначение которого показано при лечении асистолии в качестве начальной терапии?

- Атропин
- Лидокаин
- + Адреналин

- Кордарон

13. Укажите соотношение компрессий грудной клетки и ИВЛ при проведении базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых:

- 5:2
- 15:1
- 15:2
- + 30:2

14. Укажите, какой вид терапии в наибольшей степени увеличивает выживаемость пациентов с фибрилляцией желудочков?

- Адреналин
- + Дефибрилляция
- Кислород
- Кордарон

15. Временный гемостаз осуществляется:

- Лигированием сосуда в ране
- Наложением сосудистого шва
- + Давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием
- Диатермокоагуляцией

16. У мужчины, пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии, диагностирован закрытый перелом лодыжки и перелом пятого ребра слева. АД – 110/70 мм ртст, ЧСС – 92 в 1 мин. ЧД— 20 в 1 мин. Укажите необходимый объем инфузионной терапии

- 500 мл
- + Инфузионная терапия не требуется
- 250 мл
- 750 мл

17. Пациент с частотой ритма 30-40 импульсов в минуту предъявляет жалобы на головокружение и одышку при небольшой физической нагрузке. Какой препарат следует назначить?

- + Атропин 0,5 мг внутривенно
- Адреналин в дозе 1 мг внутривенно струйно быстро
- Аденозин в дозе 6 мг внутривенно
- Кордарон в дозе 300 мг

18. Какой из перечисленных препаратов необходимо применить в первую очередь для купирования болей в груди, связанных с острой ишемией миокарда?

- Лидокаин болюсом после продолжительной инфузии лидокаина
- + Нитроглицерин сублингвально
- Амиодарон болюсно после перорального применения ингибиторов АПФ
- Блокаторы кальциевых каналов в сочетании с внутривенным введением фуросемида

19. Пациент с жалобами на сжимающие боли за грудиной, длящиеся в течение 30 мин. В анамнезе длительное курение, диабет, контролируемый диетой. АД 110/70 мм рт ст. пульс 90 ударов в минуту; по данным ЭКГ в 12 отведениях: ритм синусовый, 90 в мин. Назначен аспирин, подача кислорода в режиме 2 л/мин через назальную канюлю; нитроглицерин оказался неэффективен, боли сохраняются. Какой препарат вы назначите?

- Атропин 0,5 мг в/в
- Лидокаин 1-1,5 мг/кг

- + Морфина сульфат 3-5 мг в/в
- Аспирин в дозе 300 мг

20. Средство выбора в лечении полиморфной желудочковой тахикардии:

- Адреналин
- Атропин
- + Сульфат магния
- Лидокаин

21. Орофарингеальный воздуховод:

- Исключает необходимость контроля положения головы
- Имеет преимущества перед интубацией трахеи
- + Может вызвать рвоту и ларингоспазм у пациентов в сознании
- Исключает возможность обструкции верхних дыхательных путей

22. Основным критерием эффективности ИВЛ методом «рот-в-рот», «рот-в-маску» является:

- + Экскурсия грудной клетки
- Изменение цвета кожных покровов
- Восстановление сознания
- Появление самостоятельного дыхания

23. Основным критерием эффективности непрямого массажа сердца является:

- Диастолическое АД не менее 60 мм.рт.ст
- Ясные, звучные тоны при аускультации
- + Передаточная пульсация на сонных артериях
- Переломы ребер

24. Основными задачами клинико-диагностической лаборатории являются все, кроме:

- 1) организации качественного и своевременного выполнения клинических лабораторных исследований
- 2) внедрения новых технологий и методов лабораторного исследования
- 3) проведения мероприятий по охране труда, санитарно-эпидемиологического режима
- 4) осуществления платных медицинских услуг

## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

### 1. Литература

Основная:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Базовая сердечно-лёгочная реанимация: учебное пособие	Моисеева, Ирина Евгеньевна	Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013	125	
2	Алгоритмы расширенной реанимации: остановка	Дубикайтис, Татьяна	Изд-во СЗГМУ им.	10	

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	кровообращения, острый коронарный синдром	Александровна	И. И. Мечникова, 2016		
3	Клиническая лабораторная диагностика. Толкование результатов исследований: справочник для врачей	/ В. В. Медведев, Ю. З. Волчек; ред. В. А. Яковлев.	3-е изд., испр. и доп. - СПб. : Гиппократ, 2006. - 360 с	4	
<b>Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE</b>					
	Неотложная помощь при urgentных состояниях и заболеваниях Лор-органов.	Вержбицкий Г.В. , Кутуков Ю.Н., Артюшкин С.А., Кустов М.О.			

## 11. Материально-техническое обеспечение

**Материально-техническое обеспечение дисциплины:** Симуляционный центр СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Пискаревский пр. 47 для отработки практических навыков по оказанию неотложной медицинской помощи в объеме первой врачебной помощи при неотложных состояниях. Манекен для проведения расширенной сердечно-легочной реанимации.

## 12. Методические рекомендации по прохождению практики

Производственная (клиническая) практика в форме обучающего симуляционного курса является компонентом основной профессиональной образовательной программы ординатуры и направлена на формирование и отработку практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-оториноларинголога.

Проведение обучающего симуляционного курса обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

Итогом прохождения практики в форме обучающего симуляционного курса является дифференцированный зачет.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)



«УТВЕРЖДАЮ»

экз. № \_\_\_\_\_

И.о. проректора по учебной работе, науке и  
инновационной деятельности

\_\_\_\_\_ / А.В. Силин/  
«31» августа 2017

### ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.58 оториноларингология
<i>Форма обучения</i>	очная
<i>Вид практики</i>	Производственная (клиническая) практика
<i>Тип практики</i>	Вариативная часть
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	12
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	432

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.58 оториноларингологии утвержденного ФГОС ВО от «25» августа 2014 г. № 1077 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

***Составители программы практики:***

Артюшкин С.А. заведующий кафедрой оториноларингологии, профессор, д.м.н., доцент  
Безрукова Е.В., к.м.н.

***Рецензент:*** Карпищенко С.А., заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО  
СПГМУ им. И.П. Павлова, д.м.н.  
(Ф.И.О., должность, степень)

Программа практики обсуждена на заседании кафедр(ы) инфекционных болезней  
(наименование кафедры)

«6» июня 2017 г. протокол № 11

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики .....	4
2. Задачи практики .....	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы..	4
4. Формы проведения практики.....	4
5. Время и место проведения практики .....	4
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	4
7. Структура и содержание практики.....	10
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	10
9. Фонд оценочных средств .....	10
9.1. Критерии оценки .....	10
9.2. Оценочные средства.....	11
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение .....	89
11. Материально-техническое обеспечение .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
12. Методические рекомендации по прохождению практики.....	92



## 1. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по инфекционным болезням, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача - оториноларинголога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

## 2. Задачи практики

Изучить организацию лечебно-диагностического процесса и проведения профилактических мероприятий при оказании врачебной помощи на отделении оториноларингологии. Научиться проводить обследование лор- больного (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Научиться оценивать дифференциально-диагностическую значимость симптомов и синдромов, характерных для болезней уха, горла и носа. Научиться формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10. Научиться осуществлять лечение лор- больных и их последующую реабилитацию с учетом этиологии, тяжести болезни и сопутствующих патологических состояний. Научиться проводить диагностику и лечение сопутствующих заболеваний, относящихся к смежным дисциплинам, с привлечением при необходимости для консультации соответствующих специалистов. Научиться определять показания и противопоказания к проведению реанимации. Научиться осуществлять раннюю диагностику заболеваний лор-органов по клиническим синдромам, дифференциальную диагностику.

## 3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к вариативной части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.58 оториноларингология.

## 4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

## 5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится в течение первого и второго года обучения в ординатуре на базах: СЗГМУ им. И.И. Мечникова клиника Петра Великого, СПб ГУЗ Покровская, СПб ГУЗ «Святой преподобной мученицы Елизаветы», ГДБ №19, Всеволожская областная больница, ГДБ№5.

## 6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

п/п	Номер/индекс	Содержание компетенции или ее части (в соответствии с	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные

	комп етен ции	ФГОС и паспортами компетенций)				средства
1	2	3	4	5	6	7
1.	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Основы профилактической медицины в области оториноларингологии. Знать социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке к профессиональной деятельности в области оториноларингологии. Принципы здорового образа жизни.	Проводить с населением мероприятия по первичной профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний ЛОР органов. Осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.	Навыками разработки плана первичной профилактики наиболее часто встречающихся ЛОР заболеваний с учетом течения этих заболеваний. Навыками подбора и назначения лекарственной терапии, использования методов немедикаментозного лечения, проведения реабилитационных мероприятий по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.	Собеседование
2.	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Основы профилактической медицины в области оториноларингологии. принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения,	Проводить профилактические медицинские осмотры, диспансерное наблюдение и мероприятия в группах риска для предупреждения развития хронических болезней ЛОР органов ,	Навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослых и подростков методами контроля за эффективностью диспансеризации	Собеседование

			принципы реабилитации пациентов.	и снижения частоты сердечнососудистых осложнений.		
3.	ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Эпидемиологию инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний. Принципы осуществления противоэпидемических мероприятий. Основы защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях. Особенности организации оказания медицинской помощи, проведения реанимационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях, при катастрофах в мирное и военное время.	Проводить противоэпидемические мероприятия, профилактические медицинские осмотры, оценивать опасность и последствия радиоактивной обстановки..	Навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослых и подростков.	Собеседование
4	ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Основы социальной гигиены, основы медицинской статистики.	Применять методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.	Навыками медико-статистического анализа для получения информации о показателях здоровья населения.	Собеседование

5	ПК-5	<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики ЛОР заболеваний          Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни.          Принципы классификации в соответствии кодам классификационной системы МКБ-10..</p>	<p>Оценивать результаты основных и дополнительных методов диагностики, используемые в ЛОР практике          Проводить диагностику и дифференциальную диагностику с использованием различных методов.          На основании данных основных и дополнительных исследований выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния в практике оториноларинголога</p>	<p>Методами общего клинического обследования детей и взрослых.          Навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов основных и дополнительных методов исследования в оториноларингологии в соответствии с кодами МКБ-10</p>	<p>Контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, реферат, Собеседование</p>
6	ПК-6	<p>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании оториноларингологической медицинской помощи</p>	<p>Структурные и функциональные основы нормы и патологии в оториноларингологической практике.,          Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики оториноларингологических заболеваний.          Схему обследования оториноларингологического больного.</p>	<p>Осуществить диагностические, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся различных оториноларингологических заболеваниях и состояниях,          Обосновать выбор лечения.</p>	<p>Основными методами обследования оториноларингологических больных.          Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий.          Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста.          Определением объема первой и неотложной помощи и способов оказания ее;          Определением</p>	<p>Контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, реферат, Собеседование</p>

					показания к срочной или плановой госпитализации Оформление медицинской документации.	
7	ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации	Показания и сроки оказания медицинской помощи больным при чрезвычайных ситуациях.	Оказывать первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний при чрезвычайных ситуациях	Методами и способами оказания первой врачебной помощи в случаях возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний при чрезвычайных ситуациях	Собеседование
8	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Классификацию и основные характеристики и лекарственных средств. Фармакодинамику и фармакокинетику. Показания и противопоказания к применению лекарственных средств. Побочные эффекты. Показания к санаторно-курортному лечению	Обосновать выбор лекарственной, немедикаментозной терапии; физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, Разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	Алгоритмом назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных ЛОР заболеваний, применения природных лечебных факторов с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии Определение показания к санаторно-курортному лечению	Собеседование
9	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение	Основы профилактической медицины, факторы риска развития и прогрессирования патологии лор органов. Методы	Проводить мероприятия по первичной и вторичной профилактике заболеваний и укреплению здоровья на индивидуальн	Методами организации первичной профилактики заболеваний ЛОР органов в любой возрастной группе, формирования мотивации к	Собеседование

		и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	просветительской работы	ом, групповом и популяционно м уровне	поддержанию здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек.	
10	ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основы законодательства Российской Федерации, основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения; основы страховой медицины в Российской Федерации, структуру и оснащение оториноларингологических отделений амбулаторной службы.	Анализировать и оценивать качество медицинской, оториноларингологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.	Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; оценками состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп; Анализировать и оценивать качество оториноларингологической помощи	Собеседование
11	ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Стандарты экспертной работы	Оценка качества оказания медицинской помощи	Анализ медицинской документации	Коллоквиум
12	ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Медицина чрезвычайных ситуаций	Методики осмотра и обследования больного в условиях МЧС	Оценка физикальных данных, Оценка состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Собеседование, рефераты

## 7. Структура и содержание практики

### Учебно-тематический план

№ п/п	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
<b>Клиника, диагностика и лечение заболеваний верхних дыхательных путей и уха.</b>	60	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	50
<b>Неотложная помощь в оториноларингологической практике.</b>	60	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	50
<b>Профессиональный отбор и экспертиза в оториноларингологии</b>	40	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	40
<b>Новообразования верхних дыхательных путей и уха</b>	40	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	50
<b>Детская оториноларингология</b>	52	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	50
<b>Клинико-диагностическое поликлиническое отделение, организация оториноларингологической помощи</b>	180	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный сбор анамнеза, заполнение историй болезни, осмотр больных	80

## 8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная в форме зачета

## 9. Фонд оценочных средств

### 9.1. Критерии оценки

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины (90 вопросов) Пример. Острый риносинусит. Этиология, патогенез, клиника, лечение	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса.
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам инфекционные болезни	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий по теме инфекционные болезни	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

## 9.2. Оценочные средства

*Включаются все оценочные средства, используемые при текущем контроле и промежуточной аттестации*



Вопросы для собеседования:

1. Связь оториноларингологии с гигиеническими и другими специальностями. Профилактическая направленность оториноларингологии.
2. Работа врача ЛОР-кабинета поликлиники.
3. Показания для проведения основных видов специализированной помощи (ЛОР-онкология, фониятрия, логопедия, сурдология).
4. Организация фониатрической и логопедической помощи населению.
5. Организация сурдологопедической помощи населению.
6. Организация скорой помощи оториноларингологическим больным.
7. Диспансеризация в оториноларингологии и ее роль в снижении заболеваемости населения.
8. Роль оториноларингологической службы в профилактике профессиональной патологии. Значение профессионального отбора (оториноларингологического) для профилактики профессиональных заболеваний и снижения промышленного травматизма.
9. Условия работы в ЛОР-кабинете территориальной поликлиники и медсанчасти промышленного предприятия. Обязанности ЛОР-врача территориальной поликлиники.
10. Формы профилактической работы оториноларинголога территориальной поликлиники.
11. Обязанности ЛОР-врача медсанчасти промышленного предприятия. Формы профилактической работы оториноларингологов медсанчасти промышленного предприятия.
12. Клиническая анатомия наружного уха. Особенности топографии.
13. Анатомия барабанной полости. Топографическая анатомия барабанной полости
14. Сосцевидный отросток, типы строения. Топография сигмовидного синуса.
15. Слуховая труба. Особенности строения в детском возрасте. Методы определения проходимости слуховой трубы.
16. Функции слуховой трубы. Значение исследования проходимости слуховых труб при профотборе для профилактики аэроотитов и травм барабанной перепонки.
17. Ход лицевого нерва в височной кости и ветви, отходящие от него в барабанной полости.
18. Анатомия улитки, строение спирального органа. Связь улитки с другими отделами лабиринта и субарахноидальным пространством. Изменения в спиральном органе, связанные с длительным воздействием вибрации и шума.
19. Звукопроводящий аппарат уха. Особенности проведения звука через наружный слуховой проход, среднее ухо и жидкостные среды внутреннего уха. Механизмы усиления звука на уровне барабанной полости.
20. Физиологические и психоакустические характеристики слуха. Характеристики звука (высота, сила, тембр). Слуховой диапазон.
21. Методы исследования слуховой функции. Слуховой паспорт. Значение аудиометрических методов исследования при профотборе и динамическом наблюдении за лицами, работающими в условиях интенсивного производственного шума и вибрации.
22. Понятие “акустический импеданс”. Заболевания, при которых он нарушается.
23. Стато-кинетический анализатор. Физиологическое значение. Особенности вестибулярного анализатора.
24. Анатомия полукружных каналов ушного лабиринта. Строение ампулярного рецептора.
25. Анатомия преддверия ушного лабиринта. Строение отолитового рецептора.

26. Жидкости внутреннего уха и их роль в функции лабиринта.
27. Связь вестибулярного анализатора с системами и органами организма. Основные проводящие пути (тракты). Три группы вестибулярных реакций.
28. Физиология полукружных каналов. Вестибулярные законы Эвальда и Воячека.
29. Экспериментальное исследование функции полукружных каналов (калорическая, вращательные пробы).
30. Физиология отолитового отдела вестибулярного анализатора. Исследование отолитовой функции лабиринтов (отолитоликовые пробы Воячека, четырехштанговые качели Хилова, непрямая отолитометрия). Методы исследования отолитового аппарата, применяемые при профотборе в авиацию и морской флот.
31. Методы исследования функции вестибулярного аппарата. Вестибулярный паспорт.
32. Дифференциальная диагностика поражения вестибулярного аппарата и мозжечка.
33. Исследование функций вестибулярного анализатора при профотборе.
34. Классификация раздражителей слухового и вестибулярного рецепторов.
35. Слуховая и вестибулярная рецепция с позиции принципиальной схемы действия рецепторов.
36. Симптомокомплекс укачивания, патогенез, лечение.
37. Клиническая анатомия полости носа. Кровоснабжение. Венозный отток.
38. Две функциональные зоны в полости носа. Строение слизистой оболочки дыхательной зоны носа и придаточных пазух. Изменения слизистой оболочки носа при профессиональных заболеваниях.
39. Морфология и функция кавернозной ткани в полости носа.
40. Строение обонятельной зоны полости носа. Проводящие пути. Особенности обонятельной функции носа. Причины нарушения обоняния.
41. Методы исследования дыхательной и обонятельной функции носа. Классификация обонятельных веществ по Цваадемакеру. Методы исследования, применяемые при отборе и профилактических осмотрах рабочих некоторых промышленных предприятий.
42. Топографическая анатомия и физиологическое значение придаточных пазух носа.
43. Функции носа основные и не основные. Защитная функция при профвредности.
44. Клиническая анатомия глотки. Топография.
45. Роль лимфоидной ткани глотки в формировании общей и местной реактивности организма.
46. Морфология и функции небных миндалин. Их отличительные особенности от других миндалин.
47. Клиническая физиология глотки. Функции глотки. Акт глотания.
48. Клиническая анатомия гортани. Особенности иннервации. Основные функции гортани. Парезы и параличи мышц гортани.
49. Мышцы гортани.
50. Клиническая анатомия и физиология пищевода.
51. Воспалительные заболевания наружного уха (экзема, рожистое воспаление, перихондрит) этиология, клиника, лечение.
52. Наружный диффузный и ограниченный отиты.
53. Отомикозы. Этиология, клиника, лечение.
54. Инородные тела и травмы наружного уха, клиника, лечение. Серная пробка. Отгематома.
55. Травматические повреждения среднего уха, диагностика, лечение. Разрыв барабанной перепонки. Гематотимпанум.

56. Острый гнойный средний отит, этиология, патогенез, клиника, лечение. Возможные осложнения. Роль школьного врача в профилактике заболеваний наружного уха и среднего уха.
57. Мастоидит, разновидности мастоидитов. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики, профилактика
58. Травматический разрыв цепи слуховых косточек, диагностика, лечение.
59. Профессиональные заболевания органа слуха.
60. Хронический гнойный средний отит. Классификация, диагностика, профилактика.
61. Хронический гнойный мезотимпанит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика. Осложнения.
62. Хронический гнойный эпитимпанит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика. Осложнения.
63. Внутричерепные осложнения гнойных воспалений среднего уха (принципы лечения и профилактики).
64. Экссудативный средний отит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
65. Синустромбоз, этиология, клиника, лечение, профилактика. Отогенный сепсис, клиника, лечение, профилактика.
66. Отогенный парез лицевого нерва. Дифференциальная диагностика уровней поражения, лечение, профилактика.
67. Лабиринтиты. Этиология, классификация, клиника, лечение. Дифференциальная диагностика лабиринтитов и мозжечковых расстройств.
68. Сальпингоотит. Аэроотит, причины, клиника, профилактика.
69. Адгезивный средний отит, этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
70. Болезнь Меньера. Патогенез, клиника, лечение. Трудоустройство больных.
71. Отосклероз, патогенез, клиника, принципы хирургического лечения.
72. Сенсоневральная тугоухость. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Этиология в патогенезе шумовой тугоухости, клиника шумовой тугоухости.
73. Баротравма мирного и военного времени, клиника, оказание первой помощи.
74. Аллергия в патологии уха.
75. Фурункул носа, клиника, лечение, осложнения, профилактика.
76. 79. Острый ринит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Возможные исходы. Дифференциальная диагностика ринита при гриппе, гонорее, дифтерии.
77. Хронические риниты. Классификация, лечение. Роль профессиональных факторов в развитии острых и хронических ринитов. Озена. Роль социальных факторов в ее происхождении. Профотбор и трудоустройство больных озеной.
78. Вазомоторный риносинусит. Классификация. Лечение.
79. Острое воспаление верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Аэросинусит.
80. Острый гнойный фронтит. Сфеноидит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Осложнения.
81. Хроническое воспаление придаточных пазух носа. Патогенез, клиника, лечение, диагностика, профилактика. Осложнения.
82. Инфекционно-аллергический риносинусит, клиника, диагностика, лечение.
83. Тромбоз пещеристого синуса риногенной этиологии. Клиника, диагностика, лечение.
84. Носовые кровотечения. Патогенез, лечение, профилактические мероприятия при повторяющихся носовых кровотечениях.

85. Травмы носа. Гематома и абсцесс носовой перегородки. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
86. Злокачественные новообразования носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Особенности ранней диагностики.
87. Профессиональные заболевания носа. Противопоказания для работы в цехах с повышенной влажностью, запыленностью, загазованностью и неблагоприятными температурными режимами.
88. Классификация ангин. Первичные и вторичные ангины. Осложнения простых ангин, местные и общие. Профилактика ангин на промышленных предприятиях и школах-интернатах.
89. Ангина язычной миндалины. Воспаление боковых валиков, клиника, лечение, профилактика.
90. Аденоидные вегетации. Аденоидиты. Влияние отсутствия носового дыхания на деятельность отдельных органов и систем. Гипертрофия небных миндалин в детском возрасте. Клиника. Диагностика. Лечение.
91. Дифтерия глотки. Поражение глотки при скарлатине и кори. Ложный круп. Дифдиагностика, лечение.
92. Хронический тонзиллит. Классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика. Лечение хронических тонзиллитов как профилактика общих и местных осложнений.
93. Острые и хронические фарингиты. Фарингомикоз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
94. Новообразования глотки. Классификация. Диагностика. Лечение. Юношеская ангиофиброма.
95. Острые и хронические ларингиты. Роль бытовых, метеорологических и профессиональных факторов в этиологии этих заболеваний.
96. Горланная ангина. Патогенез, клиника, лечение, профилактика.
97. Острые стенозирующие ларинготрахеобронхиты. Понятие об истинном и ложном крупе.
98. Острые стенозы гортани. Причины, клиника, стадии стеноза. Скорая и неотложная помощь при них.
99. Хронические стенозы гортани, причины, клиника, лечение, профилактика.
100. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов. Клиника, методы исследования, диагностика, профилактика.
101. Инородные тела пищевода, клиника, диагностика, лечение, профилактика, осложнения.
102. Клиническая классификация злокачественных новообразований верхних дыхательных путей. Принципы диагностики злокачественных новообразований гортани в начальных стадиях.
103. Доброкачественные новообразования гортани. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
104. Злокачественные новообразования гортани, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
105. Трахеотомия. Показания. Виды трахеостомий. Этапы проведения операции. Возможные осложнения.
106. Травмы гортани, их диагностика, лечение, осложнения. Первая лечебная помощь при огнестрельных ранениях гортани.
107. Клиника, лечение ожогов и инородных тел пищевода.
108. Дифференциальная диагностика туберкулеза, сифилиса и рака гортани.
109. Склерома дыхательных путей, патогенез, клиника, лечение.

## Тестовые задания:

Ф		
В	001	УЛИТКОВЫЙ ХОД НА ПОПЕРЕЧНОМ РАЗРЕЗЕ ИМЕЕТ ФОРМУ
О	А	Треугольную
О	Б	Овальную
О	В	Округлую
О	Г	Ромбовидную
В	002	УЛИТКА ДЕЛАЕТ СПИРАЛЕОБРАЗНЫЕ ЗАВИТКИ ВОКРУГ:
О	А	Стержня
О	Б	Преддверия лабиринта
О	В	Спиральной пластинки
О	Г	Базиллярной мембраны
В	003	ИССЛЕДОВАНИЕ ЗВУЧАНИЯ КАМЕРТОНА С-128 С СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ПРИ ОТКРЫТОМ И ЗАКРЫТОМ НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЫТОМ:
О	А	Бинга
О	Б	Швабаха
О	В	Ринне
О	Г	Желле
В	004	ВЕРХНИЙ ЭТАЖ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Эпитимпанум
О	Б	Мезотимпанум
О	В	Гипотимпанум
О	Г	Анtrum
В	005	ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ СЛОЙ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Наружным
О	Б	Средним
О	В	Внутренним
О	Г	Краевым
В	006	ПЕРЕДНЯЯ СТЕНКА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ГРАНИЧИТ:
О	А	С суставной сумкой височно-нижнечелюстного сустава
О	Б	С околоушной железой
О	В	С передней стенкой сосцевидного отростка
О	Г	С дном средней черепной ямки
В	007	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА:
О	А	Выраженное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости, разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости (более 20-25 дБ)
О	Б	Разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости отсутствует или не превышает 15 дБ

<input type="radio"/>	В	Выраженное повышение порогов слышимости по костной проводимости
<input type="radio"/>	Г	Выраженное понижение порогов слышимости по воздушной проводимости
В	008	СИЛА ШЕПОТНОЙ РЕЧИ В ДБ РАВНЯЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	10-15 дБ
<input type="radio"/>	Б	40-45 дБ
<input type="radio"/>	В	25-30 дБ
<input type="radio"/>	Г	45-50 дБ
В	009	НИЖНИЙ ЭТАЖ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Гипотимпанум
<input type="radio"/>	Б	Мезотимпанум
<input type="radio"/>	В	Эпитимпанум
<input type="radio"/>	Г	Субтимпанум
В	010	ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ ЗВУКА В КАМЕРТОНАЛЬНОМ ОПЫТЕ ВЕБЕРА БУДЕТ:
<input type="radio"/>	А	В больную сторону
<input type="radio"/>	Б	В здоровую сторону
<input type="radio"/>	В	Латерализации не будет
<input type="radio"/>	Г	Кпереди
В	011	СРЕДНИЙ ЭТАЖ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Мезотимпанум
<input type="radio"/>	Б	Эпитимпанум
<input type="radio"/>	В	Гипотимпанум
<input type="radio"/>	Г	Анtrum
В	012	ПОСРЕДСТВОМ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ БАРАБАННАЯ ПОЛОСТЬ СООБЩАЕТСЯ С:
<input type="radio"/>	А	Носоглоткой
<input type="radio"/>	Б	Преддверием лабиринта
<input type="radio"/>	В	Сосцевидным отростком
<input type="radio"/>	Г	Улиткой
В	013	БАРАБАННАЯ ПЕРЕПОНКА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ ФОРМУ:
<input type="radio"/>	А	Округлую
<input type="radio"/>	Б	Овальную
<input type="radio"/>	В	Почкообразную
<input type="radio"/>	Г	Ромбовидную
В	014	ПРИ ПЕРЕДАЧЕ ЗВУКОВЫХ КОЛЕБАНИЙ С БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ НА ПОДНОЖНУЮ ПЛАСТИНУ СТРЕМЕНИ СИЛА ЗВУКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В ДБ НА:
<input type="radio"/>	А	25
<input type="radio"/>	Б	40
<input type="radio"/>	В	60

О	Г	20
В	015	НАРУЖНАЯ СТЕНКА БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ОБРАЗОВАНА:
О	А	Барабанной перепонкой и костной частью слухового прохода
О	Б	Устьем слуховой трубы и сухожилием <i>m. tensor tympani</i>
О	В	Мысом, окном преддверия, окном улитки, лицевым нервом и горизонтальным полукружным каналом
О	Г	Входом в пещеру сосцевидного отростка и нисходящим отрезком лицевого нерва
В	016	ЛЕСТНИЦА ПРЕДДВЕРИЯ СООБЩАЕТСЯ С БАРАБАННОЙ ЛЕСТНИЦЕЙ НА ВЕРХУШКЕ УЛИТКИ ЧЕРЕЗ:
О	А	Внутренний слуховой проход
О	Б	Окно улитки
О	В	Геликотрему
О	Г	Водопровод преддверия
В	017	СЛУХОВОЙ (СПИРАЛЬНЫЙ) ГАНГЛИЙ РАСПОЛОЖЕН:
О	А	На костной спиральной пластинке ( <i>lamina spiralis ossea</i> )
О	Б	В канале <i>modiolus</i>
О	В	На дне внутреннего слухового прохода
О	Г	На латеральной стенке <i>ductus cochlearis</i>
В	018	ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ УЛИТКИ ЗАПОЛНЕН:
О	А	Эндолимфой
О	Б	Перилимфой
О	В	Соединительной тканью
О	Г	Кортиелимфой
В	019	КОЖА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СОДЕРЖИТ ВОЛОСЫ, САЛЬНЫЕ И СЕРНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В СЛЕДУЮЩЕМ ОТДЕЛЕ:
О	А	В перепончато-хрящевом
О	Б	В костном
О	В	В костном и перепончато-хрящевом
О	Г	Вблизи барабанной перепонки
В	020	К СРЕДНЕМУ УХУ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВОЗДУХОНОСНЫЕ ПОЛОСТИ:
О	А	Барабанная полость, клетки сосцевидного отростка, евстахиева труба.
О	Б	Барабанная полость, <i>antrum, attic</i>
О	В	<i>Epi tympanum, mesotympanum, hypotympanum</i>
О	Г	Барабанная полость
В	021	НАД ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ РАСПОЛОЖЕНО СЛЕДУЮЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ:
О	А	Канал лицевого нерва
О	Б	Промонториум
О	В	Ампула горизонтального полукружного канала
О	Г	<i>m. Stapedius</i>

В	022	ИНФЕКЦИЯ ИЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ЧЕРЕЗ САНТОРИНИЕВЫ ЩЕЛИ МОЖЕТ ПРОНИКНУТЬ:
О	А	В область околоушной железы
О	Б	В сосцевидный отросток
О	В	В подчелюстные лимфоузлы
О	Г	В фаллопиев канал
В	023	БАРАБАННУЮ ПОЛОСТЬ СНАБЖАЮТ КРОВЬЮ ВЕТВИ СЛЕДУЮЩИХ ОСНОВНЫХ АРТЕРИЙ:
О	А	Наружной сонной артерии и частично внутренней
О	Б	Позвоночной артерии и частично наружной
О	В	Наружной сонной артерии, позвоночной и частично внутренней
О	Г	Внутренней сонной артерии
В	024	СОДЕРЖИМОЕ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ СОСТАВЛЯЮТ:
О	А	Слуховые косточки, связки, мышцы, нервы
О	Б	Слуховые косточки, полукружные каналы
О	В	Слуховые косточки, слизистая оболочка
О	Г	Слуховые косточки, соединительная ткань
В	025	ПЕРЕПОНЧАТАЯ УЛИТКА ОБРАЗОВАНА:
О	А	Рейснеровой мембраной, спиральной связкой, основной мембраной
О	Б	Рейснеровой и покровной мембранами
О	В	Рейснеровой и основной мембранами
О	Г	Основной мембраной, спиральной пластинкой, наружной костной стенкой
В	026	В ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА УЧАСТВУЮТ ВЕТОЧКИ СЛЕДУЮЩИХ НЕРВОВ:
О	А	Блуждающего нерва, тройничного нерва
О	Б	Лицевого нерва, языкоглоточного нерва
О	В	Барабанной струны, лицевого нерва
О	Г	Тройничного нерва, языкоглоточного нерва
В	027	НИСТАГМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ИЛИ ИЗМЕНЯЮЩИЙСЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННОМ ПОЛОЖЕНИИ ГОЛОВЫ, НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Позиционным
О	Б	Установочным
О	В	Оптокинетическим
О	Г	Калорическим
В	028	ТОШНОТА, РВОТА, ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ, ПОВЫШЕННАЯ САЛИВАЦИЯ ЭТО:
О	А	Проявление вестибуло-вегетативной реакции
О	Б	Проявление вестибуло-сенсорной реакции
О	В	Проявление вестибуло-соматической реакции
О	Г	Признаки повышения внутричерепного давления
В	029	В САККУЛЮСЕ И УТРИКУЛЮСЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ:
О	А	Отолитовый аппарат
О	Б	Кортиев орган



О	В	Купулярный аппарат
О	Г	Сосудистая полоска
В	030	ПРИ КРАЙНЕМ ОТВЕДЕНИИ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК ВОЗНИКАЕТ НИСТАГМ, КОТОРЫЙ НАЗЫВАЮТ:
О	А	Установочным
О	Б	Позиционным
О	В	Оптокинетическим
О	Г	Поствращательным
В	031	КАЛОРИЧЕСКАЯ ПРОБА ЭТО:
О	А	Метод исследования купулярного аппарата
О	Б	Метод исследования отолитового аппарата
О	В	Метод исследования целостности барабанной перепонки
О	Г	Метод исследования функции кохлеарного нерва
В	032	ПОД ВЛИЯНИЕМ СИЛЫ ГРАВИТАЦИИ ПРОИСХОДИТ:
О	А	Раздражение отолитового аппарата
О	Б	Раздражение купулярного аппарата горизонтального полукружного канала
О	В	Раздражение купулярного аппарата сагиттального полукружного канала
О	Г	Раздражение купулярного и отолитового аппаратов
В	033	РЕАКЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ БОЛЬНОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛАБИРИНТА, НАХОДЯЩИЙСЯ В ПОЗЕ РОМБЕРГА, ОТКЛОНЯЕТСЯ В СТОРОНУ МЕДЛЕННОГО КОМПОНЕНТА НИСТАГМА, ПО КЛАССИФИКАЦИИ В.И. ВОЯЧЕКА НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Гармоничной
О	Б	Дисгармоничной
О	В	Атипичной
О	Г	Типичной
В	034	ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ФИСТУЛА КОСТНОЙ СТЕНКИ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА, ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ ВЫЗОВЕТ НИСТАГМ, КОТОРЫЙ НАЗЫВАЮТ:
О	А	Прессорный
О	Б	Калорический
О	В	Спонтанный
О	Г	Установочный
В	035	ЖИДКОСТЬ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Эндолимфа
О	Б	Перилимфа
О	В	Ликвор
О	Г	Плазма
В	036	ЖИДКОСТЬ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ КОСТНЫЙ ЛАБИРИНТ НАЗЫВАЕТСЯ:

О	А	Перилимфа
О	Б	Ликвор
О	В	Транссудат
О	Г	Эндолимфа
В	037	ВЕСТИБУЛОСЕНСОРНЫЕ РЕАКЦИИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМАХ:
О	А	Головокружение
О	Б	Тошнота, рвота, изменение гемодинамики
О	В	Нарушение мышечного тонуса
О	Г	Зрительные нарушения
В	038	ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ ГАНГЛИЙ РАСПОЛОЖЕН:
О	А	Во внутреннем слуховом проходе
О	Б	В сферическом и эллиптическом мешочках
О	В	На площадке пирамиды височной кости
О	Г	В области спиральной костной пластинки
В	039	ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛАБИРИНТА БОЛЬНОЙ В ПОЗЕ РОМБЕРГА ПРИ ПОВОРОТЕ ГОЛОВЫ В СТОРОНУ:
О	А	Отклоняется в сторону медленного компонента нистагма
О	Б	Отклоняется в сторону быстрого компонента нистагма
О	В	Отклонение не зависит от направления нистагма
О	Г	Отклонение не зависит от поворота головы
В	040	НАПРАВЛЕНИЕ НИСТАГМА ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ЛАТЕРАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА:
О	А	Горизонтальный
О	Б	Ротаторный
О	В	Вертикальный
О	Г	Диагональный
В	041	НИСТАГМ 1-ОЙ СТЕПЕНИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	При взгляде в сторону быстрого компонента
О	Б	При взгляде прямо
О	В	При взгляде в сторону медленного компонента
О	Г	При взгляде в стороны и прямо
В	042	НИСТАГМ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФИКСАЦИИ ВЗГЛЯДА:
О	А	В сторону медленного компонента
О	Б	Только в сторону быстрого компонента
О	В	Только при закрытых глазах
О	Г	Только при взгляде прямо
В	043	КУПУЛЯРНЫЙ АППАРАТ РАСПОЛОЖЕН НА СЛЕДУЮЩЕМ ОБРАЗОВАНИИ:
О	А	На cristae ampularis
О	Б	На костной спиральной пластинке
О	В	На стенке полукружного канала
О	Г	На maculae saculae, maculae utriculae

В	044	НИЖНЯЯ НОСОВАЯ РАКОВИНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
О	А	Самостоятельную кость
О	Б	Отросток нёбной кости
О	В	Отросток решётчатой кости
О	Г	Отросток верхней челюсти
В	045	ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПОЛОСТИ НОСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:
О	А	1-ой и 2-ой ветвями тройничного нерва
О	Б	Отдельными веточками обонятельного нерва
О	В	3-ей ветвью тройничного нерва
О	Г	Ветвями лицевого нерва
В	046	САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ КОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ НОСОВАЯ РАКОВИНА:
О	А	Нижняя
О	Б	Верхняя
О	В	Средняя
О	Г	Верхняя и средняя
В	047	НА ВЕРХНЕЙ СТЕНКЕ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ РАСПОЛОЖЕНЫ:
О	А	Гипофиз
О	Б	Пещеристая венозная пазуха
О	В	Chiasma opticum
О	Г	Внутренняя сонная артерия
В	048	САМАЯ ТОЛСТАЯ СТЕНКА ЛОБНОЙ ПАЗУХИ СЛЕДУЮЩАЯ:
О	А	Передняя
О	Б	Нижняя
О	В	Задняя
О	Г	Медиальная
В	049	КИССЕЛЬБАХОВО СПЛЕТЕНИЕ РАСПОЛОЖЕНО:
О	А	В передне-нижнем отделе носовой перегородки
О	Б	В задне-нижнем отделе носовой перегородки
О	В	В передне-верхнем отделе носовой перегородки
О	Г	В среднем отделе носовой перегородки
В	050	АНОСМИЯ ЭТО:
О	А	Отсутствие обоняния
О	Б	Повышенная чувствительность обонятельного анализатора
О	В	Пониженная чувствительность обонятельного анализатора
О	Г	Извращенная чувствительность обонятельного анализатора
В	051	В СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	Канал, идущий из лобной пазухи, гайморова пазуха, передние и средние клетки решётчатого лабиринта
О	Б	Гайморова пазуха, задние клетки решётчатого лабиринта
О	В	Канал, идущий из лобной пазухи, передние, средние и задние клетки решётчатого лабиринта

О	Г	Носослёзный канал
В	052	СТРУЯ ВДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ СПОКОЙНОМ ДЫХАНИИ В ПОЛОСТИ НОСА ПРОХОДИТ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЁМ:
О	А	Дугообразно, преимущественно через средний и верхний носовой ходы.
О	Б	По прямой, преимущественно через нижний носовой ход
О	В	По прямой, преимущественно через общий носовой ход
О	Г	Дугообразно, через верхний носовой ход
В	053	У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСЕГДА СФОРМИРОВАНА ПАЗУХА:
О	А	Решётчатый лабиринт
О	Б	Лобная
О	В	Клиновидная
О	Г	Верхнечелюстная
В	054	В ВЕРХНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	Отверстия клиновидной пазухи и задних клеток решётчатого лабиринта
О	Б	Отверстия клиновидной пазухи и всех клеток решётчатого лабиринта
О	В	Отверстия лобной пазухи и задних клеток решётчатого лабиринта
О	Г	Отверстия клиновидной, лобной пазух и задних клеток решётчатого лабиринта
В	055	ОБЩИЙ НОСОВОЙ ХОД ЭТО:
О	А	Пространство между медиальной поверхностью носовых раковин и носовой перегородкой
О	Б	Пространство между средней, верхней носовыми раковинами и медиальной стенкой полости носа
О	В	Пространство между нижней, средней носовыми раковинами и латеральной стенкой полости носа
О	Г	Пространство между верхней носовой раковиной и верхней стенкой носа
В	056	НОСОВЫЕ РАКОВИНЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ НА:
О	А	Наружной стенке полости носа
О	Б	Нижней стенке полости носа
О	В	Верхней стенке полости носа
О	Г	Внутренней стенке полости носа
В	057	СРЕДНЯЯ И ВЕРХНЯЯ НОСОВЫЕ РАКОВИНЫ АНАТОМИЧЕСКИ ЯВЛЯЮТСЯ ОТРОСТКАМИ:
О	А	Решётчатой кости
О	Б	Лобной и решётчатой костей
О	В	Клиновидной кости
О	Г	Нёбной кости
В	058	ВЫВОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ СООБЩАЕТСЯ С:
О	А	Верхним носовым ходом
О	Б	Носоглоткой
О	В	Средним носовым ходом
О	Г	Общим носовым ходом

В	059	ОТ ГЛАЗНИЦЫ РЕШЁТЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ ОТДЕЛЯЕТСЯ:
О	А	Бумажной пластинкой
О	Б	Глазничной пластинкой
О	В	Нижней стенкой глазницы
О	Г	Верхней стенкой полости носа
В	060	ВОЛОСКИ ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ НОСА МЕРЦАЮТ В СТОРОНУ:
О	А	Кзади
О	Б	Кпереди
О	В	Придаточных пазух носа
О	Г	Хаотично
В	061	ОСНОВНАЯ ПАЗУХА РАСПОЛОЖЕНА В:
О	А	Теле клиновидной кости
О	Б	Решётчатой кости
О	В	Пирамиде височной кости
О	Г	Сосцевидном отростке
В	062	НОСОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНА:
О	А	Четырёхугольным хрящом
О	Б	Перпендикулярной пластинкой решётчатой кости
О	В	Сошником
О	Г	Носовым гребнем нёбного отростка верхней челюсти
В	063	ВЕРХНИЙ НОСОВОЙ ХОД ЭТО:
О	А	Пространство между верхней носовой раковиной и средней носовой раковиной.
О	Б	Пространство между верхней носовой раковиной и перегородкой носа.
О	В	Пространство между верхней носовой раковиной, перегородкой носа и средней носовой раковиной
О	Г	Пространство между верхней носовой раковиной и сводом носа
В	064	ЛОБНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С:
О	А	Средним носовым ходом
О	Б	Верхним носовым ходом
О	В	Общим носовым ходом
О	Г	Нижним носовым ходом
В	065	В СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	Передние, средние клетки решётчатого лабиринта, лобная, верхнечелюстная пазухи
О	Б	Лобная пазуха, передние, средние, задние клетки решётчатого лабиринта
О	В	Лобная пазуха, передние, средние, задние клетки решётчатого лабиринта, верхнечелюстная пазуха
О	Г	Лобная и клиновидная пазухи, задние клетки решётчатого лабиринта
В	066	ВЕРХНЯЯ СТЕНКА ПОЛОСТИ НОСА В ОСНОВНОМ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩЕЙ КОСТИ:

О	А	Ситовидная пластинка решётчатой кости
О	Б	Основная кость
О	В	Лобный отросток верхней челюсти
О	Г	Носовая кость
В	067	ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ НИТИ В ПЕРЕДНЮЮ ЧЕРЕПНУЮ ЯМКУ ПРОХОДЯТ ЧЕРЕЗ:
О	А	Отверстия в lamina cribrosa
О	Б	Верхний носовой ход
О	В	Верхнюю носовую раковину
О	Г	Основную кость
В	068	FOSSA CANINA ЭТО:
О	А	Истончённая площадка на лицевой стенке верхнечелюстной пазухи
О	Б	Место вскрытия лобной пазухи (фронтотомии)
О	В	Место пункции верхнечелюстной пазухи
О	Г	Точка выхода первой ветви n. Trigemini
В	069	НАИБОЛЕЕ ТОНКАЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ:
О	А	Верхняя
О	Б	Передняя
О	В	Медиальная
О	Г	Задняя
В	070	СРЕДИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА НАИБОЛЕЕ ВАРИАБЕЛЬНАЯ В СТРОЕНИИ ПАЗУХА:
О	А	Лобная
О	Б	Верхнечелюстная
О	В	Основная
О	Г	Передние клетки решётчатого лабиринта
В	071	ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ВДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ЧЕРЕЗ ПОЛОСТЬ НОСА ПРОИСХОДИТ:
О	А	Очищение, согревание, обеззараживание, увлажнение
О	Б	Согревание, увлажнение, обеззараживание
О	В	Очищение, увлажнение, обеззараживание
О	Г	Очищение, согревание
В	072	ОТ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ПОЛОСТЬ НОСА ОТДЕЛЯЕТСЯ:
О	А	Ситовидной пластинкой
О	Б	Верхней носовой раковиной
О	В	Основной костью
О	Г	Носовой костью
В	073	МЕТОД ПРОСВЕЧИВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА С ПОМОЩЬЮ НИЗКОВОЛЬТОВОЙ ЭЛЕКТРОЛАМПЫ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Диафаноскопия
О	Б	Ринопневмометрия
О	В	Ольфактометрия
О	Г	Рентгенография

В	074	ВЕРХНЯЯ СТЕНКА КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ГРАНИЧИТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЧЕРЕПНЫМИ ЯМКАМИ:
О	А	Средней
О	Б	Средней и задней
О	В	Передней и средней
О	Г	Задней
В	075	ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ ЭПИТЕЛИЙ ВЫСТИЛАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ ПОЛОСТИ НОСА:
О	А	Верхнюю треть полости носа
О	Б	Нижнюю треть полости носа
О	В	Две верхние трети полости носа
О	Г	Две нижние трети полости носа
В	076	ПОГРАНИЧНЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ:
О	А	Носоглотка, передняя и средняя черепные ямки, сосудисто-нервный пучок
О	Б	Глазница, передняя черепная ямка, полость носа, носоглотка
О	В	Глазница, передняя черепная ямка, полость носа
О	Г	Глазница, подвисочная и крылонёбная ямки, полость носа и рта
В	077	ПАРЕНХИМОЙ НЁБНЫХ МИНДАЛИН ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Лимфаденоидная ткань
О	Б	Ретикулярная ткань
О	В	Крипты
О	Г	Трабекулы
В	078	ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИИ НЁБНЫХ МИНДАЛИН СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ СИТУАЦИЯ:
О	А	Нёбные миндалины занимают 2/3 расстояние между последним зубом (№ 8) и uvulae
О	Б	Нёбные миндалины соприкасаются друг с другом по средней линии.
О	В	Нёбные миндалины занимают 1/3 расстояния между последним зубом (№ 8) и uvulae
О	Г	Нёбные миндалины не выступают за передние нёбные дужки
В	079	ГРУШЕВИДНЫЕ СИНУСЫ РАСПОЛОЖЕНЫ:
О	А	В заднелатеральных отделах входа в гортань
О	Б	В заднелатеральных отделах входа в пищевод
О	В	В переднелатеральных отделах входа в гортань
О	Г	Между корнем языка и надгортанником в боковых отделах
В	080	ЩЕЛИ, ПРОНИЗЫВАЮЩИЕ ТКАНЬ НЁБНОЙ МИНДАЛИНЫ, НАЗЫВАЮТСЯ:
О	А	Крипты
О	Б	Фолликулы
О	В	Псевдокапсула
О	Г	Трабекулы

В	081	ГИПЕРТРОФИЯ НЁБНЫХ МИНДАЛИН ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ВОЗРАСТЕ:
О	А	3-7 лет
О	Б	8-12 лет
О	В	14-16 лет
О	Г	У взрослого контингента больных
В	082	ДВИГАТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ МЫШЦ МЯГКОГО НЁБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:
О	А	Языкоглоточный нерв
О	Б	Лицевой нерв
О	В	Тройничный нерв
О	Г	Блуждающий нерв
В	083	ЗАДНЮЮ НЁБНУЮ ДУЖКУ ОБРАЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ:
О	А	Нёбно-глоточная
О	Б	Шило-глоточная
О	В	Верхний сжиматель глотки
О	Г	Нёбно-язычная
В	084	В ГЛОТКЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО МИНДАЛИН:
О	А	Шесть
О	Б	Четыре
О	В	Семь
О	Г	Пять
В	085	ГЛОТОЧНЫЕ УСТЬЯ СЛУХОВЫХ ТРУБ ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	На боковой стенке носоглотки
О	Б	На боковой стенке ротоглотки
О	В	На верхней стенке носоглотки
О	Г	На задней стенке носоглотки
В	086	НОСОГЛОТКА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ПОСРЕДСТВОМ:
О	А	Хоан
О	Б	Общего носового хода
О	В	Сошника
О	Г	Слуховых труб
В	087	ГЛОТКА РАСПОЛОЖЕНА НА УРОВНЕ СЛЕДУЮЩИХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ:
О	А	1-6
О	Б	4-6
О	В	3-4
О	Г	2-6
В	088	У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАГЛОТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ИМЕЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ:
О	А	Лимфоидной ткани
О	Б	Соединительной ткани
О	В	Сосудистой ткани



О	Г	Жировой ткани
В	089	В РОТОГЛОТКЕ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ НЁБНЫЕ ДУЖКИ:
О	А	Нёбные передние, задние
О	Б	Нёбные передние, боковые, задние
О	В	Нёбные передние, боковые
О	Г	Нёбные боковые, задние
В	090	РОТОГЛОТКА РАСПОЛОЖЕНА НА УРОВНЕ:
О	А	2-3-й шейные позвонки
О	Б	4-й шейный позвонок
О	В	4, 5, 6 шейные позвонки
О	Г	1-2-й шейные позвонки
В	091	ГРАНИЦЫ МЕЖДУ ВЕРХНИМ И СРЕДНИМ ЭТАЖАМИ ГЛОТКИ:
О	А	Условная линия, которая является продолжением твердого неба
О	Б	Условная горизонтальная плоскость на уровне 7-го шейного позвонка
О	В	Условная горизонтальная плоскость на уровне 3-го шейного позвонка
О	Г	Условная линия, которая является продолжением корня языка
В	092	МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩИЕ ГЛОТКУ:
О	А	Шило-глочная, нёбно-глочная, трубно-глочная
О	Б	Верхний констриктор глотки, нёбно-глочная
О	В	Нижний констриктор глотки, шило-глочная, трубно-глочная
О	Г	Верхний констриктор глотки, нижний констриктор глотки
В	093	РАССТОЯНИЕ ОТ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДО НИЖНЕГО ПОЛЮСА НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ (ПО БУЛАТНИКОВУ Ф.И.):
О	А	2,3-3,9 см
О	Б	4,1 см
О	В	1 см
О	Г	5 мм
В	094	РАССТОЯНИЕ ОТ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДО НИЖНЕГО ПОЛЮСА НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ:
О	А	1,1-1,7 см
О	Б	2,8 см
О	В	5 мм
О	Г	4 см
В	095	ОСМОТР НОСОГЛОТКИ ПРОВОДИТСЯ:
О	А	Шпателем, носоглоточным зеркалом
О	Б	Шпателем, гортанным зеркалом
О	В	Шпателем, носовым зеркалом
О	Г	Шпателем
В	096	ПРОДОЛЖЕНИЕМ ЗАГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Заднее средостение
О	Б	Переднее средостение
О	В	Паравертебральное пространство

О	Г	Парафарингеальное пространство
В	097	ВБЛИЗИ НИЖНЕГО ПОЛЮСА НЁБНОЙ МИНДАЛИНЫ РАСПОЛОЖЕНА:
О	А	Внутренняя сонная артерия
О	Б	Наружная сонная артерия
О	В	Щитовидная артерия
О	Г	Общая сонная артерия
В	098	ГЛОТКА НАЧИНАЕТСЯ ОТ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ДОХОДИТ ДО УРОВНЯ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ:
О	А	5-6
О	Б	4-5
О	В	3-4
О	Г	6-7
В	099	ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ:
О	А	От 2-х до 4-х лет
О	Б	До 2-х лет
О	В	От 10-ти до 12-ти лет
О	Г	От 5-ти до 10-ти лет
В	100	НЁБНАЯ МИНДАЛИНА ЛАТЕРАЛЬНО ПОКРЫТА:
О	А	Псевдокапсулой
О	Б	Капсулой
О	В	Мышцами
О	Г	Многослойным неороговевающим эпителием
В	101	ЗЕВНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ НЁБНОЙ МИНДАЛИНЫ ПОКРЫТА:
О	А	Многослойным плоским неороговевающим эпителием
О	Б	Многорядным мерцательным эпителием
О	В	Капсулой
О	Г	Псевдокапсулой
В	102	ГЛОТОЧНАЯ МИНДАЛИНА РАСПОЛАГАЕТСЯ В:
О	А	Носоглотке
О	Б	Ротоглотке
О	В	Гортаноглотке
О	Г	Области корня языка
В	103	ПРИ ОБИЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РАСПАДАЮЩЕЙСЯ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ СЛЕДУЕТ ПЕРЕВЯЗАТЬ:
О	А	Наружную сонную артерию
О	Б	Внутреннюю сонную артерию
О	В	Общую сонную артерию
О	Г	Щитовидную артерию
В	104	МЫШЦА, РАСШИРЯЮЩАЯ ГОЛОСОВУЮ ЩЕЛЬ:
О	А	Задняя перстнечерпаловидная
О	Б	Черпаловидная косая

<input type="radio"/>	В	Черпаловидная поперечная
<input type="radio"/>	Г	Перстнещитовидная передняя
В	105	ОСНОВУ ГОРТАНИ СОСТАВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ХРЯЩ:
<input type="radio"/>	А	Перстневидный
<input type="radio"/>	Б	Надгортанник
<input type="radio"/>	В	Черпаловидный
<input type="radio"/>	Г	Щитовидный
В	106	НЕРВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ В ОСНОВНОМ ДВИГАТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ГОРТАНИ:
<input type="radio"/>	А	Нижнегортанный нерв
<input type="radio"/>	Б	Верхнегортанный
<input type="radio"/>	В	Лицевой
<input type="radio"/>	Г	Языкоглоточный
В	107	ЩЕЛЬ МЕЖДУ ЩИТОВИДНЫМ И ПЕРСТНЕВИДНЫМ ХРЯЩАМИ ЗАКРЫТА СЛЕДУЮЩЕЙ СВЯЗКОЙ:
<input type="radio"/>	А	Конической
<input type="radio"/>	Б	Щитоподъязычной мембраной
<input type="radio"/>	В	Щитонадгортанной связкой
<input type="radio"/>	Г	Подъязычно-надгортанной
В	108	ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ГОРТАНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ НЕРВОМ:
<input type="radio"/>	А	Верхнегортанным
<input type="radio"/>	Б	Языкоглоточным
<input type="radio"/>	В	Нижнегортанным
<input type="radio"/>	Г	Тройничным
В	109	ВСЕ ВНУТРЕННИЕ МЫШЦЫ ГОРТАНИ СНАБЖАЕТ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ ВОЛОКНАМИ СЛЕДУЮЩИЙ НЕРВ:
<input type="radio"/>	А	Блуждающий
<input type="radio"/>	Б	Языкоглоточный
<input type="radio"/>	В	Лицевой
<input type="radio"/>	Г	Тройничный
В	110	ГИАЛИНОВЫЕ ХРЯЩИ ГОРТАНИ:
<input type="radio"/>	А	Щитовидный, перстневидный, черпаловидный
<input type="radio"/>	Б	Рожковидный, клиновидный, надгортанный
<input type="radio"/>	В	Щитовидный, перстневидный, клиновидный
<input type="radio"/>	Г	Рожковидный, черпаловидный, надгортанный
В	111	НАПРЯЖЕНИЕ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СОКРАЩЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ МЫШЦ:
<input type="radio"/>	А	Передняя перстне-щитовидная, внутренняя щиточерпаловидная
<input type="radio"/>	Б	Боковая перстне-черпаловидная, задняя перстне-черпаловидная
<input type="radio"/>	В	Передняя перстне-щитовидная, внутренняя щиточерпаловидная, косая черпаловидная
<input type="radio"/>	Г	Передняя перстне-щитовидная, боковая перстне-черпаловидная, задняя перстне-черпаловидная

В	112	ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Гортань
О	Б	Глотка
О	В	Бронхи
О	Г	Носовая полость
В	113	РАСПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК ПРИ ВДОХЕ:
О	А	Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с острым углом)
О	Б	Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с прямым углом)
О	В	Сомкнутое (голосовая щель отсутствует)
О	Г	Не изменяется по сравнению с вдохом
В	114	ВЕРХНИЙ ЭТАЖ ГОРТАНИ СООТВЕТСТВУЕТ:
О	А	Вестибулярному отделу
О	Б	Гортаноглотке
О	В	Уровню голосовой щели
О	Г	Подвязочному пространству
В	115	ПАРАЦЕНТЕЗ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ПРОИЗВОДЯТ В СЛЕДУЮЩИХ КВАДРАНТАХ:
О	А	Задне-нижнем
О	Б	Задне-верхнем
О	В	Передне-нижнем
О	Г	Передне-верхнем
В	116	ПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ РАСПОЛОЖЕНА В СЛЕДУЮЩЕЙ ЧАСТИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ:
О	А	Натянутой
О	Б	Ненатянутой
О	В	И натянутой, и ненатянутой
О	Г	Перфорации не будет
В	117	ВУЛЬШТЕЙН ВЫДЕЛИЛ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ:
О	А	Пять
О	Б	Семь
О	В	Шесть
О	Г	Три
В	118	ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАСТОИДИТЕ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Антромастоидтомия
О	Б	Мирингопластика
О	В	Радикальная общеполостная операция
О	Г	Тимпанотомия
В	119	СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА СОСТАВЛЯЕТ:
О	А	2-3 недели
О	Б	10 дней

О	В	1 месяц
О	Г	3 месяц
В	120	ПРИ РАЗРУШЕНИИ ГНОЙНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ КРЫШИ АНТРУМА И АТТИКА ОТОГЕННОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:
О	А	В области средней черепной ямки
О	Б	В области задней черепной ямки
О	В	В области передней черепной ямки
О	Г	В области средней и задней черепных ямок
В	121	ПРИ РАЗРУШЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ОТОГЕННОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ОБЛАСТИ:
О	А	Задней черепной ямки
О	Б	Средней черепной ямки
О	В	Внутреннего слухового прохода
О	Г	Передней черепной ямки
В	122	К РАЗВИТИЮ ОГРАНИЧЕННОГО ЛАБИРИНТИТА ПРИВОДИТ ХРОНИЧЕСКИЙ ЭПИТИМПАНИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ:
О	А	Кариесом, холестеатомой
О	Б	Кариесом, холестеатомой, менингитом.
О	В	Парезом n. Facialis, кариесом
О	Г	Мастоидитом, холестеатомой, менингитом
В	123	ПРИ ОТОГЕННОМ ЛАБИРИНТИТЕ НАРУШЕНИЕ СЛУХА НОСИТ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ:
О	А	Звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов
О	Б	Звукопроводящего аппарата.
О	В	Звуковоспринимающего аппарата
О	Г	Слух не страдает
В	124	ПРИ МЕНИНГОГЕННОМ, ГЕТЕТОГЕННОМ ЛАБИРИНТИТАХ НАРУШЕНИЕ СЛУХА НОСИТ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ:
О	А	Звуковоспринимающего аппарата
О	Б	Звукопроводящего аппарата
О	В	Звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов
О	Г	Слух не страдает
В	125	ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДИФFUЗНЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:
О	А	С отомикозом, экземой, фурункулом
О	Б	С лабиринтитом, кохлеитом
О	В	С экзостазами наружного слухового прохода
О	Г	С нейросенсорной тугоухостью
В	126	ДЛЯ ОГРАНИЧЕННОГО ЛАБИРИНТИТА ХАРАКТЕРЕН НИСТАГМ:
О	А	Прессорный

<input type="radio"/>	Б	Спонтанный
<input type="radio"/>	В	Позиционный
<input type="radio"/>	Г	Установочный
В	127	ПРИ МАСТОИДИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ТУГОУХОСТЬ:
<input type="radio"/>	А	Кондуктивного характера
<input type="radio"/>	Б	Сенсоневрального характера
<input type="radio"/>	В	Смешанного характера
<input type="radio"/>	Г	Слух не страдает
В	128	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ЭПИТИМПАНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ:
<input type="radio"/>	А	Радикальная общеполостная операция
<input type="radio"/>	Б	Тимпанотомия
<input type="radio"/>	В	Стапедопластика
<input type="radio"/>	Г	Дренирование эндолимфатического мешка
В	129	ЗАБОЛЕВАНИЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ГРИБКОВОЙ ФЛОРОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Отомикоз
<input type="radio"/>	Б	Муковисцедоз
<input type="radio"/>	В	Хламидиоз
<input type="radio"/>	Г	Описторхоз
В	130	ПРИ МАСТОИДИТЕ ПРОВОДЯТ ОПЕРАЦИЮ:
<input type="radio"/>	А	Антромастоидотомию
<input type="radio"/>	Б	Шунтирование барабанной полости
<input type="radio"/>	В	Радикальную общеполостную операцию
<input type="radio"/>	Г	Тимпанотомию
В	131	ПРИ ПЕРИХОНДРИТЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПОРАЖАЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Большая часть ушной раковины за исключением мочки
<input type="radio"/>	Б	Только мочка
<input type="radio"/>	В	Ушная раковина и сосцевидный отросток
<input type="radio"/>	Г	Вся ушная раковина
В	132	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО РЕКОНСТРУКЦИИ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА НАЗЫВАЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Тимпанопластикой
<input type="radio"/>	Б	Стапедопластикой
<input type="radio"/>	В	Риносептопластикой
<input type="radio"/>	Г	Мобилизацией стремени
В	133	ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:
<input type="radio"/>	А	Гнойные выделения из уха, нарушение функции слуха
<input type="radio"/>	Б	Прекращение выделений из уха и улучшение слуха
<input type="radio"/>	В	Боль в ухе, повышение температуры
<input type="radio"/>	Г	Боль в ухе и улучшение слуха

В	134	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ УХА:
О	А	Слизистое или слизисто-гнойное без запаха
О	Б	Сукровичное
О	В	Гнойное, с запахом
О	Г	Творожистое или в виде мокрой промокательной бумаги
В	135	ПРИЧИНОЙ ПЕРИХОНДРИТА УШНОЙ РАКОВИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФЛОРА:
О	А	Синегнойная палочка
О	Б	Гемолитический стрептококк
О	В	Стафилококк
О	Г	Микобактерии
В	136	ФУРУНКУЛ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ФЛОРА:
О	А	Стафилококк
О	Б	Синегнойная палочка
О	В	Грибковая флора
О	Г	Гемолитический стрептококк
В	137	ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕПЕРФОРАТИВНОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА:
О	А	Гиперемия, утолщение или выпячивание барабанной перепонки
О	Б	Рубцевание барабанной перепонки
О	В	Пульсирующий рефлекс
О	Г	Гноетечение
В	138	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ КАПСУЛЫ ЛАБИРИНТА У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
О	А	Превращение компактной кости в спонгиозную, а затем – склерозирование ее с фиксацией стремени
О	Б	Превращение компактной кости в спонгиозную
О	В	Первоначальное склерозирование вокруг овального окна с фиксацией стремени
О	Г	Превращение компактной кости в спонгиозную вокруг овального окна с фиксацией стремени
В	139	ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВРОЖДЕННОЙ ГЛУХОТЫ СЛЕДУЮЩИЕ:
О	А	Интоксикация и травма плода во внутриутробном периоде, кровное родство родителей, врожденный сифилис, алкоголизм родителей, наследственные заболевания
О	Б	Родовая травма уха
О	В	Острый буллезный средний отит новорожденного
О	Г	Острый гнойный средний отит новорожденного
В	140	КОХЛЕАРНЫЙ НЕВРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:
О	А	Сахарный диабет, атеросклероз, гипертоническая болезнь и

		эпидемический цереброспинальный менингит
О	Б	Порок сердца
О	В	Язвенная болезнь и гастрит
О	Г	Рак желудка, печени и кишечника
В	141	ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СЛУХ НАРУШАЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ ТИПУ:
О	А	По смешанному типу, при котором имеется одновременное поражение звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов
О	Б	По типу поражения одного звукопроводящего аппарата
О	В	По типу поражения одного звуковоспринимающего аппарата
О	Г	Во время приступа слух не нарушается
В	142	ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОТОСКЛЕРОЗА МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:
О	А	Осложнений почти не бывает
О	Б	Перилимфатическая фистула
О	В	Вестибулопатия
О	Г	Парезы и параличи лицевого нерва
В	143	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КОХЛЕАРНОГО НЕВРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ КОМПЛЕКС ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:
О	А	Гипотензивные препараты, витамины группы В, А, Е, С, препараты, улучшающие микроциркуляцию, биостимуляторы и препараты антихолинэстеразного действия
О	Б	Антибиотики широкого спектра действия, ганглиоблокаторы, снотворные, сосудорасширяющие средства и витаминные препараты группы В
О	В	Антибиотикотерапия, антигистаминные препараты, препараты кальция, витамины группы В и средства, тонизирующие нервную систему
О	Г	Антибиотики широкого спектра действия, ганглиоблокаторы, витамины группы В, А, Е, С
В	144	ОТОСКЛЕРОЗ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:
О	А	У женщин
О	Б	У мужчин
О	В	У детей
О	Г	В одинаковой степени подвержены оба пола
В	145	ЛИЦА С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА НЕ ДОЛЖНЫ ДОПУСКАТЬСЯ:
О	А	К работе, связанной с движущимися механизмами, вождением транспорта. пребыванием на высоте
О	Б	К работе в условиях Крайнего Севера
О	В	К работе, связанной с резкими перепадами температур, сквозняками,
О	Г	К работе, связанной с повышенной влажностью
В	146	ДЛЯ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ:
О	А	Спонтанный нистагм, вынужденное положение больного, бледность



		кожных покровов, атаксия и рвота
О	Б	Головная боль, шаткость походки
О	В	Атаксия и рвота
О	Г	Потеря сознания с судорогами и непроизвольным мочеиспусканием
В	147	ОТОСКЛЕРОЗ ЧАЩЕ НАЧИНАЕТСЯ:
О	А	В среднем возрасте(30-40)
О	Б	В пожилом возрасте(50-70 лет)
О	В	В молодом возрасте(10-30)
О	Г	В раннем детском возрасте(0-10)
В	148	ЧАЩЕ И БЫСТРЕЕ ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ КОХЛЕАРНОГО НЕВРИТА СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ТРАВМ:
О	А	Акутравма
О	Б	Баротравма
О	В	Вибротравма
О	Г	Сотрясение головного мозга
В	149	ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ:
О	А	Мобилизация стремени, фенестрация подножной пластинки стремени, стапедопластика
О	Б	Антромастоидотомия
О	В	Перерезка барабанной струны, вскрытие эндолимфатического мешка, перерезка вестибулярной порции 8-го нерва
О	Г	Радикальная общеполостная операция
В	150	ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ОТМЕЧАЕТСЯ:
О	А	При адгезивном среднем отите
О	Б	При отосклерозе
О	В	При кохлеарном неврите
О	Г	При болезни Меньера
В	151	ОЧАГИ ОТОСКЛЕРОЗА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО:
О	А	В области овального окна
О	Б	В области круглого окна
О	В	Во внутреннем слуховом проходе
О	Г	На барабанной перепонке
В	152	ПАРАКУЗИС ВЕЛИЗИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:
О	А	Отосклероз
О	Б	Хронический средний отит
О	В	Нейросенсорная тугоухость
О	Г	Болезнь Меньера
В	153	ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ:
О	А	При болезни Меньера
О	Б	При отосклерозе

О	В	При нейросенсорной тугоухости
О	Г	При адгезивном отите
В	154	ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ:
О	А	При болезни Меньера
О	Б	При отосклерозе
О	В	При нейросенсорной тугоухости
О	Г	При адгезивном отите
В	155	ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ:
О	А	При отосклерозе
О	Б	При нейросенсорной тугоухости
О	В	При тубоотите
О	Г	При остром гнойном среднем отите
В	156	ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ В ЗДОРОВОЕ УХО В ОПЫТЕ ВЕБЕРА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:
О	А	Односторонней нейросенсорной тугоухости
О	Б	Отосклерозе
О	В	Адгезивном отите
О	Г	Остром гнойном отите
В	157	НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ СЛУХОВЫХ ТРУБ СПОСОБСТВУЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ:
О	А	Тимпаносклероза
О	Б	Отосклероза
О	В	Нейросенсорной тугоухости
О	Г	Болезни Меньера
В	158	СТАПЕДОПЛАСТИКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ:
О	А	Отосклероз
О	Б	Болезнь Меньера
О	В	Нейросенсорная тугоухость
О	Г	Адгезивный отит
В	159	ПОДВИЖНОСТЬ ЦЕПИ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК СОХРАНЯЕТСЯ:
О	А	При нейросенсорной тугоухости
О	Б	В момент приступа болезни Меньера
О	В	При отосклерозе
О	Г	При тимпаносклерозе
В	160	ПРИ ТИМПАНОСКЛЕРОЗЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:
О	А	В среднем ухе
О	Б	Во внутреннем и среднем ухе
О	В	Во внутреннем ухе
О	Г	В наружном ухе
В	161	РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

		БОЛЬШЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ВРЕДНОСТЬ:
О	А	Пыль
О	Б	Сырость
О	В	Сквозняки
О	Г	Влажность
В	162	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОПАТИИ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:
О	А	Наличие эозинофилов (в крови и в носовой слизи)
О	Б	Риноскопическая картина
О	В	Эффективность десенсибилизирующей терапии
О	Г	Рентгенография придаточных пазух носа
В	163	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУИТА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧЕН СЛЕДУЮЩИЙ КОМПЛЕКС ЖАЛОБ:
О	А	Затруднение носового дыхания, насморк, головная боль или тяжесть в области лица, иногда нарушение обоняния и повышение температуры
О	Б	Головная боль, повышение температуры и затруднение носового дыхания
О	В	Затруднение носового дыхания и нарушение обоняния
О	Г	Затруднение носового дыхания и головная боль
В	164	ТАМПОН, ВВОДИМЫЙ В НОСОГЛОТКУ, ПРИ ЗАДНЕЙ ТАМПОНАДЕ НОСА ДОЛЖЕН ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЛИГАТУР:
О	А	Три
О	Б	Одну
О	В	Пять
О	Г	Четыре
В	165	ПРИ ДИФFUЗНЫХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕСТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:
О	А	Передняя и задняя тампонада носа
О	Б	Прижигание слизистой оболочки кристаллическим или 20-50% растворами азотнокислого серебра, жидкостью Гордеева или кислотами (трихлоруксусной или хромовой)
О	В	Прижигание слизистой оболочки электрокаутером
О	Г	Холод на область носа
В	166	ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ОСТРЫХ РИНИТАХ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:
О	А	Сосудосуживающие
О	Б	Антигистаминные
О	В	Антибактериальные
О	Г	Глюкокортикостероидные.
В	167	ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ НОСА ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ:
О	А	Хирургический, лучевой, химиотерапевтический и комбинированный
О	Б	Хирургический, лучевой, химиотерапевтический

О	В	Лучевой, химиотерапевтический, комбинированный
О	Г	Хирургический, комбинированный
В	168	ПАПИЛЛОМА ИМЕЕТ ВИД:
О	А	Цветной капусты
О	Б	Горошины
О	В	Патиссона
О	Г	Малины
В	169	ЗЛОВОННЫЙ НАСМОРК НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Озеной
О	Б	Простым атрофическим ринитом
О	В	Катаральным ринитом
О	Г	Гипертрофическим ринитом
В	170	ОБОНЯНИЕ ПРИ ОЗЕНЕ ИСЧЕЗАЕТ ЗА СЧЁТ:
О	А	Атрофии обонятельного рецептора
О	Б	Нарушения тока воздуха
О	В	Наличия корок
О	Г	Токсического поражения центральной части обонятельного анализатора
В	171	ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПУНКЦИИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ПРИ СИНУИТАХ:
О	А	Диагностическая и лечебная
О	Б	Диагностическая и превентивная
О	В	Лечебная
О	Г	Превентивная
В	172	ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТЕОМЫ НА ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ВЕДУЩЕЙ ЖАЛОБОЙ У БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА:
О	А	На головную боль
О	Б	На нарушение носового дыхания
О	В	На нарушение обоняния
О	Г	На зрительные нарушения
В	173	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ НОСА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:
О	А	В пожилом и среднем возрасте
О	Б	В молодом и среднем возрасте
О	В	В среднем возрасте
О	Г	Частота не зависит от возраста
В	174	ПОЛИНОЗ ЭТО:
О	А	Сезонный аллергический вазомоторный ринит
О	Б	Круглогодичный аллергический вазомоторный ринит
О	В	Нейровегетативная форма вазомоторного ринита
О	Г	Обострение хронического гипертрофического ринита
В	175	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТЕОМЫ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Лобные пазухи

О	Б	Гайморовы пазухи
О	В	Основные пазухи
О	Г	С одинаковой частотой поражаются все пазухи
В	176	ОДНИМ ИЗ РЕШАЮЩИХ МЕТОДОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Биопсия
О	Б	Рентгенологический
О	В	ЯМР
О	Г	КТ
В	177	НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Гайморэктомию и десенсибилизирующая терапия
О	Б	Гайморэктомию
О	В	Полипотомию и десенсибилизирующая терапия
О	Г	Полипотомию
В	178	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Хирургический
О	Б	Комбинированный (хирургический и лучевой)
О	В	Консервативный
О	Г	Лучевой
В	179	ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СРЕДИ ВСЕХ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТ:
О	А	Гайморовы пазухи
О	Б	Клетки решётчатого лабиринта
О	В	Лобные
О	Г	Основные
В	180	ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО РИНИТА:
О	А	7-10 дней
О	Б	3-5 дней
О	В	10-12 дней
О	Г	12-15 дней
В	181	ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНУИТОВ:
О	А	Вскрытие пазухи, удаление патологического содержимого и наложение соустья с полостью носа
О	Б	Вскрытие пазухи с удалением патологического содержимого
О	В	Эндоназальное наложение широкого соустья с поражённой пазухой
О	Г	Катетеризация поражённой пазухи
В	182	ПРИ ОЗЕНЕ АТРОФИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЗАТРАГИВАЕТ:
О	А	Слизистый слой и костные ткани полости носа
О	Б	Слизистые оболочки полости носа, костные структуры полости носа с переходом процесса на костные структуры верхней челюсти, глазницы
О	В	Костные структуры полости носа и основания черепа

О	Г	Слизистые оболочки полости носа
В	183	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Нарушение воздушности пазух и наличие деструкций костной ткани
О	Б	Нарушение пневматизации пазухи с наличием в ней жидкости
О	В	Затемнение в придаточной пазухе округлой формы, имеющее костную плотность
О	Г	Наличие округлой тени в придаточной пазухе
В	184	ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ РАКА ПРИДАТОЧНОЙ ПАЗУХИ НОСА:
О	А	Опухоль метастазирует в регионарные лимфоузлы
О	Б	Поражена только слизистая в пределах одной придаточной пазухи
О	В	Помимо слизистой дополнительно вовлечена костная стенка
О	Г	Происходит прорастание в соседние органы и ткани, распад опухоли, местные и общие метастазы
В	185	РИНОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ:
О	А	Бугристые носовые раковины синюшного или серо-красного цвета
О	Б	Гиперемия, отёк преимущественно в области нижних носовых раковин
О	В	Набухшие синюшные или бледные слизистые, хорошо сокращаются после адренализации
О	Г	Широкие носовые ходы, сухая истончённая слизистая, наличие густого секрета и корок
В	186	АНГИНЫ СРЕДИ ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАНИМАЮТ СЛЕДУЮЩЕЕ МЕСТО:
О	А	Третье (после гриппа и острых катаров верхних дыхательных путей)
О	Б	Последнее
О	В	Первое
О	Г	Второе
В	187	АДЕНОИДЫ ЭТО:
О	А	Гипертрофия глоточной миндалины
О	Б	Гипертрофия трубного миндалика
О	В	Воспаление глоточной миндалины
О	Г	Гипертрофия небных миндалин
В	188	ИНТОКСИКАЦИЯ СЛЕДУЮЩИМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ АГРАНУЛОЦИТАРНОЙ АНГИНЫ:
О	А	Бензол, ДДТ
О	Б	Ртуть
О	В	Свинец
О	Г	Мышьяк
В	189	ТОНЗИЛЛОТОМИЯ ЧАЩЕ ПРОВОДИТСЯ:
О	А	В детском возрасте
О	Б	В среднем возрасте

О	В	В пожилом возрасте
О	Г	С одинаковой частотой во всех возрастах
В	190	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:
О	А	Наличие белых или светло-жёлтых налетов, выступающих из глубины лакун
О	Б	Гиперемия дужек и небных миндалин
О	В	Увеличение размеров небных миндалин
О	Г	Наличие желто-белых точек на поверхности небных миндалин
В	191	ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЛОР-ОРГАНОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИЕ АНГИН, ЗАНИМАЮТ:
О	А	Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
О	Б	Парафарингиты и парафарингиальный абсцесс
О	В	Ларингиты и
О	Г	Отиты
В	192	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ:
О	А	Закаливание организма и восстановление носового дыхания
О	Б	Рациональное питание, разумное сочетание труда и отдыха
О	В	Борьба с вредными привычками
О	Г	Рациональное питание и борьба с вредными привычками
В	193	ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:
О	А	Заболевания крови
О	Б	Холецистит, сахарный диабет, цирроз печени
О	В	Язва желудка и 12-перстной кишки
О	Г	Пожилой возраст, гипотония, неврастения, вегетососудистая дистония
В	194	ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНГИН И ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ КОМПЛЕКС МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ:
О	А	Стрептококк, стафилококк, пневмококк
О	Б	Менингококк, гриппозный вирус
О	В	Стрептококк, менингококк,
О	Г	Энтерококк, вирус Коксаки
В	195	ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:
О	А	С хроническим фарингитом, фарингомикозом, гипертрофией небных миндалин
О	Б	С катаральной ангиной
О	В	С острым фарингитом
О	Г	С вторичной ангиной
В	196	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЛАКУНАРНУЮ АНГИНУ И СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
О	А	Дифтерия

<input type="radio"/>	Б	Ангина Симановского-Венсана
<input type="radio"/>	В	Агранулоцитарная ангина
<input type="radio"/>	Г	Моноцитарная ангина
В	197	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ Фолликулярной ангины наиболее достоверными являются следующие симптомы:
<input type="radio"/>	А	Наличие желто-белых точек на поверхности небных миндалин
<input type="radio"/>	Б	Увеличение размеров небных миндалин
<input type="radio"/>	В	Наличие грязных налетов на поверхности миндалин
<input type="radio"/>	Г	Наличие белых или светло-желтых налетов, выступающих из глубины лакун
В	198	Выделяют следующие формы хронических фарингитов:
<input type="radio"/>	А	Катаральные, атрофические, гипертрофические
<input type="radio"/>	Б	Гиперпластические и некротические
<input type="radio"/>	В	Серозные и гнойные
<input type="radio"/>	Г	Гиперпластические и атрофические
В	199	Наиболее часто приходится дифференцировать агранулоцитарную ангину и следующие заболевания:
<input type="radio"/>	А	Ангины, возникающие при инфекционном мононуклеозе, панмиелофтизе, лейкозах
<input type="radio"/>	Б	Сифилис глотки
<input type="radio"/>	В	Ангина Симановского-Венсана, лакунарная ангина, дифтерия
<input type="radio"/>	Г	Туберкулез глотки
В	200	Наиболее часто приходится дифференцировать ангину Симановского-Венсана и следующие заболевания:
<input type="radio"/>	А	Ангина при заболеваниях крови, злокачественные опухоли и сифилис миндалин
<input type="radio"/>	Б	Лакунарной ангины и дифтерии
<input type="radio"/>	В	Туберкулез глотки
<input type="radio"/>	Г	Сифилис глотки
В	201	Удушье часто развивается при следующей ангине:
<input type="radio"/>	А	Гортанной
<input type="radio"/>	Б	Фолликулярной
<input type="radio"/>	В	Лакунарной
<input type="radio"/>	Г	Катаральной
В	202	Заглоточный абсцесс наиболее часто возникает после следующих заболеваний:
<input type="radio"/>	А	Корь, скарлатина, грипп, острые фарингиты, риниты, травмы задней стенки глотки
<input type="radio"/>	Б	Пищевое отравление и острая интоксикация
<input type="radio"/>	В	Пневмония и
<input type="radio"/>	Г	Менингит



В	203	ОТВЕРСТИЯ, ОТКРЫВАЮЩИЕСЯ В НОСОГЛОТКУ:
О	А	Евстахиевы трубы
О	Б	Зев
О	В	Трахея
О	Г	Пищевод
В	204	ОСНОВНОЕ МЕСТО В ПАТОГЕНЕЗЕ КАНДИДОМИКОЗА ГЛОТКИ ЗАНИМАЕТ:
О	А	Лечение антибиотиками
О	Б	Лечение сульфаниламидами
О	В	Полоскание горла антисептиками
О	Г	Лучевое лечение
В	205	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ДИФТЕРИИ СОСТАВЛЯЕТ:
О	А	4 - 10 дней
О	Б	10 - 20 дней
О	В	1 - 5 дней
О	Г	7 – 14 дней
В	206	ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГЛОТКИ:
О	А	Папиллома
О	Б	Хоанальный полип
О	В	Ретенционная киста
О	Г	Все перечисленные образования
В	207	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ:
О	А	Кровотечение
О	Б	Шейный лимфаденит
О	В	Парез мягкого неба
О	Г	Парафарингит
В	208	НАЗОВИТЕ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА:
О	А	Гранулезный, боковой
О	Б	Боковой, отечный
О	В	Отечный, катаральный
О	Г	Компенсированный, катаральный
В	209	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЗАГЛОТОЧНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Ротоглотка
О	Б	Гортаноглотка
О	В	Трахея
О	Г	Носоглотка
В	210	ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОИДОВ:
О	А	Хирургический
О	Б	Консервативный
О	В	Полухирургический
О	Г	Смешанный

В	211	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ ЗАГЛОТОЧНОГО АБСЦЕССА:
О	А	Аспирация гноя
О	Б	Повреждение сосудов
О	В	Повреждение позвоночника
О	Г	Повреждение мышц глотки
В	212	МЕТОДЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА:
О	А	Хирургическое
О	Б	Полухирургическое
О	В	Консервативное
О	Г	Смешанное
В	213	ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ АНГИНЕ:
О	А	Паратонзиллярный абсцесс
О	Б	Парафарингит
О	В	Медиастинит
О	Г	Септикопиемия
В	214	МИКРОБНАЯ ФЛОРА, КОТОРАЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ АНГИНАХ:
О	А	Стафилококк, стрептококк (бета-гемолитический)
О	Б	Пневмококк
О	В	Вирус
О	Г	Аденовирус
В	215	ПРИ ФАРИНГОМИКОЗЕ ПОРАЖАЕТСЯ:
О	А	Слизистая оболочка глотки
О	Б	Мышечная оболочка глотки
О	В	Фиброзная оболочка глотки
О	Г	Заглоточное пространство
В	216	ПРИ АДЕНОИДАХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ТИП ГНУСАВОСТИ:
О	А	Закрытый
О	Б	Открытый
О	В	Полузакрытый
О	Г	Смешанный
В	217	ЧАЩЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АДЕНОИДЫ И:
О	А	Юношескую ангиофибромю основания черепа
О	Б	Хоанальный полип
О	В	Ограниченный гипертрофический ринит
О	Г	Остеофит шейных позвонков
В	218	ДЛЯ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНО:
О	А	Внезапное начало заболевания, боль при глотании увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов
О	Б	При фарингоскопии – разлитая гиперемия слизистой задней стенки

		глотки
О	В	Отёк подкожной клетчатки
О	Г	Постепенное начало, с невысокой температурой, наличие острых воспалительных явлений в носу, гортани, трахее, отсутствуют или слабо выражены боли в суставах, увеличение лимфоузлов
В	219	<b>ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ ПРИ КОРЕВОЙ КРАСНУХЕ:</b>
О	А	На фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей и конъюнктивита одновременно с кожным высыпанием возникает энантема на мягком нёбе, языке, реже твердом нёбе.
О	Б	На слизистой оболочке мягкого нёба и щёк появляется пятнистая бледно-розовая сыпь
О	В	Резко ограниченная, огненно-красная гиперемия слизистой оболочки нёбных дужек, мягкого нёба и задней стенки глотки
О	Г	На задней стенке глотки, иногда на нёбных миндалинах появляются пузырьки с прозрачным содержимым, пузырьки лопаются, образуют эрозии
В	220	<b>ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ ПРИ СКАРЛАТИНОЗНОЙ КРАСНУХЕ ФИЛАТОВА:</b>
О	А	На слизистой оболочке мягкого нёба и щёк появляется пятнистая бледно-розовая сыпь
О	Б	На задней стенке глотки, иногда на нёбных миндалинах появляются пузырьки с прозрачным содержимым, пузырьки лопаются, образуют эрозии
О	В	Резко ограниченная, огненно-красная гиперемия слизистой оболочки нёбных дужек, мягкого нёба и задней стенки глотки
О	Г	На фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей и конъюнктивита одновременно с кожным высыпанием возникает энантема на мягком нёбе, языке, реже твердом нёбе
В	221	<b>ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАТУРАЛЬНОЙ И ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ:</b>
О	А	На задней стенке глотки, иногда на нёбных миндалинах появляются пузырьки с прозрачным содержимым, пузырьки лопаются, образуют эрозии
О	Б	Резко ограниченная, огненно-красная гиперемия слизистой оболочки нёбных дужек, мягкого нёба и задней стенки глотки
О	В	На фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей и конъюнктивита одновременно с кожным высыпанием возникает энантема на мягком нёбе, языке, реже твердом нёбе
О	Г	На слизистой оболочке мягкого нёба и щёк появляется пятнистая бледно-розовая сыпь
В	222	<b>ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ ГЛОТКИ:</b>
О	А	Резко ограниченная, огненно-красная гиперемия слизистой оболочки нёбных дужек, мягкого нёба и задней стенки глотки
О	Б	На фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей и конъюнктивит одновременно с кожным высыпанием возникает энантема на мягком нёбе, языке, реже твердом нёбе

О	В	На задней стенке глотки, иногда на небных миндалинах появляются пузырьки с прозрачным содержимым, пузырьки лопаются, образуют эрозии
О	Г	На слизистой оболочке мягкого неба и щек появляется пятнистая бледно-розовая сыпь
В	223	<b>ПРИЗНАКИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АНГИНЫ ПРИ ДИФТЕРИИ:</b>
О	А	Налёты выходят за пределы небных миндалин. Цвет налётов белый, серо-белый, грязно-серый. Налёты глубокие, снимаются с трудом, поверхность под налётами кровоточит
О	Б	Налёты располагаются в пределах небных миндалин. Налёты глубокие, снимаются с трудом, поверхность под налётами кровоточит.
О	В	Цвет налётов жёлтый, налёты не выходят за пределы небных миндалин
О	Г	Налёты поверхностные, легко снимаются. Налёты выходят за пределы небных миндалин
В	224	<b>ВТОРИЧНЫЕ АНГИНЫ ВОЗНИКАЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЯХ:</b>
О	А	Дифтерия,
О	Б	Острый лейкоз
О	В	Инфекционный мононуклеоз
О	Г	Алейкия
В	225	<b>ВУЛЬГАРНЫЕ (БАНАЛЬНЫЕ) ПЕРВИЧНЫЕ АНГИНЫ:</b>
О	А	Катаральная, фолликулярная, лакунарная, фибринозная
О	Б	Фузоспирохетозная, фибринозная
О	В	Ангина, вызванная бактерией Фридендера
О	Г	Вирусная, пневмококковая.
В	226	<b>ПЕРВАЯ СТАДИЯ СИФИЛИСА ГЛОТКИ:</b>
О	А	Твёрдый шанкр локализуется чаще на одной небной миндалине. Инфильтрат в последующем изъязвляется. Язва покрывается зеленовато-серым налетом (напоминает ангину Симановского-Венсана). Уплотняются дно и края язвы.
О	Б	Эритематозная форма – на фоне гиперемизированной слизистой в глотке и полости рта появляется розеолезная сыпь (мелкие красноватые пятна).
О	В	Ограниченная гуммозная опухоль в области твёрдого или мягкого неба, которая затем распадается, образуя глубокую безболезненную язву с подрытыми краями и сальным дном. Язва рубцуется. Рубцы приводят к сращению мягкого неба с задней стенкой глотки
О	Г	Папулёзная форма – на небных миндалинах, небных дужках, свободном крае языка, у угла рта появляются возвышающиеся серовато-белые папулы, окружённые красноватым ободом. При слиянии 2-3 папул образуются кондиломы. Они изъязвляются. Язвы безболезненные, покрыты сероватым налётом.
В	227	<b>ВТОРАЯ СТАДИЯ СИФИЛИСА ГЛОТКИ:</b>
О	А	Папулёзная форма – на небных миндалинах, небных дужках, свободном крае языка, у угла рта появляются возвышающиеся серовато-белые папулы, окружённые красноватым ободом. При слиянии 2-3 папул образуются кондиломы. Они изъязвляются. Язвы безболезненные,

		покрыты сероватым налётом
О	Б	Твёрдый шанкр локализуется чаще на одной нёбной миндалине. Инфильтрат в последующем изъязвляется. Язва покрывается зеленовато-серым налётом (напоминает ангину Симановского-Венсана). Уплотняются дно и края язвы.
О	В	Ограниченная гуммозная опухоль в области твёрдого или мягкого нёба, которая затем распадается, образуя глубокую безболезненную язву с подрывными краями и сальным дном.
О	Г	Язва рубцуется. Рубцы приводят к сращению мягкого нёба с задней стенкой глотки
В	228	ТРЕТЬЯ СТАДИЯ СИФИЛИСА ГЛОТКИ:
О	А	Ограниченная гуммозная опухоль в области твёрдого или мягкого нёба, которая затем распадается, образуя глубокую безболезненную язву с подрывными краями и сальным дном. Язва рубцуется. Рубцы приводят к сращению мягкого нёба с задней стенкой глотки.
О	Б	Твёрдый шанкр локализуется чаще на одной нёбной миндалине. Инфильтрат в последующем изъязвляется. Язва покрывается зеленовато-серым налётом (напоминает ангину Симановского-Венсана). Уплотняются дно и края язвы.
О	В	Эритематозная форма – на фоне гиперемизированной слизистой в глотке и полости рта появляется розеолезная сыпь (мелкие красноватые пятна).
О	Г	Папулезная форма – на нёбных миндалинах, нёбных дужках, свободном крае языка, у угла рта появляются возвышающиеся серовато-белые папулы, окружённые красноватым ободом. При слиянии 2-3 папул образуются кондиломы. Они изъязвляются. Язвы безболезненные, покрыты сероватым налётом.
В	229	ИЗМЕНЕНИЯ В ГЛОТКЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ (БОЛЕЗНЬ ФИЛАТОВА, МОНОЦИТАРНАЯ АНГИНА, ЖЕЛЕЗИСТАЯ ЛИХОРАДКА ПФЕЙФЕРА):
О	А	Встречаются изменения, характерные для катаральной или язвенно-плёнчатой ангины, сходной с дифтерией.
О	Б	Катаральные явления с небольшими эрозиями на слизистой, затем язвы, некрозы с налётами на нёбных миндалинах и других отделах глотки.
О	В	Язвы и некрозы с налётами на нёбных миндалинах и других отделах глотки.
О	Г	В начальной стадии гиперплазия лимфоидной ткани, гиперемия и отёк слизистой, затем появляются язвы с некротическим налётом.
В	230	ИЗМЕНЕНИЯ В ГЛОТКЕ ПРИ АГРАНУЛОЦИТОЗЕ:
О	А	Катаральные явления с небольшими эрозиями на слизистой, затем язвы, некрозы с налётами на нёбных миндалинах и других отделах глотки
О	Б	В начальной стадии гиперплазия лимфоидной ткани, гиперемия и отёк слизистой, затем появляются язвы с некротическим налётом.
О	В	Встречаются изменения, характерные для катаральной или язвенно-плёнчатой ангины, сходной с дифтерией.
О	Г	Язвы и некрозы с налётами на нёбных миндалинах и других отделах глотки.
В	231	ИЗМЕНЕНИЯ В ГЛОТКЕ ПРИ АЛЕЙКИИ:

О	А	Язвы и некрозы с налётами на нёбных миндалинах и других отделах глотки.
О	Б	Катаральные явления с небольшими эрозиями на слизистой, затем язвы, некрозы с налётами на нёбных миндалинах и других отделах глотки.
О	В	В начальной стадии гиперплазия лимфоидной ткани, гиперемия и отёк слизистой, затем появляются язвы с некротическим налётом.
О	Г	Встречаются изменения, характерные для катаральной или язвенно-плёнчатой ангины, сходной с дифтерией.
В	232	ИЗМЕНЕНИЯ В ГЛОТКЕ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ:
О	А	В начальной стадии гиперплазия лимфоидной ткани, гиперемия и отек слизистой, затем появляются язвы с некротическим налетом.
О	Б	Катаральные явления с небольшими эрозиями на слизистой, затем язвы, некрозы с налетами на небных миндалинах и других отделах глотки.
О	В	Встречаются изменения, характерные для катаральной или язвенно-плёнчатой ангины, сходной с дифтерией.
О	Г	Язвы и некрозы с налетами на небных миндалинах и других отделах глотки.
В	233	ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ:
О	А	У детей до 2-3 лет
О	Б	У взрослых после 20 лет
О	В	В подростковом возрасте 14-16 лет
О	Г	У взрослых после 60 лет
В	234	ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ III-СТЕПЕНИ СЛЕДУЕТ РАССЕЧЬ СЛЕДУЮЩУЮ СВЯЗКУ:
О	А	Щито-перстневидную
О	Б	Щито-подъязычную
О	В	Щито-надгортанную
О	Г	Черпало-надгортанную
В	235	ВЕДУЩИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРЫХ ЛАРИНГИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ:
О	А	Питьё холодных и горячих жидкостей, перегревание и охлаждение организма, профессиональные вредности
О	Б	Злоупотребление алкоголем
О	В	Питьё раздражающих напитков и употребление пряной пищи
О	Г	Злоупотребление курением
В	236	УДУШЬЕ ПРИ ПОДСВЯЗОЧНОМ ЛАРИНГИТЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ
О	А	Ночью
О	Б	Днём
О	В	Утром
О	Г	Может возникнуть в любое время суток
В	237	РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА:
О	А	Катаральный, гипертрофический и атрофический
О	Б	Серозный, гнойный, некротический
О	В	Инфильтративный и язвенный

О	Г	Катаральный, гипертрофический и некротический
В	238	РАК ГОРТАНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:
О	А	С 40 до 60 лет
О	Б	С 60 до 80 лет
О	В	С 20 до 40 лет
О	Г	С 30 до 50 лет
В	239	ДИСФОНИЯ ЭТО:
О	А	Нарушение чистоты, силы и тембра голоса
О	Б	Нарушение глотания
О	В	Полное отсутствие голоса
О	Г	Нарушение дыхания
В	240	КРИКОТОМИЯ ЭТО:
О	А	Пересечение дуги перстневидного хряща
О	Б	Поперечный разрез всех слоёв шеи между нижним краем перстневидного хряща и верхним краем первого кольца трахеи
О	В	Поперечный разрез всех слоёв шеи на уровне подъязычно-щитовидной связки
О	Г	Пересечение перстне-щитовидной связки
В	241	НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННО С РАННИМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕМ РАК ГОРТАНИ ПРОТЕКАЕТ В СЛЕДУЮЩЕМ ОТДЕЛЕ:
О	А	В верхнем (вестибулярном)
О	Б	В среднем (в области расположения истинных голосовых складок)
О	В	В нижнем (в подвязочном пространстве)
О	Г	Во всех отделах гортани
В	242	О СТОЙКОМ ИЗЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ ОБЫЧНО МОЖНО ГОВОРИТЬ:
О	А	Через 5 лет
О	Б	Через 10 лет
О	В	Через 3 года
О	Г	Через 15 лет
В	243	В РАЗВИТИИ ХОНДРО-ПЕРИХОНДРИТА ГОРТАНИ ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ МОМЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	Травма, инородные тела гортани, длительная высокая интубация
О	Б	Катаральные ларингиты, склерома гортани, хронические пневмонии, почечная недостаточность
О	В	Инородные тела бронхов и пищевода, застойные явления в гортани
О	Г	Дыхательная и сердечная недостаточность
В	244	ПРИ ИСТИННОМ КРУПЕ ГОЛОС ОБЫЧНО:
О	А	Вначале хриплый, а затем развивается полная афония
О	Б	Хриплый
О	В	Чистый
О	Г	Вначале хриплый, а затем чистый

В	245	ПРИ ПОДСВЯЗОЧНОМ ЛАРИНГИТЕ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА:
О	А	Сужение подсвязочного пространства за счет отёка слизистой бледно-розового или серо-красного цвета
О	Б	Инфильтрация и гиперемия истинных голосовых связок
О	В	Резкая инфильтрация и гиперемия пролабированной слизистой из морганиевых желудочков (между истинными и ложными голосовыми связками)
О	Г	Концентрическое сужение за счет бугристой инфильтрации подскладочной области с изъязвлениями
В	246	ПРИ ПОДСВЯЗОЧНОМ ЛАРИНГИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:
О	А	Ниже истинных голосовых связок
О	Б	В области морганиева желудочка
О	В	В области передней комиссуры
О	Г	Под слизистой оболочкой истинных голосовых складок
В	247	ПРИ ОСТРОМ КАТАРАЛЬНОМ ЛАРИНГИТЕ ПРОЦЕСС ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:
О	А	В области истинных голосовых связок
О	Б	В области надгортанника, черпалонадгортанных складок и ложных голосовых складок
О	В	В области подскладочного пространства
О	Г	В области надгортанника, черпалонадгортанных складок
В	248	ХАРАКТЕР ТРАХЕОТОМИИ (ВЕРХНЯЯ, СРЕДНЯЯ, НИЖНЯЯ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
О	А	Характером смещения перешейка щитовидной железы
О	Б	Уровнем разреза передней поверхности шеи
О	В	Уровнем разреза мягких тканей шеи
О	Г	Номером шейного позвонка
В	249	ФЛЕГМОНА В ГОРТАНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:
О	А	Острые ларингиты, травма гортани
О	Б	Склерома и доброкачественные опухоли гортани
О	В	Острые инфекционные заболевания и инфекционные гранулемы
О	Г	Злокачественные опухоли
В	250	В ГРУППУ ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ ЛАРИНГИТОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
О	А	Певческие узелки, пахидермии и лейкоплакии
О	Б	Инфекционные гранулёмы (туберкулёз, сифилис, склерома)
О	В	Доброкачественные опухоли гортани (фибромы, ангиомы, ангиофибромы, папилломы, полипы)
О	Г	Кисты
В	251	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД:



О	А	Комбинированный (лучевое лечение сочетается с хирургическим вмешательством)
О	Б	Хирургический в сочетании с химиотерапией
О	В	Хирургический
О	Г	Лучевой
В	252	АФОНИЯ ЭТО:
О	А	Полное отсутствие голоса
О	Б	Полное отсутствие дыхания
О	В	Полное отсутствие обоняния
О	Г	Осиплость голоса
В	253	РАК ГОРТАНИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:
О	А	40-60 лет
О	Б	20-40 лет
О	В	10-15 лет
О	Г	60-80 лет
В	254	ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЛОЖНОГО КРУПА:
О	А	Респираторные вирусы
О	Б	Бактериальная микрофлора
О	В	Бацилла Лёфлера
О	Г	Вирус Эбола
В	255	ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ИСТИННОГО КРУПА:
О	А	Бацилла Лёфлера
О	Б	Респираторные вирусы
О	В	Бактериальная микрофлора
О	Г	Бацилла Коха
В	256	ХАРАКТЕР КАШЛЯ ПРИ ИСТИННОМ КРУПЕ:
О	А	Удушливый кашель (стенозирующий)
О	Б	Лающий кашель
О	В	Кашель с гнойной мокротой
О	Г	Сухой кашель
В	257	ВРЕМЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ:
О	А	Ночью
О	Б	В любое время суток по мере накопления корок (плёнок)
О	В	Утром
О	Г	В любое время суток, по мере нарастания отёка
В	258	ВРЕМЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ ИСТИННОМ КРУПЕ:
О	А	В любое время суток, по мере накопления плёнок
О	Б	Ночью
О	В	Утром
О	Г	В любое время суток, по мере нарастания отёка
В	259	ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА –

		ПАХИДЕРМИИ:
О	А	Область межчерпаловидного пространства
О	Б	На границе передней и средней трети свободного края истинных голосовых складок
О	В	В задней трети истинных голосовых связок
О	Г	В передней комиссуре
В	260	РЕММИТИРУЮЩАЯ ЛИХОРАДКА МОЖЕТ БЫТЬ:
О	А	При менингите, который возник в результате тромбоза мозговых сосудов
О	Б	При гнойном отогенном менингите
О	В	При абсцессе головного мозга
О	Г	При риногенном менингите
В	261	ПРИ ТРАВМАХ НОСА ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЮТСЯ:
О	А	Носовые кости
О	Б	Лобные отростки верхней челюсти
О	В	Носовые отделы лобной кости
О	Г	Решетчатая кость
В	262	ЗАДНИЙ ТАМПОН ВВОДИТСЯ В НОСОГЛОТКУ С ПОМОЩЬЮ:
О	А	Мягкого катетера
О	Б	Корнцанга
О	В	Пинцета
О	Г	Зажима
В	263	ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛЕДУЮЩИХ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА:
О	А	Основные
О	Б	Верхнечелюстные
О	В	Клетки решётчатого лабиринта
О	Г	Лобные
В	264	МАСТОИДИТ ВОЗНИКАЕТ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ ОТ НАЧАЛА ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА:
О	А	Через 2-3 недели
О	Б	Через 1 неделю
О	В	Через 2 месяца
О	Г	Через 1 месяц
В	265	ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ:
О	А	При обострениях хронического гнойного эпитимпанита
О	Б	При остром гнойном среднем отите
О	В	При обострении хронического гнойного мезотимпанита
О	Г	Во время приступа болезни Меньера
В	266	БОЛЬНОМУ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОРТАНОГЛОТКИ ПРИ НАРАСТАЮЩИХ ЯВЛЕНИЯХ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ:

<input type="radio"/>	А	Трахеостомия
<input type="radio"/>	Б	Колотомия
<input type="radio"/>	В	Наложение фарингостомы
<input type="radio"/>	Г	Наложение эзофагостомы
<input type="radio"/>		
В	267	ТАМПОНЫ В НОСУ И НОСОГЛОТКЕ ОСТАВЛЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЙ СРОК:
<input type="radio"/>	А	1-2 суток
<input type="radio"/>	Б	2-6 часов
<input type="radio"/>	В	1 неделя
<input type="radio"/>	Г	10 дней
<input type="radio"/>		
В	268	ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМА ЛАТЕРАЛЬНЫХ СТенок РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА НОСА С ОДНОВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ:
<input type="radio"/>	А	Эмфизема в области лица или орбиты
<input type="radio"/>	Б	Кровотечение, гематома в области орбиты
<input type="radio"/>	В	Выраженный отёк мягких тканей лица
<input type="radio"/>	Г	
<input type="radio"/>		
В	269	КОНИКОТОМИЯ – ЭТО РАССЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕЙ СВЯЗКИ:
<input type="radio"/>	А	Щитовидной
<input type="radio"/>	Б	Трахеоперстневидной
<input type="radio"/>	В	Щитоподъязычной
<input type="radio"/>	Г	Подъязычнонадгортанная
<input type="radio"/>		
В	270	ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ:
<input type="radio"/>	А	В передней черепной ямке
<input type="radio"/>	Б	В средней черепной ямке
<input type="radio"/>	В	В задней черепной ямке
<input type="radio"/>	Г	
<input type="radio"/>		
В	271	ОПОРНЫМ ПУНКТОМ ДЛЯ РАЗДЕЛЕНИЯ ТРАХЕОТОМИИ НА ВЕРХНЮЮ, СРЕДНЮЮ И НИЖНЮЮ ЯВЛЯЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Перешеек щитовидной железы
<input type="radio"/>	Б	Перстневидный хрящ
<input type="radio"/>	В	Кольца трахеи
<input type="radio"/>	Г	Щитовидный хрящ
<input type="radio"/>		
В	272	К ПОЛНОЙ ГЛУХОТЕ ПРИВОДИТ:
<input type="radio"/>	А	Диффузный гнойный лабиринтит
<input type="radio"/>	Б	Ограниченный лабиринтит
<input type="radio"/>	В	Вестибулярный нейронит
<input type="radio"/>	Г	Острый гнойный средний отит
<input type="radio"/>		
В	273	НА ТАМПОНЕ, ПРЕДНАЗНАЧЕННОМ ДЛЯ ЗАДНЕЙ ТАМПОНАДЫ, ДОЛЖНО БЫТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЛИГАТУР:
<input type="radio"/>	А	3
<input type="radio"/>	Б	2
<input type="radio"/>	В	4

О	Г	1
В	274	ЛАБИРИНТИТ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ СЛЕДУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:
О	А	Эпитимпанит
О	Б	Мезотимпанит
О	В	Адгезивный средний отит
О	Г	Острый гнойный средний отит
В	275	ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЭЗОФАГОСКОПИЮ В СЛУЧАЕ КОЛЛИКВАЦИОННОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА (ОЖОГ ЩЕЛОЧЬЮ) МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ:
О	А	Через 1 месяц и позднее
О	Б	В первый день
О	В	Через 8-10 дней
О	Г	В первые пять суток
В	276	ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЭЗОФАГОСКОПИЮ В СЛУЧАЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА (ОЖОГ КИСЛОТОЙ) МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ:
О	А	Через 8-10 дней
О	Б	Через 1 месяц и позднее
О	В	В первые пять суток
О	Г	В первый день
В	277	ДЛЯ ОСТРОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ОДЫШКИ:
О	А	Инспираторная
О	Б	Экспираторная
О	В	Смешанная
О	Г	Одышки не будет
В	278	ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:
О	А	Среднего уха
О	Б	Наружного уха
О	В	Верхнечелюстных и лобных пазух
О	Г	Основной пазухи
В	279	ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЗАДНЕЙ ТАМПОНАДЕ НОСА:
О	А	Острый средний отит
О	Б	Острый гнойный синусит
О	В	Тромбоз кавернозного синуса
О	Г	Ангина
В	280	ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛЕДУЮЩИХ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА:
О	А	Лобной, клеток решётчатого лабиринта, клиновидной.
О	Б	Основной, лобной

<input type="radio"/>	В	Клеток решётчатого лабиринта, верхнечелюстной
<input type="radio"/>	Г	Основной, верхнечелюстной
В	281	ПОЛНОЕ УГАСАНИЕ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИЙ, ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА НАБЛЮДАЮТСЯ:
<input type="radio"/>	А	При поперечном переломе пирамиды височной кости
<input type="radio"/>	Б	При продольном переломе пирамиды височной кости
<input type="radio"/>	В	При переломе большого крыла клиновидной кости
<input type="radio"/>	Г	При переломе тела клиновидной кости
В	282	ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛЕДУЮЩИХ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ:
<input type="radio"/>	А	Основных, лобных, клеток решётчатого лабиринта
<input type="radio"/>	Б	Верхнечелюстных, лобных, клеток решётчатого лабиринта
<input type="radio"/>	В	Основных, верхнечелюстных, клеток решётчатого лабиринта
<input type="radio"/>	Г	Основных, верхнечелюстных, лобных
В	283	ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В ОБЛАСТИ:
<input type="radio"/>	А	Первого физиологического сужения пищевода
<input type="radio"/>	Б	Второго физиологического сужения пищевода
<input type="radio"/>	В	Третьего физиологического сужения пищевода
<input type="radio"/>	Г	С одинаковой частотой
В	284	РАСШИРИТЕЛЬ ТРУССО НЕОБХОДИМ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ:
<input type="radio"/>	А	Расширение просвета трахеи
<input type="radio"/>	Б	Вскрытие просвета трахеи
<input type="radio"/>	В	Расширение краев раны
<input type="radio"/>	Г	Фиксация гортани и трахеи
В	285	СТАПЕДОПЛАСТИКА ТЕФЛОНОВЫМ ПРОТЕЗОМ С «МУФТОЙ-ФИКСАТОРОМ» КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ПРИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ:
<input type="radio"/>	А	Отосклероз
<input type="radio"/>	Б	Сенсоневральная тугоухость
<input type="radio"/>	В	Вестибулярный нейронит
<input type="radio"/>	Г	Болезнь Меньера
В	286	НАРУШЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЕОБЛАДАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ:
<input type="radio"/>	А	Болезнь Меньера
<input type="radio"/>	Б	Сенсоневральная тугоухость
<input type="radio"/>	В	Отосклероз
<input type="radio"/>	Г	Адгезивный средний отит
В	287	КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ:
<input type="radio"/>	А	Сенсоневральная тугоухость
<input type="radio"/>	Б	Отосклероз
<input type="radio"/>	В	Болезнь Меньера

О	Г	Хронический средний отит
В	288	ДРЕНИРОВАНИЕ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО МЕШКА МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ:
О	А	Болезнь Меньера
О	Б	Сенсоневральная тугоухость
О	В	Отосклероз
О	Г	Вестибулярный нейронит
В	289	ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ ЗВУКА КАМЕРТОНОМ С128 ПО КОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Опытом Вебера
О	Б	Опытом Ринне
О	В	Опытом Желле
О	Г	Опытом Швабаха
В	290	КОСТНАЯ ПРОВОДИМОСТЬ ИССЛЕДУЕТСЯ КАМЕРТОНОМ:
О	А	С128
О	Б	С2048
О	В	С1024
О	Г	С512
В	291	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАМЕРТОНОМ С128 ВОЗДУШНОЙ И КОСТНОЙ ПРОВОДИМОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Опытом Ринне
О	Б	Опытом Желле
О	В	Опытом Бинга
О	Г	Опытом Вебера
В	292	ШЕПОТНАЯ РЕЧЬ ВОСПРИНИМАЕТСЯ НОРМАЛЬНО СЛЫШАЩИМ УХОМ С РАССТОЯНИЯ НЕ МЕНЕЕ:
О	А	6 м
О	Б	20 м
О	В	12 м
О	Г	25 м
В	293	ТОЛЩИНА БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:
О	А	0,1 мм
О	Б	1 мм
О	В	0,5 мм
О	Г	2 мм
В	294	ИССЛЕДОВАНИЕ ЗВУЧАНИЯ КАМЕРТОНА С128 С СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ПРИ КОМПРЕССИИ И ДЕКОМПРЕССИИ ВОЗДУХА В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Опытом Желле
О	Б	Опытом Бинга
О	В	Опытом Вебера
О	Г	Опытом Ринне

В	295	ДЛИНА СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:
О	А	3,5 см
О	Б	2,5 см
О	В	1,5 см
О	Г	4 см
В	296	ИЗМЕРЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗВУЧАНИЯ КАМЕРТОНА ЧЕРЕЗ КОСТЬ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЫТОМ:
О	А	Опытом Швабаха
О	Б	Опытом Желле
О	В	Опытом Бинга
О	Г	Опытом Вебера
В	297	СИЛА РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ В ДБ РАВНЯЕТСЯ:
О	А	45-55
О	Б	35-45
О	В	25-35
О	Г	55-65
В	298	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗДУШНОЙ ПРОВОДИМОСТИ КАМЕРОНОМ:
О	А	C128
О	Б	C2048
О	В	C256
О	Г	C512
В	299	ВЕРХНЯЯ СТЕНКА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ГРАНИЧИТ:
О	А	Со средней черепной ямкой
О	Б	Со скуловой костью
О	В	С теменной костью
О	Г	С височнонижнечелюстным суставом
В	300	КОЖА ПЛОТНО СРАЩЕНА С НАДХРЯЩНИЦЕЙ НА СЛЕДУЮЩЕЙ ПОВЕРХНОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ:
О	А	На передней
О	Б	На верхней
О	В	В области мочки уха
О	Г	На задней
В	301	ОСНОВА ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ:
О	А	Перепончато-хрящевая и костная
О	Б	Хрящевая
О	В	Хрящевая и соединительно-тканная
О	Г	Хрящевая и мышечная
В	302	КОЗЕЛОК СВЯЗАН СО СЛЕДУЮЩЕЙ СТЕНКОЙ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА:
О	А	С передней

<input type="radio"/>	Б	С верхней
<input type="radio"/>	В	С нижней
<input type="radio"/>	Г	С задней
В	303	НА БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКЕ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПУНКТЫ:
<input type="radio"/>	А	Контуры рукоятки молоточка, короткого отростка рукоятки молоточка, переднюю и заднюю переходные складки, световой конус
<input type="radio"/>	Б	Рукоятку молоточка, световой рефлекс
<input type="radio"/>	В	Рукоятку молоточка, переднюю переходную складку
<input type="radio"/>	Г	Контуры рукоятки молоточка, короткого отростка рукоятки молоточка
В	304	В КОРТИЕВОМ ОРГАНЕ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ВИДОВ ВОЛОСКОВЫХ КЛЕТОК:
<input type="radio"/>	А	Два вида
<input type="radio"/>	Б	Один вид
<input type="radio"/>	В	Три вида
<input type="radio"/>	Г	Четыре вида
В	305	ОТВЕРСТИЕ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ НАХОДИТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТЕНКЕ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ:
<input type="radio"/>	А	На передней
<input type="radio"/>	Б	На нижней
<input type="radio"/>	В	На верхней
<input type="radio"/>	Г	На задней
В	306	БАРАБАННАЯ ПОЛОСТЬ ЧЕРЕЗ ЕВСТАХИЕВУ ТРУБУ СООБЩАЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	С носоглоткой
<input type="radio"/>	Б	С полостью рта
<input type="radio"/>	В	С верхним носовым ходом
<input type="radio"/>	Г	С общим носовым ходом
В	307	ОВАЛЬНОЕ ОКНО ЗАКРЫТО:
<input type="radio"/>	А	Подножной пластинкой стремени
<input type="radio"/>	Б	Слизистой оболочкой
<input type="radio"/>	В	Фиброзной мембраной
<input type="radio"/>	Г	Вторичной барабанной перепонкой
В	308	ПЕРЕДНЯЯ СТЕНКА КОСТНОГО ОТДЕЛА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ГРАНИЧИТ:
<input type="radio"/>	А	С суставом нижней челюсти
<input type="radio"/>	Б	С околоушной железой
<input type="radio"/>	В	Со скуловой костью
<input type="radio"/>	Г	С луковичей яремной вены
В	309	БАРАБАННАЯ ПЕРЕПОНКА УСЛОВНО ДЕЛИТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО КВАДРАНТОВ:
<input type="radio"/>	А	На четыре
<input type="radio"/>	Б	На три
<input type="radio"/>	В	На два



<input type="radio"/>	Г	На шесть
<input type="radio"/>		
В	310	БАРАБАННАЯ ПОЛОСТЬ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО СТЕНОК:
<input type="radio"/>	А	Шесть
<input type="radio"/>	Б	Четыре
<input type="radio"/>	В	Три
<input type="radio"/>	Г	Пять
<input type="radio"/>		
В	311	ВЕНЫ УШНОЙ РАКОВИНЫ ВПАДАЮТ В СЛЕДУЮЩИЙ ОСНОВНОЙ СОСУД:
<input type="radio"/>	А	В наружную яремную вену
<input type="radio"/>	Б	В общую лицевую вену
<input type="radio"/>	В	Во внутреннюю яремную вену
<input type="radio"/>	Г	В сигмовидный синус
<input type="radio"/>		
В	312	МЕДИАЛЬНАЯ СТЕНКА БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ГРАНИЧИТ:
<input type="radio"/>	А	С ушным лабиринтом
<input type="radio"/>	Б	С внутренним слуховым проходом
<input type="radio"/>	В	Со средней черепной ямкой
<input type="radio"/>	Г	Со слуховой трубой
<input type="radio"/>		
В	313	СЛУХОВОЙ ЦЕНТР НАХОДИТСЯ:
<input type="radio"/>	А	В височной доле
<input type="radio"/>	Б	В затылочной доле
<input type="radio"/>	В	В теменной доле
<input type="radio"/>	Г	В лобной доле
<input type="radio"/>		
В	314	ДЛИНА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СЛЕДУЮЩАЯ:
<input type="radio"/>	А	2,5-3,5 см
<input type="radio"/>	Б	1,0 – 1,5 см
<input type="radio"/>	В	4,5 см
<input type="radio"/>	Г	4 см
<input type="radio"/>		
В	315	ВХОД В ПЕЩЕРУ НАХОДИТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТЕНКЕ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ:
<input type="radio"/>	А	На задней
<input type="radio"/>	Б	На передней
<input type="radio"/>	В	На нижней
<input type="radio"/>	Г	На верхней
<input type="radio"/>		
В	316	КОСТНЫЙ КАНАЛ УЛИТКИ СОВЕРШАЕТ СВОИ ОБОРОТЫ:
<input type="radio"/>	А	Вокруг костного стержня
<input type="radio"/>	Б	Вокруг преддверия лабиринта
<input type="radio"/>	В	Вокруг спиральной пластинки
<input type="radio"/>	Г	Вокруг основной мембраны
<input type="radio"/>		
В	317	БАРАБАННАЯ ПОЛОСТЬ ЧЕРЕЗ КРУГЛОЕ ОКНО СООБЩАЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	С барабанной лестницей улитки
<input type="radio"/>	Б	С верхушкой улитки
<input type="radio"/>	В	С барабанной лестницей преддверия

О	Г	С субарахноидальным пространством
В	318	НА ВНУТРЕННЕЙ (ЧЕРЕПНОЙ) ПОВЕРХНОСТИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА РАСПОЛОЖЕНО СЛЕДУЮЩЕЕ ВАЖНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ:
О	А	Сигмовидный венозный синус
О	Б	Кавернозный венозный синус
О	В	Задний полукружный канал
О	Г	Наружная сонная артерия
В	319	ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ, СОБИРАЮЩИЕ ЛИМФУ ИЗ ОБЛАСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ, РАСПОЛОЖЕНЫ:
О	А	На сосцевидном отростке и в области околоушной железы
О	Б	Под углом нижней челюсти
О	В	На передней поверхности шеи
О	Г	На задней поверхности шеи
В	320	В БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ:
О	А	M. tensor tympani, m.stapedius
О	Б	M. tensor tympani, m.tubarius
О	В	M. tensor tympani, m.recti externi, m.obliquus superior
О	Г	M. tensor tympani, m.dygastricus
В	321	КРУГЛОЕ ОКНО ЗАКРЫТО:
О	А	Вторичной барабанной перепонкой
О	Б	Костной пластиной
О	В	Соединительно-тканными тяжами
О	Г	Подножной пластинкой стремени
В	322	ХРЯЩЕВОЙ ОСНОВЫ ЛИШЕНА СЛЕДУЮЩАЯ ЧАСТЬ УШНОЙ РАКОВИНЫ:
О	А	Мочка
О	Б	Противокозелок
О	В	Завиток
О	Г	Противозавиток
В	323	В КОРТИЕВОМ ОРГАНЕ ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ВОЛОСКОВЫХ КЛЕТОК:
О	А	Наружные и внутренние
О	Б	Наружные, средние и внутренние
О	В	Один вид (недифференцированные)
О	Г	Столбовые, фаланговые
В	324	МЫШЦЫ УШНОЙ РАКОВИНЫ ИННЕРВИРУЮТСЯ:
О	А	Ветвями тройничного и лицевого нервов
О	Б	Ветвями лицевого нерва
О	В	Ветвями тройничного нерва
О	Г	Ветвями блуждающего и языкоглоточного нервов
В	325	У ВЗРОСЛЫХ ДВА ОТДЕЛА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СОЕДИНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

О	А	Под углом, открытым кпереди и книзу
О	Б	Прямолинейно переходят друг в друга
О	В	Под углом, открытым кверху
О	Г	Под углом, открытым кзади
В	326	НАРУЖНАЯ СТЕНКА БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ОБРАЗОВАНА:
О	А	Барабанной перепонкой, костными стенками наружного слухового прохода
О	Б	Барабанной перепонкой и частью задней стенки наружного слухового прохода
О	В	Барабанной перепонкой и луковицей яремной вены
О	Г	Барабанной перепонкой
В	327	ПРИ ЛЮБОМ ТИПЕ СТРОЕНИЯ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИСУТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ КЛЕТКА:
О	А	Антральная клетка
О	Б	Клетка, расположенная у корня скуловой дуги
О	В	Верхушечная клетка
О	Г	Периантральная клетка
В	328	БАРАБААННАЯ ЛЕСТНИЦА СОЕДИНЯЕТСЯ С ЛЕСТНИЦЕЙ ПРЕДДВЕРИЯ:
О	А	У верхушки улитки
О	Б	У основания улитки
О	В	Нигде не соединяются
О	Г	У края спиральной пластинки
В	329	БАРАБААННАЯ ПОЛОСТЬ ЧЕРЕЗ ОВАЛЬНОЕ ОКНО СООБЩАЕТСЯ:
О	А	С преддверием лабиринта
О	Б	С улиткой
О	В	С горизонтальным полукружным каналом
О	Г	С сагитальным полукружным каналом
В	330	ДВИЖЕНИЕ РЕСНИЧЕК МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ:
О	А	Направлено в сторону носоглотки
О	Б	Направлено в сторону барабанной полости
О	В	Не имеет постоянного направления
О	Г	Хаотичное
В	331	БАРАБААННАЯ ПОЛОСТЬ И ЕЁ СОДЕРЖИМОЕ ПОКРЫТО:
О	А	Слизистой оболочкой, которая представляет собой однослойный плоский эпителий, содержащий железы
О	Б	Слизистой оболочкой, которая представляет собой многорядный цилиндрический эпителий, содержащий большое количество желез
О	В	Слизистой оболочкой, которая представляет собой многослойный плоский эпителий, не содержащий желез.
О	Г	Слизистой оболочкой, которая представляет собой многослойный плоский эпителий, содержащий желез.
В	332	НАД ВОЛОСКАМИ ЧУВСТВУЮЩИХ КЛЕТОК КОРТИЕВА ОРГАНА

		НАВИСАЕТ:
О	А	Покровная мембрана
О	Б	Костная спиральная пластина
О	В	Рейсснерова мембрана
О	Г	Сосудистая полоска
В	333	ВЫПУКЛОСТЬ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛУКРУЖНОГО КАНАЛА В БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ РАСПОЛОЖЕНА:
О	А	На медиальной стенке, позади и выше канала лицевого нерва
О	Б	На медиальной стенке, впереди и ниже канала лицевого нерва
О	В	На верхней стенке
О	Г	В антруме
В	334	САНТОРИНИЕВЫ ЩЕЛИ НАХОДЯТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТЕНКЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА:
О	А	На передне-нижней
О	Б	На передне-верхней
О	В	На задне-верхней
О	Г	На задне-нижней
В	335	КОРТИЕВ ТОННЕЛЬ ОБРАЗОВАН:
О	А	Клетками-столбами
О	Б	Дейтерсовыми клетками
О	В	Волосковыми клетками
О	Г	Гензеновскими клетками
В	336	ТИП СТРОЕНИЯ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ:
О	А	Рентгенограмма по Шуллеру
О	Б	Рентгенограмма по Резе
О	В	Рентгенограмма по Стенверсу
О	Г	Рентгенограмма придаточных пазух носа
В	337	НЕПРОИЗВОЛЬНЫЕ РИТМИЧЕСКИЕ (ДВУФАЗНЫЕ) ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК НАЗЫВАЮТСЯ:
О	А	Нистагмом
О	Б	Маятникообразными движениями глазных яблок
О	В	Плавающими движениями глазных яблок
О	Г	Прослеживающими движениями глазных яблок
В	338	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БИТЕРМАЛЬНОГО КАЛОРИЧЕСКОГО ТЕСТА, ВОЗМОЖНО, ОПРЕДЕЛИТЬ ТОЛЬКО СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НИСТАГМЕННОЙ РЕАКЦИИ:
О	А	Все перечисленные показатели нистагмальной реакции
О	Б	Скорость быстрого компонента, скорость медленного компонента
О	В	Длительность латентного периода, длительность нистагмальной реакции
О	Г	Частоту, амплитуду нистагма
В	339	НАПРАВЛЕНИЕ НИСТАГМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАЛОРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ – ПРАВОЕ УХО-ХОЛОД:
О	А	Влево

О	Б	Вправо
О	В	В обе стороны
О	Г	Вверх
В	340	ПРИ 2-Й СТЕПЕНИ ОТОЛИТОВОЙ ПРОБЫ ПО ВОЯЧЕКУ СОМАТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ВЫРАЖАЕТСЯ:
О	А	Отклонением на 5-30 град
О	Б	Отсутствием отклонения
О	В	Отклонением больше 30 град
О	Г	Отклонением до 5 град
В	341	МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ АМПУЛЯРНОГО РЕЦЕПТОРА:
О	А	Вращательный тест по Барани
О	Б	Отолитовая реакция по Воячку
О	В	Качели Хилова
О	Г	Непрямая отолиметрия
В	342	ОБЪЕМ ЭНДОЛИМФЫ:
О	А	2,7 мм <sup>3</sup>
О	Б	4,2 мм <sup>3</sup>
О	В	5,3 мм <sup>3</sup>
О	Г	7,8 мм <sup>3</sup>
В	343	АДЕКВАТНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЕМ ДЛЯ ОТОЛИТОВОГО РЕЦЕПТОРА ЯВЛЯЕТСЯ: ВСЕ КРОМЕ:
О	А	углового ускорения
О	Б	гравитации
О	В	центробежной силы
О	Г	прямолинейного ускорения
В	344	ВЕГЕТАТИВНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ 1 СТ. ОТОЛИТОВОЙ ПРОБЫ ПО ВОЯЧЕКУ:
О	А	Побледнение лица, брадикардия, покраснение кожи лица
О	Б	Рвота, обморок
О	В	Холодный пот, тошнота
О	Г	Нистагм при взгляде в сторону быстрого компонента
В	345	УЛИТКОВЫЙ ХОД НЕПОСРЕДСТВЕННО СООБЩАЕТСЯ:
О	А	Со сферическим мешочком преддверия
О	Б	С эллиптическим мешочком преддверия
О	В	С ампулой горизонтального полукружного канала
О	Г	С ампулой вертикального полукружного канала
В	346	ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ ГАНГЛИЙ РАСПОЛОЖЕН:
О	А	Во внутреннем слуховом проходе
О	Б	В преддверии лабиринта
О	В	В полукружных каналах
О	Г	В модиолусе
В	347	В ОБЩЕЕ КОЛЕНА СЛИВАЮТСЯ ГЛАДКИЕ КОНЦЫ СЛЕДУЮЩИХ КАНАЛОВ:

О	А	Сагиттального и фронтального
О	Б	Фронтального и горизонтального
О	В	Горизонтального и сагиттального
О	Г	Сагиттального, фронтального и горизонтального
В	348	В РОТОГЛОТКЕ ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО МИНДАЛИН:
О	А	Две
О	Б	Три
О	В	Одна
О	Г	Ни одной
В	349	АДЕКВАТНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЕМ КУПУЛЯРНОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Угловое ускорение
О	Б	Прямолинейное ускорение
О	В	Сила тяжести, прямолинейное ускорение
О	Г	Центробежная сила
В	350	РЕЦЕПТОР ОТОЛИТОВОГО АППАРАТА НАХОДИТСЯ:
О	А	В мешочках преддверия лабиринта
О	Б	В улитке внутреннего уха
О	В	В ампулах полукружных каналов
О	Г	Во внутреннем слуховом проходе
В	351	НИСТАГМ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФИКСАЦИИ ВЗГЛЯДА:
О	А	При взгляде прямо
О	Б	В сторону быстрого компонента
О	В	В сторону медленного компонента
О	Г	При любом отклонении глазного яблока в стороны и прямо
В	352	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ БАРАНИ НИСТАГМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
О	А	В конце вращения
О	Б	В начале вращения
О	В	Во время вращения
О	Г	Через 5 минут после вращения
В	353	ЖИДКОСТЬ, КОТОРАЯ ЗАПОЛНЯЕТ МЕШОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ:
О	А	Эндолимфой
О	Б	Перилимфой
О	В	Кортилимфой
О	Г	Ликвором
В	354	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАЛОРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ "ТЁПЛОЙ" ВОДОЙ БЕРЕТСЯ ВОДА С ТЕМПЕРАТУРОЙ:
О	А	+38 – +45 °С
О	Б	+36 – +38 °С
О	В	+50 – +60 °С

О	Г	+55 - +59 °С
В	355	ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ВЫЯВИТЬ НИСТАГМ 1-Й СТЕПЕНИ, ВЗГЛЯД ИСПЫТУЕМОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ФИКСИРОВАТЬ В СТОРОНУ СЛЕДУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА НИСТАГМА:
О	А	В сторону быстрого компонента нистагма
О	Б	В сторону медленного компонента нистагма
О	В	При взгляде прямо
О	Г	При взгляде вверх
В	356	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАЛОРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ХОЛОДНОЙ ВОДОЙ БЕРЕТСЯ ВОДА С ТЕМПЕРАТУРОЙ:
О	А	+20 – +30 °С
О	Б	+36 – +38 °С
О	В	0 – +2 °С
О	Г	+5 – +10 °С
В	357	ПРИ ОЦЕНКЕ НИСТАГМА ФИКСАТОР (ПАЛЕЦ ВРАЧА) ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ ОТ ГЛАЗ ИСПЫТУЕМОГО НА РАССТОЯНИИ:
О	А	60-70 см
О	Б	2 см
О	В	10 см
О	Г	30 см
В	358	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТВРАЩАТЕЛЬНОГО НИСТАГМА ПО БАРАНИ В НОРМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВАРЬИРУЕТ В ПРЕДЕЛАХ:
О	А	15-45 сек
О	Б	5-10 сек
О	В	30-95 сек
О	Г	60-70 сек.
В	359	КОСТНЫЕ ПОЛУКРУЖНЫЕ КАНАЛЫ ОТКРЫВАЮТСЯ:
О	А	В преддверие лабиринта
О	Б	В основной завиток улитки
О	В	Во внутренний слуховой проход
О	Г	В барабанную полость
В	360	НИСТАГМ НАПРАВЛЕН В СЛЕДУЮЩУЮ СТОРОНУ:
О	А	В сторону ампулопетального тока эндолимфы в горизонтальном полукружном канале
О	Б	В сторону ампулофугального тока эндолимфы в горизонтальном полукружном канале
О	В	В сторону ампулопетального тока эндолимфы в сагитальном полукружном канале
О	Г	В сторону ампулопетального тока эндолимфы во фронтальном полукружном канале
В	361	ПОД ВЛИЯНИЕМ УГЛОВОГО УСКОРЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ:
О	А	Ток эндолимфы и смещение купулы полукружного канала
О	Б	Перемещение отолитовой мембраны вверх
О	В	Перемещение отолитовой мембраны вниз

О	Г	Перемещение отолитовой мембраны по горизонтали
В	362	ПОД СИСТЕМНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ ПОНИМАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ:
О	А	Ложное ощущение перемещения предметов или самого больного в определенной плоскости и направлении
О	Б	"Тяжесть" в голове, "приливы" к голове
О	В	Потемнение в глазах, "мушки в глазах" (фотопсия)
О	Г	Потеря сознания, "приливы" к голове
В	363	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НИСТАГМА В НОРМЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАССОВОЙ КАЛОРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ТРЕБУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ:
О	А	от 50 до 100 мл
О	Б	3-5 мл
О	В	от 150 до 500 мл
О	Г	от 300 до 500 мл
В	364	НОС ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ:
О	А	Три (защитная, воздухопроводящая, обонятельная)
О	Б	Восемь (защитная, воздухопроводящая, обонятельная, резонаторная, слезопроводная, косметическая, мимическая, выделительная)
О	В	Две (обонятельная, воздухопроводящая)
О	Г	Пять (резонаторная, слезопроводная, косметическая, мимическая, выделительная)
В	365	ОБЫЧНО У ЧЕЛОВЕКА БЫВАЕТ РАЗВИТО СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА:
О	А	Шесть плюс клетки решётчатого лабиринта
О	Б	Четыре плюс клетки решётчатого лабиринта
О	В	Две плюс клетки решётчатого лабиринта
О	Г	Шесть
В	366	КОРКОВЫЙ КОНЕЦ ОБОНЯТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:
О	А	В височной доле
О	Б	В лобной доле
О	В	В теменной доле
О	Г	В затылочной доле
В	367	САМАЯ ТОНКАЯ СТЕНКА ЛОБНОЙ ПАЗУХИ:
О	А	Нижняя
О	Б	Передняя
О	В	Задняя
О	Г	Медиальная
В	368	СРЕДНЯЯ И ВЕРХНЯЯ НОСОВЫЕ РАКОВИНЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ СЛЕДУЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЯ:
О	А	Отростки решётчатого лабиринта
О	Б	Самостоятельные кости



<input type="radio"/>	В	Отростки верхнечелюстной кости
<input type="radio"/>	Г	Отростки нёбной кости
В	369	НАИБОЛЕЕ ВАРИАБЕЛЬНЫ В СТРОЕНИИ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА:
<input type="radio"/>	А	Лобная
<input type="radio"/>	Б	Верхнечелюстная
<input type="radio"/>	В	Клиновидная
<input type="radio"/>	Г	Клетки решетчатой кости
В	370	ПУНКЦИЯ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ПРОИЗВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ СЛЕДУЮЩИЙ НОСОВОЙ ХОД:
<input type="radio"/>	А	Нижний
<input type="radio"/>	Б	Средний
<input type="radio"/>	В	Верхний
<input type="radio"/>	Г	Общий
В	371	ОТКРЫТАЯ ГНУСАВОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:
<input type="radio"/>	А	При параличах и парезах мягкого нёба, расщелинах мягкого и твёрдого нёба
<input type="radio"/>	Б	При гипертрофических ринитах, искривлениях носовой перегородки, опухолях полости носа
<input type="radio"/>	В	При гематомах и абсцессах носовой перегородки, инородных телах
<input type="radio"/>	Г	Аденоидах, новообразованиях носоглотки и заращениях носовых ходов
В	372	СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД РАСПОЛОЖЕН:
<input type="radio"/>	А	Между средней и нижней носовыми раковинами
<input type="radio"/>	Б	Между средней и верхней носовыми раковинами
<input type="radio"/>	В	Между средней носовой раковиной и дном полости носа
<input type="radio"/>	Г	Между средней носовой раковиной и перегородкой полости носа
В	373	ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ НОСА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:
<input type="radio"/>	А	8-14 лет
<input type="radio"/>	Б	20-25 лет
<input type="radio"/>	В	3-5 лет
<input type="radio"/>	Г	15-20
В	374	НАИБОЛЕЕ ТОНКОЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Верхняя
<input type="radio"/>	Б	Нижняя
<input type="radio"/>	В	Передняя
<input type="radio"/>	Г	Медиальная
В	375	ДВЕ БОКОВЫЕ ПОВЕРХНОСТИ НОСА, СОЕДИНЯЯСЬ ПО СРЕДНЕЙ ЛИНИИ, ОБРАЗУЮТ:
<input type="radio"/>	А	Спинку носа
<input type="radio"/>	Б	Носовые отверстия
<input type="radio"/>	В	Корень носа

О	Г	Крылья носа
В	376	НОСОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА В ЗАДНИХ ОТДЕЛАХ ОБРАЗОВАНА:
О	А	Сошником и перпендикулярной пластинкой решётчатой кости
О	Б	Четырёхугольным хрящом и сошником
О	В	Вертикальной пластинкой нёбной кости
О	Г	Горизонтальной пластинкой нёбной кости
В	377	ВЕДУЩИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА:
О	А	Рентгенологический
О	Б	Лабораторный
О	В	Эндоскопический
О	Г	Компьютерная томография
В	378	СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД – ЭТО ПРОСТРАНСТВО МЕЖДУ:
О	А	Нижней носовой раковиной и средней носовой раковиной
О	Б	Средней носовой раковиной и носовой перегородкой
О	В	Средней носовой раковиной и верхней носовой раковиной
О	Г	Нижней носовой раковиной и носовой перегородкой
В	379	ЭПИТЕЛИЙ, ПОКРЫВАЮЩИЙ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НОСА:
О	А	Цилиндрический многорядный мерцательный
О	Б	Многослойный плоский
О	В	Цилиндрический
О	Г	Многорядный плоский
В	380	РАКОВИНЫ НОСА:
О	А	Верхняя, средняя и нижняя
О	Б	Передняя, средняя и задняя
О	В	Латеральная, медиальная и средняя Передняя и нижняя
О	Г	
В	381	ОТСУТСТВИЕ ОБОНЯНИЯ ЭТО:
О	А	Аносмия.
О	Б	Гиперосмия
О	В	Гипосмия 1 ст.
О	Г	Гипосмия 3 ст.
В	382	НИЖНЯЯ НОСОВАЯ РАКОВИНА ПРЕДСТАВЛЕНА СЛЕДУЮЩЕЙ КОСТЬЮ:
О	А	Самостоятельной
О	Б	Отростком решётчатой кости
О	В	Лобным отростком верхней челюсти
О	Г	Крыловидным отростком клиновидной кости
В	383	КОСТЬ, СОДЕРЖАЩАЯ В СЕБЕ SINUS FRONTALIS:
О	А	Лобная
О	Б	Верхняя челюсть
О	В	Нижняя челюсть

<input type="radio"/>	Г	Решётчатая
<input type="radio"/>		
В	384	САМОЙ ТОЛСТОЙ СТЕНКОЙ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Передняя
<input type="radio"/>	Б	Задняя
<input type="radio"/>	В	Межпазушная перегородка
<input type="radio"/>	Г	Нижняя
<input type="radio"/>		
В	385	СУБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОТЫ ОБОНЯНИЯ:
<input type="radio"/>	А	Ольфактометрия
<input type="radio"/>	Б	Ринопневмометрия
<input type="radio"/>	В	При помощи пушинки Воячека
<input type="radio"/>	Г	При помощи зеркала
<input type="radio"/>		
В	386	ПОЛНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ВКЛЮЧАЕТ:
<input type="radio"/>	А	Верхнечелюстные, лобные, клиновидные, передние, средние и задние клетки решетчатого лабиринта
<input type="radio"/>	Б	Верхнечелюстные, лобные, клиновидные, передние и задние клетки решетчатого лабиринта
<input type="radio"/>	В	Лобные, клиновидные, передние, средние и задние клетки решетчатого лабиринта
<input type="radio"/>	Г	Верхнечелюстные, передние и задние клетки решетчатого лабиринта
<input type="radio"/>		
В	387	НАИБОЛЬШЕЙ ПО ОБЪЕМУ СРЕДИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ЯВЛЯЮТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Верхнечелюстная
<input type="radio"/>	Б	Лобная
<input type="radio"/>	В	Передние клетки решётчатого лабиринта
<input type="radio"/>	Г	Задние клетки решётчатого лабиринта
<input type="radio"/>		
В	388	В НИЖНИЙ НОСОВОЙ ХОД ОТКРЫВАЕТСЯ:
<input type="radio"/>	А	Носо-слёзный канал
<input type="radio"/>	Б	Верхнечелюстная пазуха
<input type="radio"/>	В	Задние клетки решётчатого лабиринта
<input type="radio"/>	Г	Лобная пазуха
<input type="radio"/>		
В	389	НАРУЖНЫЙ НОС ИМЕЕТ ФОРМУ:
<input type="radio"/>	А	Трёхгранной пирамиды
<input type="radio"/>	Б	Треугольника
<input type="radio"/>	В	Четырёхгранной пирамиды
<input type="radio"/>	Г	Квадрата
<input type="radio"/>		
В	390	КИССЕЛЬБАХОВО СПЛЕТЕНИЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ В:
<input type="radio"/>	А	Передне-нижнем отделе носовой перегородки
<input type="radio"/>	Б	Передне-верхнем отделе носовой перегородки
<input type="radio"/>	В	Задне-нижнем отделе носовой перегородки
<input type="radio"/>	Г	Задне-верхнем отделе носовой перегородки
<input type="radio"/>		
В	391	ПРОСТРАНСТВО МЕЖДУ ДНОМ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ И НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

О	А	Нижний носовой ход
О	Б	Средний носовой ход
О	В	Верхний носовой ход
О	Г	Общий носовой ход
В	392	ЁМКОСТЬ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ:
О	А	10-12 см <sup>3</sup>
О	Б	5-10 см <sup>3</sup>
О	В	3-5 см <sup>3</sup>
О	Г	15-20 см <sup>3</sup>
В	393	К ПЕРЕДНИМ ПРИДАТОЧНЫМ ПАЗУХАМ ОТНОСЯТСЯ:
О	А	Лобная, верхнечелюстная, передние клетки решётчатого лабиринта
О	Б	Клиновидная, лобная, верхнечелюстная
О	В	Задние клетки решётчатого лабиринта, клиновидная
О	Г	Передние и задние клетки решётчатого лабиринта
В	394	ОТКРЫТАЯ ГНУСАВОСТЬ БЫВАЕТ ПРИ:
О	А	Парезах и параличах мягкого нёба
О	Б	Хронических ринитах
О	В	Искривлении носовой перегородки
О	Г	Инородных телах носа
В	395	ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО СТЕНОК:
О	А	6
О	Б	4
О	В	3
О	Г	2
В	396	ОЛЬФАКТОМЕТРИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ:
О	А	Обонятельной функции
О	Б	Резонаторной функции
О	В	Защитной функции
О	Г	Дыхательной функции
В	397	ПРОСТРАНСТВО МЕЖДУ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНОЙ И ДНОМ ПОЛОСТИ НОСА ЭТО:
О	А	Нижний носовой ход
О	Б	Средний носовой ход
О	В	Верхний носовой ход
О	Г	Общий носовой ход
В	398	МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНОГЛОТКИ:
О	А	Непрямая ларингоскопия
О	Б	Мезофарингоскопия
О	В	Стоматоскопия
О	Г	Задняя риноскопия
В	399	ГЛОТКУ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОТДЕЛОВ

О	А	Три
О	Б	Два
О	В	Четыре
О	Г	Один
В	400	ОСМОТР НОСОГЛОТКИ ПРОВОДИТСЯ:
О	А	Носоглоточным зеркалом
О	Б	Гортанным зеркалом
О	В	Носовым зеркалом
О	Г	Ушной воронкой

Задача 1. Больной З., 51 года поступил в ЛОР отделение с жалобами на разлитую головную боль, снижение слуха и шум в правом ухе, системное головокружение, направленное против часовой стрелки. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 3х недель, лечился амбулаторно у ЛОР-врача поликлиники по поводу острого правостороннего катарального среднего отита: закапывал в правое ухо борный спирт, в нос - нафтизин, физиотерапевтическое лечение-УВЧ на правое ухо.

На момент осмотра состояние пациента удовлетворительное, лежит на стороне больного уха, температура тела 37,2 °С.

Отоскопия: AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AS – ШП - 6 м. РР > 6 м.

AD - кожа заушной области не изменена, при пальпации определяется выраженная болезненность сосцевидного отростка в проекции антрума. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, имеется нависание задневерхней стенки наружного слухового прохода, барабанная перепонка гиперемирована, не контурирована.

Слух AD – ШП - 0 м. РР - 2 м.

При исследовании вестибулярной функции определяется горизонтально-ротаторный нистагм 1 степени, живой, мелкоамплитудный, быстро истощающийся, направлен вправо. Указательную пробу по Барани выполняет правильно, в позе Ромберга отклоняется влево. Прессорный нистагм отсутствует с обеих сторон.

Через сутки у больного температура тела стала 38,1°С, появилась приступообразная головная боль в правой половине головы и в правом ухе, отмечалась ригидность затылочных мышц.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.9 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 150 г/л; Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество- $12,8 \times 10^9/л$ ; Базофилы-0%; Эозинофилы-4%; Нейтрофилы палочкоядерные-8%; Нейтрофилы сегментоядерные-80%; Моноциты- 4%; Лимфоциты-21%; СОЭ-28 мм/ч. Тональная аудиограмма прилагается.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

Составьте план комплексного лечения.

Перечислите возможные осложнения.

Задача 2. Больной М. поступил в ЛОР клинику с жалобами на распирающие боли в левой половине лба, скудное гнойное отделяемое из левой половины носа, затруднение носового дыхания, больше слева, подъем температуры до 38.0°С.

На момент осмотра состояние пациента удовлетворительное, температура тела 37,2 °С.

Риноскопия: слизистая полости носа отечна, гиперемирована слева. Носовые раковины отечны, носовые ходы сужены. Скучное гнойное отделяемое в среднем носовом ходу слева. Носовое дыхание затруднено. Определяется болезненность при пальпации в проекции левой лобной пазухи.

Остальные ЛОР-органы без воспалительных изменений.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 132 г/л; Тромбоциты –  $267 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество- $12,9 \times 10^9/л$ ; Базоилы-0%; Эозинофилы-4%; Нейтрофилы палочкоядерные-8%; Нейтрофилы сегментоядерные-80%; Моноциты- 4%; Лимфоциты-21%; СОЭ-26 мм/ч.

Рентгенограмма придаточных пазух носа прилагается.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Перечислите анатомо-физиологические особенности латеральной стенки полости носа.

Составьте план комплексного лечения.

Перечислите возможные осложнения

Задача 3. Больная М., 22 лет поступила на ЛОР отделение с жалобами на сильную головную боль в лобно-теменной области, слизисто-гнойные выделения из носа, затруднение носового дыхания. Считает себя больной в течение 4 дней, через неделю после перенесённого респираторно-вирусного заболевания. Заболевание началось с болей в лобной области обеих сторон, повышение температуры тела до 37,5°С. На следующий день появилась отечность век.

На момент осмотра состояние пациентки удовлетворительное, температура тела 37,2°С. Определяется припухлость мягких тканей лба и век с обеих сторон. При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована определяется гной в средних носовых ходах с обеих сторон. Болезненность при пальпации в области проекции верхнечелюстных и лобных пазух с обеих сторон.

Остальные ЛОР-органы без воспалительных изменений.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 126 г/л; Тромбоциты –  $194 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество- $19,9 \times 10^9/л$ ; СОЭ-60 мм/ч.

Рентгенограмма придаточных пазух носа прилагается.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите анатомо-физиологические особенности латеральной стенки полости носа.
4. Составьте план комплексного лечения.
5. Перечислите возможные осложнения.

Задача 4. Больной К., 45 лет предъявляет жалобы на боль в левой половине лба и левой щеке, тяжесть в голове, повышение температуры тела до 37.3°С, выделения из носа, преимущественно из левой половины. Около недели назад перенес респираторное заболевание.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37.5°С. При передней риноскопии определяются гиперемия, отечность слизистой оболочки полости носа слева, гнойные выделения в левой половине носа. Перегородка полости носа искривлена влево. Носовое дыхание затруднено. При пальпации определяются болезненность в области левой верхнечелюстной и лобной пазух.

Остальные ЛОР-органы без воспалительных изменений.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.8 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 138 г/л;  
Тромбоциты –  $250 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $9,5 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 30 мм/ч.  
Рентгенограмма придаточных пазух носа прилагается.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите анатомо-физиологические особенности латеральной стенки полости носа.
4. Составьте план комплексного лечения.
5. Какова тактика выполнения пункции верхнечелюстной пазухи?

Задача 5. Больной З., 43 лет жалуется на сильную боль в области лба справа, заложенность носа, повышение температуры тела до  $38,7^{\circ}C$ . Эти симптомы появились четыре дня назад после перенесенного гриппа.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела  $37,5^{\circ}C$ .

При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, в правой половине носа определяется гной. Носовая перегородка S-образно искривлена. Носовое дыхание затруднено. Определяется болезненность при пальпации лобной области справа.

Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. Небные миндалины не увеличены. Налетов нет.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AS – ШР - 6 м. PP > 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 140 г/л;  
Тромбоциты –  $170 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $10.8 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 32 мм/ч.  
Рентгенограмма придаточных пазух носа прилагается.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите анатомо-физиологические особенности латеральной стенки полости носа.
4. Составьте план комплексного лечения. Принципы консервативного и инвазивного лечения
5. Какова тактика выполнения пункции верхнечелюстной пазухи?

Задача 6. Больной Н., 35 лет жалуется на частые выделения из носа, которые сопровождаются головными болями, нарушением общего состояния. Почти постоянно плохо дышит правая половина носа.

Считает себя больным около 5 лет, с периодическими ухудшениями состояния – выделения из носа приобретают гнойный характер, усиливается заложенность носа, повышается температура тела до  $38^{\circ}C$ . Лечился самостоятельно сосудосуживающими каплями, без особого эффекта.

На момент осмотра состояние больного удовлетворительное, температура тела  $37,5^{\circ}C$ .

При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована, отечна, правая половина заполнена овальной формы отечными образованиями исходящими из среднего и верхнего носовых ходов. В полости носа справа слизисто-гнойное отделяемое. При пальпации определяется болезненность правой верхнечелюстной пазухи. Носовое дыхание резко затруднено. Со стороны других ЛОР-органов изменений нет.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 132 г/л;  
Тромбоциты –  $190 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $10.1 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 29 мм/ч.  
Рентгенограмма придаточных пазух носа прилагается.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Перечислите анатомо-физиологические особенности латеральной стенки полости носа.

Составьте план комплексного лечения.

Какова тактика выполнения пункции верхнечелюстной пазухи?

Задача 7. Больной Г., 33 лет обратился к ЛОР - врачу в поликлинике по месту жительства с жалобами на периодически возникающие приступы заложенности носа с обильными слизисто - водянистыми выделениями, сопровождающиеся головной болью, кашлем; отмечает также раздражительность, потливость. Приступы часто возникают в связи с переохлаждением. Болен около 3 лет. Самостоятельно не лечился.

На момент осмотра состояние больного удовлетворительное, температура тела  $36.6^{\circ}C$ .

Слизистая полости носа розовая, умеренно отечна, отделяемое слизистое. Носовая перегородка по средней линии. Слизистая оболочка нижних носовых раковин набухшая, синюшная, местами на ней видны сизо-белые пятна. После смазывания 1% раствором адреналина носовые раковины резко уменьшились в объеме.

Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. По задней стенке глотки стекает слизь. Небные миндалины не увеличены. Налетов нет.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AS – ШР - 6 м. РР > 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 132 г/л;  
Тромбоциты –  $190 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $10.1 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 29 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы?

Каков механизм действия 1% адреналина?

Строение нижних носовых раковин.

Лечение данного заболевания.

Задача 8. Больной Щ., 19 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до  $39^{\circ}C$ .

Заболел накануне.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, температура тела  $39.2^{\circ}C$ , регионарные шейные лимфатические узлы увеличены, при пальпации умеренно болезненные. При фарингоскопии: рот открывает свободно, язык обложен сероватым налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой оболочке миндалин видны желтовато-белые точки.

При передней риноскопии: слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка девирует вправо.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, втянута, контуры четкие. Слух AS – ШР - 6 м. РР > 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 125 г/л;  
Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $14.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 32 мм/ч.



Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы?

Строение небных миндалин.

Лечение данного заболевания.

Какие осложнения со стороны внутренних органов возможны при повторении подобных состояний?

Задача 9. Больной Ю., 24 лет жалуется на затруднение носового дыхания, боль в области носа, повышение температуры тела до 37.5°C. Из анамнеза известно, что три дня назад получил удар по носу, после чего началось носовое кровотечение.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37.5°C.

При передней риноскопии: носовые ходы резко сужены за счет инфильтрации мягких тканей в области перегородки носа. В центре инфильтрата размягчение, при зондировании этого участка определяется флюктуация. Носовое дыхание затруднено.

Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. Небные миндалины не увеличены. Налетов нет.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AD/AS ШП - 6 м. РР > 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 122 г/л; Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $12.1 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 27 мм/ч.

Вопросы:

Предварительный диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Какие особенности анатомического строения перегородки носа могут способствовать развитию данного заболевания?

Тактика лечения.

Профилактика осложнений.

Задача 10. Больной Д., 20 лет предъявляет жалобы на постоянное затруднение носового дыхания, головные боли. Постоянно использует сосудосуживающие капли. В анамнезе - травма носа 5 лет назад.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 36.6°C.

Спинка носа смещена влево. В остальном форма носа не изменена. При передней риноскопии определяется резкое искривление перегородки носа вправо, слизистая оболочка полости носа розовая, влажная. Слизистая оболочка нижних носовых раковин набухшая, синюшная. Пальпация околоносовых пазух безболезненна. Носовое дыхание затруднено.

Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. Небные миндалины не увеличены. Налетов нет.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AD/AS ШП - 6 м. РР > 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 126 г/л; Тромбоциты –  $200 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $4.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 15 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Строение нижних носовых раковин.

Возможные причины возникновения затруднения дыхания.

Тактика лечения.

Задача 11. Больная Х., 28 лет обратилась к ЛОР - врачу в поликлинике по месту жительства с жалобами на периодически возникающую заложенность носа с обильными слизисто - водянистыми выделениями, сопровождающиеся головной болью, чиханием, слезотечением. Данные симптомы усиливаются во время уборки квартиры.

На момент осмотра состояние больной удовлетворительное, температура тела 36.6°C.

Слизистая полости носа розовая, умеренно отечна, отделяемое слизистое обильное. Носовая перегородка по средней линии. Слизистая оболочка нижних носовых раковин набухшая, синюшная, местами на ней видны сизо-белые пятна. После смазывания 1% раствором адреналина носовые раковины резко уменьшились в объеме.

Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. По задней стенке глотки стекает слизь. Небные миндалины не увеличены. Налетов нет.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AS – ШП - 6 м. РР > 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $7.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 132 г/л; Тромбоциты –  $200 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество -  $10.1 \times 10^9/л$ ; Базофилы-0%; Эозинофилы-10%; Нейтрофилы палочкоядерные-8%; Нейтрофилы сегментоядерные-80%; Моноциты- 4%; Лимфоциты-40%; СОЭ- 29 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы?

Каков механизм действия 1% адреналина?

Строение нижних носовых раковин.

Тактика лечения.

Задача 12. Больной Г., 31 год доставлен в клинику с сильным носовым кровотечением, которое началось после того, как получил удар по носу твердым предметом. Сознание не терял. Тошноты, рвоты не было. При осмотре спинка носа смещена вправо, определяется инфильтрация мягких тканей, подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации этой области. В носовых ходах – тампоны, пропитанные кровью.

Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. По задней стенке глотки стекает кровь. Небные миндалины не увеличены. Налетов нет.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AS – ШП - 6 м. РР > 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $3.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 110 г/л; Тромбоциты –  $150 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество -  $9.1 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 15 мм/ч.

Рентгенограмма костей носа прилагается.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза?

Перечислите особенности кровоснабжения полости носа.

Тактика лечения (группы препаратов, методы остановки кровотечений, показание и противопоказания для проведения репозиции костей носа).

Профилактика осложнений.

Задача 13. Больная Ж., 19 лет жалуется на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, на повышение температуры тела, общее недомогание, головную боль, отсутствие аппетита. Заболела три дня назад после переохлаждения.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, кожные покровы влажные. Температура тела 38,8 С. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичен.

Фарингоскопия: Яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек, миндалин и задней стенки глотки. Небные миндалины увеличены в объеме. На поверхности миндалин белые налеты, которые легко снимаются. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

При передней риноскопии: слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка по средней линии. Носовое дыхание удовлетворительное.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AD=AS ШП -6 м /6 м. РР >6 м /6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 125 г/л; Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $18.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 32 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы?

Перечислите анатомо-физиологические особенности строения небных миндалин.

Тактика лечения.

Возможные осложнения.

Задача 14. Больной Д., 38 лет жалуется на сильную боль в правой половине глотки, иррадиирующую в правое ухо, затруднение при глотании (может глотать только жидкую пищу) и при открывании рта, общее недомогание, высокую температуру тела.

Считает себя больным в течение 4 дней после перенесенной катаральной ангины. Во время болезни продолжал работать.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,8 С. Голос имеет гнусавый оттенок, рот открывает с трудом. Яркая гиперемия слизистой оболочки глотки, инфильтрация тканей в правой околоминдаликовой области. Правая миндалина смещена к средней линии. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Уплотнены, увеличены и болезненны при пальпации верхние шейные и подчелюстные лимфатические узлы справа.

Слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка по средней линии. Носовое дыхание удовлетворительное.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AD=AS ШП -6 м /6 м. РР >6 м /6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 130 г/л; Тромбоциты –  $250 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $19.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 33 мм/ч.

Вопросы:

Установите диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Какие анатомо-физиологические особенности строения глотки способствуют развитию данного состояния?

Тактика лечения (группы препаратов, показания к хирургическому лечению).

Возможные осложнения и профилактика заболевания.

Задача 15. Больная жалуется на дискомфорт и чувство инородного тела при глотании, неприятный запах изо рта, повышенное слюноотделение. Данное состояние беспокоит в течение двух недель.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 С. Изменения со стороны внутренних органов не выявлены.

У верхнего полюса левой небной миндалины - сероватый налет, после удаления которого обнаружена довольно глубокая язва с неровным дном.

Слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка по средней линии. Носовое дыхание удовлетворительное.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AD=AS ШП -6 м /6 м. РР >6 м /6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 130 г/л; Тромбоциты –  $250 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $7.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 20 мм/ч.

Вопросы:

Установите диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы?

Какие анатомо-физиологические особенности строения небных миндалин способствуют развитию данного состояния?

Тактика лечения.

Возможные осложнения, профилактика заболевания, прогноз для пациента.

Задача 16. Больная Л., 35 лет жалуется на частые ангины с высокой температурой, которыми болеет ежегодно в течение последних семи лет, иногда по два-три раза в год. После ангины, перенесенной пять месяцев назад, появились боли в области сердца, держится субфебрильная температура.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела  $36.6^{\circ}C$ , патологических изменений внутренних органов нет.

При фарингоскопии определяется гиперемия слизистой оболочки по краю небных дужек. Небные миндалины несколько выступают за края дужек, разрыхлены, спаяны с дужками, в лакунах миндалин содержится гнойный детрит. Верхние шейные лимфатические узлы уплотнены.

Слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка по средней линии. Носовое дыхание удовлетворительное.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AD=AS ШП -6 м /6 м. РР >6 м /6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.2 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 130 г/л; Тромбоциты –  $250 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $7.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 20 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте больной диагноз.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

Какие анатомо-физиологические особенности строения небных миндалин способствуют развитию данного состояния?

Тактика лечения (группы препаратов, показания для оперативного лечения).

Возможные осложнения, профилактика заболевания, прогноз для пациента.

Задача 17. Больной К., 45лет жалуется на кашель, осиплость голоса, повышение температуры тела, которые появились после того, как два дня тому назад выпил холодного лимонада. Сегодня эти симптомы усилились.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела  $37,5^{\circ}C$ .

Передняя риноскопия: слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка по средней линии. Носовое дыхание удовлетворительное.

Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. Небные миндалины не увеличены. Налетов нет.

Ларингоскопия: слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки розовые, симметрично подвижные, несколько инфильтрированы, голосовая щель достаточно широка для дыхания.

Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. Слух AD=AS ШП - 6 м / 6 м. РР >6 м / 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 145 г/л; Тромбоциты –  $280 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $9.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 15 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Опишите этажи гортани.

Техника выполнения не прямой ларингоскопии?

Тактика лечения (режим, диета, группы препаратов).

Возможные осложнения, профилактика, прогноз для пациента.

Задача 18. Больной Ж., 42 лет жалуются на сильную боль в левой половине головы, усилившуюся в последние 2 дня, отсутствие аппетита, повторяющиеся приступы тошноты, рвоты, не связанные с приемом пищи. Из анамнеза известно, что с детства страдает заболеванием левого уха с понижением слуха. Периодически при переохлаждении появляется гноетечение из уха, иногда беспокоят боли в левом ухе. Полгода назад во время обострения отита больной отмечал головокружение, тошноту и резкое снижение слуха на левое ухо, сохраняющееся до настоящего времени.

На момент осмотра: кожные покровы бледные с землистым оттенком. Язык обложен. Пульс 48 ударов в минуту. Больной вял, слезлив, заторможен, не может правильно назвать показываемый ему предмет, не понимает обращенной к нему речи, не выполняет задание.

Речь нарушена: многословен, не правильно строит предложения, неверно произносит отдельные слова. Определяются лёгкая ригидной затылочных мышц, положительный симптом Бабинского и легкое повышение глубоких рефлексов справа.

При отоскопии: AS - умеренное количество гнойного отделяемого в слуховом проходе, после проведения туалета уха определяется дефект барабанной перепонки в верхнезаднем квадранте, через которые видны сочные грануляции. Сохранённые отделы барабанной перепонки умеренно гиперемированы. Пальпация области *plannum mastoideum* слева болезненна. Спинно-мозговая жидкость при пункции мутная, вытекает под давлением.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.9 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 150 г/л; Тромбоциты –  $240 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество- $12,8 \times 10^9/л$ ; Базофилы-0%; Эозинофилы-4%; Нейтрофилы палочкоядерные-8%; Нейтрофилы сегментоядерные-80%; Моноциты- 4%; Лимфоциты-21%; СОЭ-28 мм/ч.

Тональная аудиограмма прилагается.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

Составьте план комплексного лечения.

Перечислите возможные осложнения.

Задача 19. Больная Э., 53 лет доставлена в ЛОР-клинику с жалобами на резкое головокружение (ощущение вращения предмета справа налево), тошноту, рвоту, звон в левом ухе, расстройство равновесия. Приступ начался внезапно без видимой причины.

Из анамнеза известно, что подобные приступы уже случались, и беспокоят больную в течение трех лет с наступлением менопаузы.

При осмотре ЛОР- органов заметных отклонений от нормы не выявлено. При исследовании вестибулярной функции определяется спонтанный горизонтально-ротаторный нистагм третьей степени влево. Отклонение обеих рук вправо при выполнении указательный пробы Барани.

Слуховой паспорт

AD		AS
-	СШ	+
5,0 м.	ШР	1,5 м.
6,0 м.	РР	2,0 м.
	С128к	
	С128в	
	С2048	

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 115 г/л; Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $7.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 10 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Какие Вы знаете камертональные пробы, и как они изменятся у данной пациентки?

Составьте план комплексного лечения.

Перечислите возможные осложнения.

Задача 20. Больная М., 26 лет жалуется на шум в ушах и снижение слуха.

Впервые отметила снижение слуха два года назад после родов. С тех пор снижение слуховой функции постепенно прогрессирует. Отмечает, что лучше слышит в шумной обстановке.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная.

При эндоскопическом исследовании: слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка по средней линии. Носовое дыхание удовлетворительное. Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. Небные миндалины не увеличены, налетов нет.

При отоскопии: наружные слуховые проходы широкие, кожа атрофична, серных масс нет, барабанные перепонки бледные, тонкие, опознавательные знаки выражены.

AD	Слуховой паспорт	AS
+	СШ	+
2,0 м.	ШР	1,5 м.
4,0 м.	РР	3,0 м.
-	R	-
→	W	→
Укор.	Sh	Укор.
-	G	-

Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяются.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 115 г/л; Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $7.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 10 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Что такое ФУНГ?

Составьте план комплексного лечения.

Будут ли у пациентки ограничения по трудоустройству?

Задача 21. У больной Н., 62 лет, страдающей гипертонической болезнью, год назад после ссоры с соседкой резко снизился слух на левое ухо. Значительное снижение слуха сохраняется до настоящего времени. Самостоятельно не лечилась, у ЛОР-врача не наблюдалась. Постоянную гипотензивную терапию не получает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс несколько напряжен. АД 180/100 мм.рт.ст.

При эндоскопическом исследовании ЛОР-органов: слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка по средней линии. Носовое дыхание удовлетворительное. Слизистая полости рта и глотки розовая, влажная. Небные миндалины не увеличены, налетов нет.

При отоскопии: наружные слуховые проходы широкие, барабанные перепонки перламутрово-серого цвета, опознавательные знаки выражены.

AD	Слуховой паспорт	AS
-	СШ	+
5,0 м.	ШР	0 м.
6,0 м.	РР	У раковины
+	R	+
←	W	←
Укор.	Sh	Укор.
+	G	+

Расстройств вестибулярной функции не определяется.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 125 г/л; Тромбоциты –  $220 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $6.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 10 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больной?

Составьте план комплексного лечения.

Какой прогноз у данной пациентки?

Задача 22. Больной Н, 43 лет жалуется на боль в правом ухе, гноеотечение из него, снижение слуха, головную боль. Болен в течение двух недель. Лечился амбулаторно поликлинике по месту жительства. На фоне проводимого лечения – боль в ухе уменьшалась, температура тела нормализовалась, но гноеотечение продолжалось. Два дня назад появились боль и припухлости мягких тканей правой заушной области, повысилась температура тела до  $37,5^{\circ}C$ , увеличилось количество выделений из уха.

Объективно: определяется припухлость сосцевидного отростка, заушная складка сглажена, мягкие ткани отечны, напряжены, болезненны при пальпации и перкуссии. При отоскопии: AD – в наружном слуховом проходе обильное количество сливкообразного гноя. После туалета уха определяется сужение наружного слухового прохода костном отделе за счет нависания задневерхней стенки. Остальные ЛОР-органы без воспалительных изменений.

AD	Слуховой паспорт	AS
-	СШ	-
2,0 м.	ШР	6,0 м.
3,5 м.	РР	$\geq 6,0$ м.
-	R	+
←	W	←
норм.	Sh	норм.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.9 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 150 г/л; Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество- $12,8 \times 10^9/л$ ; Базофилы-0%; Эозинофилы-4%; Нейтрофилы палочкоядерные-8%; Нейтрофилы сегментоядерные-80%; Моноциты- 4%; Лимфоциты-21%; СОЭ-28 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

Составьте план комплексного лечения (группы препаратов, показание и противопоказания для оперативного лечения).

Перечислите возможные осложнения.

Задача 23. Больная Г., 47 лет жалуется на затруднение носового дыхания, больше слева, тяжесть в области лба, anosmia. Эти жалобы появились 1.5-2 года назад. В начале заложенность носа беспокоила периодически, а затем усилилась и стала постоянной. Сосудосуживающие капли и мази ранее оказывали положительный эффект, но в последнее время перестали действовать.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела в пределах нормы.

При передней риноскопии в левой половине носа в средних и нижних носовых ходах определяются множественные образования серовато-сизого цвета, напоминающие гроздь винограда, на фоне розового цвета слизистой оболочки перегородки носа и носовых раковин. Справа полость носа заполнена меньшим количеством подобных образований разной величины, располагающихся в среднем носовом ходе. Носовое дыхание слева отсутствует, справа ослаблено. Со стороны остальных ЛОР-органов изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 125 г/л; Тромбоциты –  $200 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $6.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 10 мм/ч.

Рентгенограмма придаточных пазух носа прилагается.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Перечислите анатомо-физиологические особенности латеральной стенки полости носа.

Составьте план комплексного лечения.

Возможные осложнения.

Задача 24. Больная Щ., 27 лет жалуется на ощущение сухости в полости носа, образование в носовых ходах сухих корок с неприятным запахом, которые часто затрудняют носовое дыхание. Данное состояние беспокоит в течение двух лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела  $36,6^{\circ}C$ .

При передней риноскопии - слизистая оболочка полости носа сухая, истонченная. Носовые раковины уменьшены в размерах, носовые ходы широкие. В носовых ходах — сухие зеленые корки в значительном количестве с примесью зловонного гнойного отделяемого. Слизистая оболочка задней стенки глотки истончена, сглажена, выглядит как бы покрытой лаком. Со стороны других органов отклонений от нормы не определяется.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 125 г/л; Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество-  $6.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ- 10 мм/ч.

Рентгенограмма придаточных пазух носа прилагается.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.



Перечислите функции слизистой оболочки полости носа.  
Составьте план комплексного лечения.  
Возможные осложнения.

Задача 25. Больной М., 26 лет жалуется на головную боль с локализацией преимущественно в правой половине лба, тяжесть в голове, выделения из носа, затруднение носового дыхания, повышение температуры до 38°C, общее недомогание, заложенность правого уха. Заболел пять дней назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы несколько влажные. Пульс ритмичен, 84 удара в минуту. Изменений внутренних органов не определяется.

При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа ярко гиперемирована, умеренно инфильтрирована. Слизисто-гнойные выделения в среднем и нижнем носовых ходах справа. При пальпации определяется болезненность в области проекции лобной и верхнечелюстной пазух справа.

Слизистая глотки умеренно гиперемирована, по задней стенке глотки стекает слизь.

Отоскопия: AD – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, патологического отделяемого нет. Барабанная перепонка розового цвета, втянута, определяется инъеция сосудов вдоль рукоятки молоточка. ШР 5,0 м. РР > 6 м

AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры четкие. ШР - 6 м. РР > 6 м.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 132 г/л; Тромбоциты –  $267 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество- $12,9 \times 10^9/л$ ; Базоилы-0%; Эозинофилы-4%; Нейтрофилы палочкоядерные-8%; Нейтрофилы сегментоядерные-80%; Моноциты- 4%; Лимфоциты-21%; СОЭ-26 мм/ч.

Рентгенограмма придаточных пазух носа и тональная аудиограмма прилагаются.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Укажите анатомо-физиологические особенности среднего уха способствующие развитию патологического процесса

Составьте план комплексного лечения.

Возможные осложнения.

Задача 26. Больной Р., 42 лет жалуется на сильные головные боли, гнойные выделения из носа, нарушение общего состояния, озноб, повышение температуры тела до 40°C.

Больным себя считает в течение 2 недель, после перенесенного респираторно-вирусного заболевания. Лечился самостоятельно: пиносол масляные капли в нос, парацетамол.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. Пульс 120 ударов в минуту. Тоны сердца слегка приглушены.

В полости носа – значительное количество гнойного отделяемого в среднем носовом ходе справа. Слизистая полости носа гиперемирована, отечна. Носовое дыхание затруднено.

Определяется болезненность при пальпации наружной стенки лобной и верхнечелюстной пазух. Со стороны остальных лор-органов изменений не выявлено.

При пункции правой верхнечелюстной пазухи получены зловонный гной.

При неврологическом обследовании определяется ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. Заключение окулиста: несколько расширены вены глазного дна.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 132 г/л; Тромбоциты –  $267 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество- $12,9 \times 10^9/л$ ; Базоилы-0%;

Эозинофилы-4%; Нейтрофилы палочкоядерные-8%; Нейтрофилы сегментоядерные-80%; Моноциты- 4%; Лимфоциты-21%; СОЭ-26 мм/ч.

Рентгенограмма придаточных пазух носа прилагается.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Укажите возвозные пути распространения инфекции.

Составьте план комплексного лечения.

Возможные осложнения.

Задача 27. Больной П., 26 лет в драке получил удар кулаком по лицу, после чего возникло сильное носовое кровотечение, отмечалась легкая тошнота.

Доставлен в ЛОР - стационар через три часа после происшествия.

При поступлении – кровоизлияние в окружности глазниц, смещение спинки носа вправо, при пальпации в этой области определяется крепитация. При риноскопии: слизистая носа умеренно отечна, в полости носа большое количество геморрагических сгустков. Перегородка носа смещена вправо, практически полностью перекрывая носовой ход. Носовое дыхание затруднено.

Остальные лор-органы без изменений.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 110 г/л; Тромбоциты –  $190 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество- $6,9 \times 10^9/л$ ; СОЭ-16 мм/ч.

Рентгенограмма костей носа в двух проекциях прилагается.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

Какими костями образован наружный нос?

Составьте план комплексного лечения (группы препаратов, методы остановки кровотечений, показание и противопоказания для проведения репозиции костей носа).

Возможные осложнения.

Задача 28. Больная О., 45 лет предъявляет жалобы на сильную боль в правом ухе, иррадирующую в височную и теменную области, усиливающуюся при жевании, на повышение температуры тела  $37,4^{\circ}C$ .

Считает себя больной в течение двух дней, после переохлаждения.

На момент осмотра состояние удовлетворительное, температура тела  $37,2^{\circ}C$ .

Отоскопия: правая ушная раковина обычной конфигурации. В наружном слуховом проходе на передней его стенке определяется конусовидное возвышение, кожа на его поверхности гиперемирована. В центре образования – гнойная головка. Просвет слухового прохода резко сужен, осмотреть барабанную перепонку не удастся. Лимфатический узел, расположенный впереди ушной раковины, увеличен, болезнен при пальпации. Резкая боль при пальпации области козелка, левое ухо без воспалительных изменений.

AD	Слуховой паспорт	AS
-	СШ	-
5,0 м.	ШР	5,0 м.
$\geq 6,0$ м.	РР	$\geq 6,0$ м.
+	R	+
←	W	→
норм.	Sh	норм.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 110 г/л; Тромбоциты –  $190 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество –  $10.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ-16 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Перечислите анатомо-физиологические особенности наружного слухового прохода.

Составьте план комплексного лечения (группы препаратов, показания и противопоказания для хирургического лечения).

Возможные осложнения.

Задача 29. Больная З., 18 лет жалуется на боль и зуд в обоих ушах, на выделения из них. Понижение слуха не отмечает. Заболевание началось две недели тому назад после того, как шпилькой удаляла серу из слуховых проходов. Амбулаторное лечение не дало эффекта, и больная госпитализирована.

Общее состояние удовлетворительное, температура не повышена.

Отоскопия: ушные раковины обычной конфигурации. Кожа слуховых проходов гиперемирована, инфильтрирована. Просвет слуховых проходов сужен, заполнен слизистогнойным отделяемым, по удалении которого удается ввести только узкую воронку. Справа барабанная перепонка серого цвета, мутная, слева – розового цвета, втянута, опознавательные контуры сглажены. Шепот правым ухом слышит на расстоянии 5,5 м, левым – 4,0 м.

AD	Слуховой паспорт	AS
-	СШ	-
5,5 м.	ШР	4,0 м.
≥ 6,0 м.	РР	6,0 м.
+	R	-
→	W	→
норм.	Sh	норм.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 120 г/л; Тромбоциты –  $210 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество –  $11.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ - 21 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Перечислите анатомо-физиологические особенности наружного слухового прохода.

Составьте план комплексного лечения.

Возможные осложнения.

Задача 30. Больная жалуется на зуд, ощущение жжения в области левой ушной раковины, которые беспокоят в течение полугода, периодически усиливаясь, особенно после водных процедур. Медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения эффекта не дали.

На момент осмотра состояние больной удовлетворительное, температура тела в пределах нормы.

Отоскопия: AS - определяется гиперемия и инфильтрация кожи ушной раковины и слухового прохода слева. На поверхности кожи имеются корочки, чешуйки, местами она влажная. Барабанная перепонка серого цвета, опознавательные контуры выражены.

AD – наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры выражены.

AD	Слуховой паспорт	AS
-	СШ	-
6,0 м.	ШР	6,0 м.
≥ 6,0 м.	РР	≥ 6,0 м.
+	R	+

←	W	→
норм.	Sh	норм.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 120 г/л;  
Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество –  $5.9 \times 10^9/л$ ; СОЭ - 15 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

Составьте план комплексного лечения.

Перечислите возможные осложнения.

Задача 31. Больная Л., 23 лет жалуется на боль в левом ухе, гноетечение из него, снижение слуха, повышение температуры тела, общее недомогание. Заболела семь дней тому назад после перенесенного насморка. Заболевание началось с сильной стреляющей боли в левом ухе, повышения температуры до  $38.0^{\circ}C$ . На следующий день отметила снижение слуха. Через три дня появилось гноетечение из уха, после чего появилось улучшение общего состояния, температура тела снизилась  $37.5^{\circ}C$ .

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела  $37.2^{\circ}C$ . Слизистая оболочка полости носа гиперемирована. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. В зеве и глотке патологических изменений также не наблюдается.

Отоскопия: AS – наружный слуховой проход широкий, отделяемое гнойное. Барабанная перепонка гиперемирована, выпячена; пульсирующий рефлекс в передненижнем квадранте.

AD – наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры выражены.

AD	Слуховой паспорт	AS
-	СШ	-
6,0 м.	ШР	3,0 м.
$\geq 6,0$ м.	РР	4,5 м.
+	R	-
→	W	→
норм.	Sh	норм.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 120 г/л;  
Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество –  $12.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ - 25 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Что такое пульсирующий рефлекс?

Какие анатомо-физиологические особенности строения среднего уха способствовали развитию данной патологии?

Составьте план комплексного лечения.

Перечислите возможные осложнения.

Задача 32. В ЛОР стационар обратился больной 50 лет с жалобами на понижение слуха и гнойные выделения с неприятным запахом из правого уха, асимметрию лица, развившуюся в течение последних суток. В анамнезе периодическое гноетечение из правого уха на протяжении 20 лет. Лечился нерегулярно.

Объективно: правый глаз не закрывается, сглажена носогубная складка справа, правый угол рта опущен; выявляется слабость мимической мускулатуры правой половины лица.

Отоскопия:

AD – в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом, краевой дефект барабанной перепонки, в барабанной полости крошковидные массы белого цвета.

ШР – ушной раковины, РР - 1,5 м.

AS – наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры выражены. ШР – 6,0 м., РР –  $\geq 6,0$  м.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 130 г/л;  
Тромбоциты –  $220 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество –  $10.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ - 21 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

Объясните причины пареза лицевого нерва.

Составьте план комплексного лечения.

Каков прогноз для пациента?

Задача 33. Больная 38 лет жалуется на незначительное снижение слуха на правое ухо, гноетечение из него и боль в правой половине головы, которая стала беспокоить последний месяц. Болеет с шестилетнего возраста. Периодически беспокоит отделяемое из уха, ухудшается слух. В промежутках между обострениями больная не ощущает снижения слуха.

Общее состояние удовлетворительное. Определяется легкая гиперемия слизистой оболочки глотки и носа.

Отоскопия: AD - кожа ушной раковины и слухового прохода не изменена, барабанная перепонка розовая, в верхнезаднем квадранте - краевой дефект, через который видны беловатые массы. ШР – 4,0 м., РР – 6,0 м.

AS – наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, контуры выражены. ШР – 6,0 м., РР –  $\geq 6,0$  м.

Тональная аудиограмма прилагается.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $4.5 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 120 г/л;  
Тромбоциты –  $180 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество –  $9.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ - 15 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

Составьте план комплексного лечения (группы препаратов, показания к оперативному лечению).

Перечислите возможные осложнения.

Задача 34. После острого респираторного заболевания у больного появились припухлость, краснота и болезненность кожи носа, более выраженная слева. Боли иррадируют в зубы, висок и область левой орбиты, температура тела повысилась до  $38^{\circ}C$ , появилось ощущение познাবливания.

Объективно: определяется конусовидный инфильтрат ярко-красного цвета с гнойничком в центре на крыле носа слева. Пальпация крыла носа резко болезненная.

Изменений со стороны остальных лор-органов не выявлено.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.6 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 135 г/л;  
Тромбоциты –  $210 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество –  $13.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ - 25 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.  
Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному?  
Составьте план комплексного лечения (группы препаратов, показания к оперативному лечению).  
Перечислите возможные осложнения.

Задача 35. У больного 36 лет через день после того, как он выдавил гнойный стержень фурункула на крыле носа справа, ухудшилось общее состояние. Появился сильный озноб, обильное потоотделение, гектическая температура (с перепадами до 3°C в течение дня), сильная головная боль.

Объективно: на момент осмотра состояние удовлетворительное, температура тела 38.2°C

В окружности крыла носа справа определяется отек и инфильтрация мягких тканей, распространившиеся на область щеки и губы слева.

Изменений со стороны остальных лор-органов не выявлено.

Клинический анализ крови: Эритроциты –  $5.6 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 135 г/л;  
Тромбоциты –  $210 \times 10^9/л$ ; Лейкоциты общее количество –  $13.0 \times 10^9/л$ ; СОЭ - 25 мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Назовите анатомо-физиологические особенности способствовавшие развитию данного состояния.

Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному?

Составьте план комплексного лечения (группы препаратов, показания к оперативному лечению).

Перечислите возможные осложнения.

### 3.4. Темы рефератов

Анатомия и физиология органа слуха. Методы исследования слухового анализатора.  
Профилактика тугоухости на шумо-вибрационных предприятиях.

Анатомия и физиология вестибулярной системы. Методы исследования. Ранняя диагностика лабиринтопатий.

Профилактика заболеваний носа и придаточных пазух носа.

Заболевания глотки, вызванные воздействием вредных профессиональных факторов.

Заболевания гортани, вызванные воздействием вредных профессиональных факторов.

Заболевания уха острые воспалительные.

Профессиональная тугоухость.

Хронические заболевания среднего уха.

Скорая помощь в оториноларингологии.

Онкологические заболевания ЛОР органов. Принципы диспансерного учета.

Гранулемы ЛОР органов

## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

### 1. Литература

Число обучающихся	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося
	<b>Основная литература:</b>		
	Оториноларингология: учебник / В.Т. Пальчун, В.В. Магомедов, Л.А. Лучихин. - М.: Медицина, 2002. - 576 с.	128	
	Оториноларингология: учебник/ Пальчун В.Т. Крюков А.И. - М. : Медицина, 1997.- 582 с.	363	
	Болезни уха, горла и носа: учебник /Под ред. В.Т. Пальчуна, 1991. – 489 с.	176	
	Петрова Н.Н., Пащинин А.Н. Оториноларингология в практике семейного врача. СПб, СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2010. - 248 с	100	
	Всего экземпляров	767	
	<b>Дополнительная литература:</b>		
	Пособие к изучению оториноларингологии в медицинских вузах/ М. С. Плужников, В. В. Дискаленко, А. А. Блоцкий .СПб. : Диалог, 2006. - 392 с.	48	
	Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. Пособие.-М.: Медицина, 1994. - 288с.	85	
	Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. Пособие.-М.: Медицина, 1994. - 288с.	177	
	Бабияк В.И., Говорун М.В., Накатис Я.А. <u>Оториноларингология: руководство для врачей в 2-х томах.-2009.- 1072с.</u>	1	
	Профессиональные болезни верхних дыхательных путей./ Под ред. Бабияка В.И., Накатиса Я.М.- СПб., «Гиппократ», 2009.-696 с	2	
	<b>Электронные ресурсы:</b>		
	<p>Обучающие ЭП  Портал INFOMINE  «Оториноларингология + CD. Национальное руководство».- ГЭОТАР-Медиа, 2009.-  Бабияк В.И., Говорун М.В., Накатис Я.А. Оториноларингология: руководство для врачей в 2-х томах.-2009.- 1072с. Т.1  ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru»  том1- <a href="http://ibooks.ru/product.php?productid=21617">http://ibooks.ru/product.php?productid=21617</a>  том 2 -<a href="http://ibooks.ru/product.php?productid=21618">http://ibooks.ru/product.php?productid=21618</a></p>		
	<b>Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE</b>		
	<a href="#">Вержбицкий Г.А, Артюшкин С.А, Цурикова Г.П., Кутуков Ю.Н., Кустов М.О., Артюшкина В.К. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях уха, горла и носа.</a>		
	Вержбицкий Г.В. , Кутуков Ю.Н., Артюшкин С.А., Кустов М.О. Неотложная помощь при urgentных состояниях и заболеваниях Лор-органов.		

## 11. Материально-техническое обеспечение

### Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
<p><i>Класс №1 (ПИБ №10)</i>  <i>Пискаревский проспект 47, 19 павильон</i>  <i>- 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</i></p>	<p>Парты - 8            Стол - 1            Стулья – 2            Доска (грифельная) – 1            Негатоскоп – 1            Муляж – 57            Стенды - 11            Плакаты - 7</p>
<p><i>Класс №2 (ПИБ №16)</i>  <i>Пискаревский проспект 47, 19 павильон</i>  <i>- 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</i></p>	<p>Парты - 9            Столы - 2            Стулья – 2            Доска (грифельная) – 1            Негатоскоп – 1            Муляж – 48            Стенды - 11            Плакаты - 3</p>
<p><i>Класс №3 (ПИБ №18)</i>  <i>Пискаревский проспект 47, 19 павильон</i>  <i>- 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</i></p>	<p>Круглые стулья – 6            Стулья – 5            Кресло – 1            Мед. столики - 5            Телевизор – 1            Навесной шкаф - 1 Муляж – 5            Стенды - 1</p>
<p><i>Класс №4 (ПИБ №26)</i>  <i>Пискаревский проспект 47, 19 павильон</i>  <i>- 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</i></p>	<p>Парты - 10            Стол - 1            Стулья – 1            Тумба - 1            Муляж – 2            Плакат - 1</p>
<p><i>Малый конференц-зал (ПИБ №22)</i>  <i>Пискаревский проспект 47, 19 павильон</i>  <i>- 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля</i></p>	<p>Парты - 9            Стол - 1            Стулья – 7            Доска (грифельная) - 1            Доска (маркерная) – 1            Негатоскоп - 1            Муляж – 1</p>



	Стенды - 4
Аудиометрический симмуляционный центр Пискаревский проспект 47, 19 павильон - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля	Стол – 2 Стулья – 3 Аудиометр – 2 Плакат - 2
Костная лаборатория Пискаревский проспект 47, 19 павильон - 1 этаж для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля	Стол – 1 Слул – 1 Мед. столик - 1 Микроскоп – 2 Плакат - 1
Учебная комната № 5, оториноларингологическое отделение, СПб ГБУЗ «ЕЛИЗАВЕТИНСКАЯ БОЛЬНИЦА», Санкт-Петербург, 195427, ул. Вавиловых, 14, литера А	Стол - 5 Стул – 10 Тумба - 1 Муляж – 3 Плакат - 5
Учебная комната № 3, оториноларингологическое отделение, ПОКРОВСКАЯ БОЛЬНИЦА, Санкт-Петербург, Большой проспект Васильевского острова, 85.	Стол - 12 Стул – 26 Муляж – 7 Плакат – 5 Негатоскоп – 1
Учебная комната, оториноларингологическое отделение, Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф.Филатова, Санкт-Петербург, Бухарестская ул., 134.	Стол - 8 Стулья – 20 Муляж – 4 Плакат – 9 Негатоскоп – 1
Учебная комната, оториноларингологическое отделение, СПб ГБУЗ ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ИМ. К. А. РАУХФУСА,	Стол - 12 Стул – 26 Муляж – 7 Плакат – 5 Негатоскоп – 1
Смотровые кабинеты и оперативные блоки ЛОР-отделений университета и вышеперечисленных баз	Оториноларингологический инструментарий

## 12. Методические рекомендации по прохождению практики

Ординаторы в период прохождения практики обязаны подчиняться правилам внутреннего распорядка Университета и СПб ГУЗ Покровская, СПб ГУЗ «Святой преподобной мученицы Елизаветы», ГДБ №19, Всеволожская областная больница, ГДБ №5. Практика начинается с беседы с руководителем практики, который знакомит ординаторов с целями и задачами практики. При прохождении клинической практики по дисциплине «оториноларингология» ординаторы ведут дневник практики ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики. По окончании практики ординатор должен получить зачет.