



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

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 25 » января 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы
ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.58 Оториноларингология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - лечебная деятельность:
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании оториноларингологической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
 - реабилитационная деятельность:
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - организационно-управленческая деятельность:
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена Содержание программы государственного экзамена

Раздел 1 Организация оториноларингологической службы

Тема 1.1. Основы организации специализированной оториноларингологической помощи населению.

История развития оториноларингологии. Эпидемиология ЛОР заболеваний.

Значение оториноларингологии как самостоятельной специальности и ее связь с

другими медицинскими дисциплинами. Первые сведения об оказании помощи ЛОР больным и первых специалистах XVII-XVIII вв.

Оториноларингология в России в XIX веке.

Выдающиеся отечественные ученые. Развитие оториноларингологии в XX веке.

Материально-техническое обеспечение оториноларингологической службы.

Тема 1.2 Организация работы ЛОР кабинета в поликлинике. Технический прогресс в оториноларингологии. Организация стационарной помощи.

Тактика ведения больного в условиях поликлиники.

Назначение необходимых обследований, консультаций других специалистов. Проведение дифференциального диагноза. Лечебные мероприятия.

Установление диагноза и оказание экстренной помощи при инородных телах уха, носа, глотки и гортани, носовом кровотечении, стенозе гортани.

Организация лечебной помощи при инородных телах трахеи, бронхов, пищевода; при отогенных, риносинусогенных, тонзиллогенных осложнениях; инфекционно-воспалительных заболеваниях носа, околоносовых пазух, глотки, гортани, уха.

Организация и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации оториноларингологических больных. Цель и задачи программы ежегодной диспансеризации населения. Планирование проведения. Анализ и оценка качества эффективности диспансеризации населения.

Оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению. Составление отчета о работе.

Работа с современным оборудованием.

Правила работы на современном оборудовании.

Система взаимодействия поликлиники со стационаром, станцией скорой помощи и другими учреждениями здравоохранения.

Организация работы заведующего ЛОР отделением (кабинетом) в поликлинике.

Современное состояние больничной помощи и пути ее развития.

Система взаимосвязи и преемственности скорой медицинской помощи, больничных и внебольничных учреждений.

Организация работы заведующего ЛОР отделением городской, областной, республиканской больницы.

Тема 1.3 Работа по гигиеническому воспитанию населения и формированию здорового образа жизни. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача оториноларинголога.

Вопросы санитарного просвещения.

Понятие здорового образа жизни. Работа по гигиеническому воспитанию населения, санитарно-просветительская работа с населением.

Цели и задачи санитарного просвещения применительно к охране верхних дыхательных путей и органа слуха у населения.

Основы врачебной этики. Принципы деонтологии.

Врачебная тайна. Расспрос больного. Сбор анамнеза.

Применение требований врачебной деонтологии в практике оториноларинголога.

Взаимоотношения врача, больного и окружающих лиц.

Взаимоотношения в медицинском коллективе.

Тема 1.4. Правовые вопросы оториноларингологической службы. Экономические аспекты деятельности ЛОР учреждений.

Задачи здравоохранения.

Законодательство РФ о здравоохранении.

Распределение и учет рабочего времени в ЛОР клиниках.

Правовые вопросы повышения квалификации.

Основы планирования ЛОР помощи населению.

Страховая медицина, виды медицинского страхования.

Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и механизмы его реализации.
Платная медицина.
Экономика и финансирование ЛОР учреждений.

Раздел 2. Клиническая и топографическая анатомия ЛОР органов.

Тема 2.1. Клиническая и топографическая анатомия носа и околоносовых пазух.

Клиническая анатомия наружного носа.

Возрастные особенности строения носа, в том числе у новорожденных и детей раннего возраста.

Особенности артериального и венозного кровоснабжения, лимфооттока наружного носа, полости носа и околоносовых пазух, их клиническое значение.

Топография лицевого черепа, ее особенности у детей.

Клиническая анатомия полости носа.

Особенности артериального и венозного кровоснабжения, лимфооттока полости носа и их клиническое значение.

Особенности иннервации полости носа, значение для клиники.

Клиническая анатомия околоносовых пазух.

Развитие околоносовых пазух, их топография, связь с полостью черепа, глазницей.

Особенности артериального и венозного кровоснабжения, иннервации, лимфооттока околоносовых пазух и их клиническое значение.

Тема 2.2 Клиническая и топографическая анатомия глотки, гортани, трахеи, пищевода.

Клиническая анатомия и физиология глотки.

Возрастные особенности строения глотки у детей, их клиническое значение.

Отделы глотки, слои, кровоснабжение, лимфатическая система, иннервация.

Топография глотки.

Лимфаденоидное глоточное кольцо Вальдейера-Пирогова.

Клетчаточные пространства глотки (паратонзиллярное, латерофарингеальное, заглоточное).

Клиническая и топографическая анатомия гортани.

Возрастные особенности строения и топографии гортани, трахеи и бронхов у детей, их клиническое значение.

Хрящи гортани, суставы и связки, мышцы гортани (собственные – наружные и внутренние, скелетные), кровоснабжение, иннервация.

Топография гортани.

Рефлексогенные зоны.

Клиническая и топографическая анатомия пищевода у взрослых и детей.

Слои, сужения, кровоснабжение, иннервация, топография.

Послойная топография органов шеи.

Скелетотопия и синтопия гортани, глотки и пищевода, сосудисто-нервных пучков, их возрастные особенности и клиническое значение.

Тема 2.3. Клиническая и топографическая анатомия уха, слухового и вестибулярного анализаторов.

Анатомия височной кости, наружного, среднего и внутреннего уха, клиническое значение особенностей строения детского уха.

Развитие наружного, среднего и внутреннего уха.

Строение наружного слухового прохода, барабанной перепонки у взрослых и детей различного возраста.

Барабанная полость, топография, стенки барабанной полости.

Особенности строения барабанной полости у новорожденных и грудных детей (дегистенции стенок канала лицевого нерва, наличие миксоидной ткани и т.д.), имеющие клиническое значение.

Клиническая анатомия слуховой трубы.

Возрастные особенности строения слуховой трубы.

Воздухоносная система височных костей.

Сосцевидный отросток. Развитие сосцевидного отростка, связь его пневматизации с состоянием питания ребенка.

Типы строения сосцевидного отростка и их клиническое значение.

Внутреннее ухо

Периферическая часть слухового анализатора, орган равновесия.

Центральная часть слухового анализатора, орган слуха.

Связь внутреннего уха с задней черепной ямкой.

Связь органа равновесия с центральной нервной системой.

Координация вестибулярных центров с центрами глазодвигательных, шейных мышц и мозжечком.

Лицевой нерв.

Анатомия, топография, ветви.

Особенности хода лицевого нерва у новорожденных и детей раннего возраста.

Раздел 3. Клиническая физиология ЛОР-органов.

Тема 3.1. Клиническая физиология носа. Клиническая физиология околоносовых пазух.

Дыхательная, обонятельная, защитная, резонаторная функции носа.

Значение особенности строения слизистой оболочки полости носа, местного иммунитета, кавернозной ткани в осуществлении основных функций носа.

Дыхательная, обонятельная, защитная, резонаторная функции околоносовых пазух.

Значение остеомеатального комплекса, мукоцилиарного клиренса в адекватном функционировании околоносовых пазух, их клиническое значение.

Тема 3.2. Клиническая физиология глотки.

Механизм акта глотания.

Защитная функция глотки.

Физиология лимфаденоидного кольца, его значение в иммунной защите организма, формирование нервно – рефлекторных связей.

Тема 3.3. Клиническая физиология гортани.

Функции гортани.

Механизм дыхательной, защитной, запирающей, голосообразовательной и речевой функции.

Певческий голос.

Особенности физиологии гортани у детей различного возраста.

Мутация голоса у подростков.

Тема 3.4. Физиология уха.

Физиология слухового анализатора.

Адекватный раздражитель слухового анализатора и его свойства. Физиологические особенности слухового анализатора.

Механизм звукопроводения: значение элементов наружного, среднего уха в звукопроводении.

Костная проводимость. Акустический импеданс.

Физиология звуковосприятия.

Механизм трансформации звуковой энергии в нервный процесс.

Теории слуха: резонансная (Гельмгольца) и гидродинамическая (Бекеша). Доказательства и критика этих теорий с позиций морфологии, физиологии, профессиональной патологии и общей методологии.

Физиология вестибулярного анализатора.

Вестибулосоматические, вестибуловегетативные, вестибулосенсорные рефлексы, их морфологическая основа.

Нистагм, его происхождение и особенности (фазы, степень, вид, направление).

Закономерности нистагмной реакции: закон Эвальда и железные законы Воячека.

Отличия лабиринтного и стволового вестибулярного нистагма.

Понятие о позиционном нистагме и его диагностическом значении.

Физиология полукружных каналов, адекватные раздражители рецепторов полукружных каналов, пороги чувствительности.

Физиология отолитового аппарата, его значение для развития двигательной сферы ребенка. Механизм действия (взгляды Брейра, Магнуса, Квикса; современное представление о механизме раздражения отолитового аппарата).

Влияние отолитового аппарата на функцию полукружных каналов.

Раздел 4. Методы исследования верхних дыхательных путей и уха.

Тема 4.1. Методы исследования носа, околоносовых пазух

Наружный осмотр и пальпация.

Риноскопия передняя, задняя.

Назальная эндоскопия.

Зондирование верхнечелюстной, лобной, клиновидной пазух.

Пункция верхнечелюстной, лобной, клиновидной пазух.

Оценка проходимости носовых ходов.

Риноманометрия.

Акустическая ринометрия.

Ольфактометрия.

Диагностическая визуализация носа и околоносовых пазух.

Традиционное рентгенологическое исследование.

Компьютерная томография.

Магнитно-резонансная томография.

Магнитно-резонансная ангиография.

Ангиография и цифровая субтракционная ангиография.

Ультразвуковое исследование в А- и В-режиме

Специальные методы диагностики.

Цитологическое исследование.

Аллергологическое исследование.

Биопсия.

Исследование на β_2 -трансферрин.

Тема 4.2. Методы исследования глотки.

Осмотр, пальпация и исследование с помощью зеркала.

Исследование полости рта и глотки.

Исследование носоглотки.

Непрямое исследование гортаноглотки.

Эндоскопия.

Трансназальная гипофарингоскопия.

Ларингогипофарингоскопия.

Диагностическая визуализация.

Компьютерная томография.

Магнитно-резонансная томография.

Сиалография.

Изотопная сцинтиграфия.

Густометрия.

Электрогустометрия.

Специальные методы диагностики.

Бактериологическое, микологическое и вирусологическое исследование.

Биопсия.

Тема 4.3. Методы исследования гортани, трахеи, бронхов и пищевода.

Методы исследования гортани.

Осмотр, пальпация, непрямая ларингоскопия.

Фиброэндоскопия.

Видеостробоскопия.

Микроларингоскопия.

Методы визуализации.

Компьютерная томография гортани.

Магнитно-резонансная томография.

Другие специальные методы исследования.

Высокоскоростная глоттография.

Электромиография.

Методы исследования трахеи, бронхов.

Трахеобронхоскопия ригидная, гибкая.

Медиастинография.

Методы исследования пищевода.

Эзофагоскопия ригидная, волоконно-оптическая.

Манометрия.

Рентгеноскопия, рентгенография, рентгеноманометрия пищевода.

Тема 4.4. Методы исследования уха.

Осмотр, пальпация, отоскопия.

Отомикроскопия, отоэндоскопия.

Качественная оценка функции слуховой трубы (пробы Вальсальвы, Тойнби).

Методы визуализации.

Рентгенография.

Компьютерная томография.

Ангиография.

Магнитно-резонансная томография.

Магнитно-резонансная ангиография.

- *Исследование слуховой функции.*

Слуховой порог при проверке с помощью шепотной и разговорной речи.

Исследование с помощью камертона (пробы Вебера, Ринне, Желе).

Аудиометрия: фундаментальные, физические и акустические концепции.

Тональная аудиометрия.

Речевая аудиометрия.

Импедансная аудиометрия.

Тимпанометрия.

Измерение акустического рефлекса стременной мышцы.

Исследование слуховых вызванных потенциалов.

Электрокохлеография.

Аудиометрия с регистрацией СВП ствола мозга.

Аудиометрия с регистрацией СВП со средним латентным периодом.

Корковые вызванные потенциалы.

Отоакустическая эмиссия.

Спонтанная отоакустическая эмиссия.

Задержанная вызванная отоакустическая эмиссия.

Отоакустическая эмиссия на частоте продукта искажения.

Пробы для оценки слуха у детей грудного и младшего возраста.

Исследование СВП ствола мозга.

Аудиометрия с поведенческими пробами у детей.
Функциональные пробы.
Безусловно-рефлекторная аудиометрия.
Аудиометрия, основанная на ориентировочном рефлексе.
Проба с отвлечением внимания.
Игровая аудиометрия.
Детская речевая аудиометрия.
- *Исследование вестибулярной системы.*
Сбор анамнеза.
Исследование вестибулярных рефлексов.
Исследование спонтанного и спровоцированного нистагма.
Исследование вестибулярной и оптокинетической системы.
Экспериментальные пробы для оценки функции вестибулярного аппарата.
Ротационная проба.
Калорическая проба.
Фистульная проба.
- *Исследование лицевого нерва.*
Исследование вкусовой чувствительности.
Густометрия.
Тест Ширмера.
Пробы на электрическую и магнитную возбудимость.
Электромиография.
Электронеурография.
Определение электровозбудимости.
Транскраниальная магнитная стимуляция.

Раздел 5. Клиника, диагностика и лечение ЛОР заболеваний.

- *Клинические аспекты заболеваний наружного уха.*
Врожденные аномалии развития.
Дисплазии, лопоухость, микротия, анотия, врожденные свищи уха и ушные привески.
Реконструктивные операции на ушной раковине.
Воспалительные заболевания наружного уха.
Неспецифические воспалительные заболевания наружного уха.
Классификация. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика и дифференциальный диагноз. Инструментальные исследования. Лечение.
Специфические воспалительные заболевания наружного уха.
Бактериальный и вирусный диффузный наружный отит. Фурункул уха. Болезнь Лайма (боррелиоз). Опоясывающий герпес уха. Буллезный мирингит. Некротизирующий наружный отит. Клиническая картина. Лечение.
Хроническое воспаление наружного уха. Клиника, лечение.
Отомикоз и экзема уха. Клиническая картина, течение, диагностика и дифференциальный диагноз, лечение.
Травма наружного уха.
Острая или тупая травма наружного уха. Гематома ушной раковины. Отморожение. Лечение, прогноз. Осложнения.
Серные пробки и инородные тела наружного слухового прохода.
- *Клинические аспекты заболеваний среднего и внутреннего уха.*
Нарушение вентиляции среднего уха и оттока из него. Патофизиология. Этиология и патогенез.
Острая окклюзия слуховой трубы (серотимпанум). Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение и прогноз.

Хронический серозно-муцинозный средний отит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Синдром зияющей слуховой трубы. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Неспецифическое воспаление среднего уха и сосцевидного отростка.

Острый средний отит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Острый средний отит у детей грудного и младшего возраста. Гриппозный отит, коревой, скарлатинозный. Местные симптомы. Лечение. Течение.

Мастоидит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение и прогноз.

Хронический средний отит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Холестеатома среднего уха приобретенная. Врожденная холестеатома височной кости. Течение отдельных форм холестеатомы.

Адгезивный средний отит. Клиническая картина. Этиология и патогенез.

Отогенные инфекционные осложнения.

Лабиринтит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Эпидуральная эмпиема. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение. Течение и прогноз.

Отогенный менингит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Отогенный синус-тромбоз. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Отогенная гидроцефалия. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Отогенный абсцесс височной доли мозга. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Отогенный абсцесс мозжечка. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Инструментальные исследования. Течение и прогноз.

Петрозит (синдром Градениго). Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

Специфические заболевания среднего уха и сосцевидного отростка.

Гранулематоз Вегенера. Туберкулез, сифилис среднего уха. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

- *Невоспалительные заболевания среднего уха.*

Отосклероз. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Врожденные аномалии развития среднего и внутреннего уха.

Сочетанные аномалии развития наружного и среднего уха (Дисплазия. Микротия. Атрезия наружного слухового прохода. Дефекты челюстно-лицевой области. Глухота.) Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Врожденные аномалии развития внутреннего уха. (Синдром Мондини. Врожденная ототоксикозия. Талидомидная эмбриопатия. Краснушная эмбриопатия).

- *Клинические аспекты кохлеовестибулярных поражений.*

Токсические поражения органа слуха и равновесия. Клиническая картина. Лечение. Течение.

Ототоксические препараты (Аминогликозидные антибиотики. Цитостатики. Диуретики. Производственные ототоксины.)

Повреждение органа слуха и равновесия, связанное с воспалительным процессом.

Ушной опоясывающий герпес. Другие вирусные инфекции. Серозный лабиринтит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Иммунные заболевания внутреннего уха. (Синдром Когана. Гранулематоз Вегенера. Рецидивирующий полихондрит. Первичное аутоиммунное заболевание.)

Заболевания преддверия.

Болезнь Меньера. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение. Течение.

Острый вестибулярный синдром (вестибулярный нейронит, вестибулярный неврит). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (куполитиаз). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Вестибулярные нарушения центрального происхождения. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Двусторонние вестибулярные нарушения. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Лечение.

Периферические вестибулярные синдромы. (Шейный синдром. Посттравматический шейный синдром. Болезнь движения. Перилимфатическая фистула. Феномен Туллио.) Клиническая картина. Лечение. Прогноз.

- *Острая нейросенсорная тугоухость. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение. Течение и прогноз.*

Хроническая прогрессирующая идиопатическая нейросенсорная тугоухость. Клиническая картина. Диагностика. Лечение и прогноз.

Пресбиакузис. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

- *Нарушение слуха: реабилитация с помощью слуховых аппаратов.*

Костные слуховые аппараты. Активные имплантаты среднего уха. Улитковый имплантат. Вибротактильные аппараты. Вспомогательные устройства. Тренинг.

Нарушение слуха у детей (детская аудиология).

Классификация нарушения слуха.

Показания к кохлеарной имплантации.

- *Клинические аспекты заболеваний лицевого нерва.*

Паралич лицевого нерва воспалительной и отогенной природы.

Идиопатический паралич лицевого нерва (паралич Белла).

Травматический паралич лицевого нерва.

Консервативное и хирургическое лечение.

- *Клинические аспекты заболеваний носа, околоносовых пазух и лица.*

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух.

Воспалительные заболевания наружного носа.

Экзема носа. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Лечение.

Фолликулит преддверия носа (сикоз) и фурункул носа. Клиническая картина. Диагностика. Этиология и патогенез. Лечение.

Рожа. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Дифференциальный диагноз. Лечение и прогноз.

Ринофима. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Лечение.

Обыкновенная волчанка носа. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

Саркоидоз. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Сифилис. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Риносклерома. Эпидемиология. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

Лепра. Эпидемиология. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

Острые и хронические воспалительные процессы полости носа.

Острый ринит. Аллергический ринит. Идиопатический ринит (вазомоторный). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Осложнение.

Передний сухой ринит. Атрофический ринит и озена. Ринит беременных. Медикаментозный ринит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Лечение.

Дифтерия носа. Туберкулез полости носа. Сифилис полости носа. Саркоидоз. Склерома полости носа. Поражение полости носа при лепре. Сап. Бластомикоз. Риноспоридиоз. Гранулематоз Вегенера. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.

Острый и хронический риносинусит. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое. Осложнения.

Одонтогенный синусит. Особенности лечения.

Риносинусит у детей. Клинические особенности. Диагностика. Лечение. Осложнения.

Грибковые заболевания околоносовых пазух.

Неинвазивная грибковая инфекция околоносовых пазух. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Инвазивные формы (острая молниеносная форма, хроническая вялотекущая гранулематозная форма). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Лечение.

Патофизиологические взаимоотношения между околоносовыми пазухами и нижними дыхательными путями.

Синобронхиальный синдром.

Муковисцидоз.

Первичная дискинезия ресничного эпителия (синдром Картагенера).

Мукоцеле и кисты. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное, оперативное.

Осложнения синуситов.

Внутриглазные осложнения (периорбитальная флегмона, флегмона глазницы, поднадкостничный абсцесс, абсцесс глазницы, тромбоз пещеристого синуса, риногенный ретробульбарный неврит). Клиническая картина. Лечение. Дифференциальный диагноз.

Риносинусогенные внутричерепные осложнения. (эпидуральный и субдуральный абсцесс, абсцесс головного мозга, менингит, энцефалит, тромбоз пещеристого синуса) Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Врожденные аномалии развития и деформации носа.

Расщелина лица и носа. Расщелина губы, челюсти и неба. Свищи носа, кисты носа, дермоидные кисты и глиомы. Менингоэнцефалоцеле. Стеноз и атрезия ноздрей. Атрезия хоан. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Деформация наружного носа.

Искривление перегородки носа.

Аномалии развития крыльев носа.

Травмы носа, околоносовых пазух и лицевого черепа.

Травма носа. Клиническая картина. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Репозиция костных отломков.

Простая репозиция. Закрытый перелом.

Лечение осложненных переломов пирамиды носа и носовых костей.

Осложнения (искривление, гематома, абсцесс, перфорация носовой перегородки).

Перелом верхней челюсти. Симптомы. Этиология. Патогенез. Диагностика.

Перелом скуловой кости и глазницы. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Изолированный взрывной перелом глазницы. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Баротравма околоносовых пазух. Клиническая картина. Лечение.

Лобно-базальные переломы и повреждение соседних околоносовых пазух. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому вмешательству.

Осложнения.

Отморожения и ожоги. Лечение.

Основные пластические и реконструктивные операции на голове и шее.

- *Клинические аспекты заболеваний полости рта и глотки.*

Гиперплазия лимфоэпителиальных органов.

Гиперплазия аденоидов. Гиперплазия небных миндалин. Клиническая картина.

Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Дисфагия. Диагностика. Этиология. Функциональное лечение.

Воспалительные заболевания полости рта и глотки.

Заболевания губ и слизистой оболочки полости рта (Герпетический стоматит и гингивит, мембранозно-язвенный, лекарственный, аллергический, кандидозный стоматит.) Клиническая картина Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Туберкулез. Сифилис. Гиперкератоз и лейкоплакия. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта при дерматозах. (Пузырчатка. Мультиформная эритема. Красный плоский лишай). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Острый тонзиллит. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение.

Другие типы тонзиллита (при инфекционных заболеваниях, при заболеваниях крови, язвенно-пленчатый тонзиллит). Клиническая картина. Микробиология. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения.

Дифтерия. Клиническая картина. Микробиология. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения.

Сифилитический тонзиллит. Туберкулез миндалин. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Грибковые поражения глотки. Лечение.

Хронический тонзиллит. Классификация. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение консервативное, хирургическое. Осложнения.

Другие воспалительные заболевания глотки (острый фарингит, хронический фарингит, язвенно-пленчатый фарингит). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Ангина-язычной и глоточной миндалин. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Заглочный абсцесс у детей. Клиническая картина. Лечение.

Паратонзиллит. Паратонзиллярный абсцесс. Клинические формы. Этиология и патогенез. Осложнения. Принципы лечения и профилактика.

Другие заболевания глотки (Синдром шиловидного отростка. Невралгия языкоглоточного нерва. Невралгия блуждающего нерва. Истерический ком). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Неврогенные заболевания глотки (паралич глотки, спазм мышц глотки). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

Дивертикул гортаноглотки Ценкера. Клиническая картина. Диагностика. Этиология и патогенез. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Аномалии и развития полости рта и глотки (Расщелина губы, верхней челюсти и неба).

Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

- *Клинические аспекты заболеваний гортани.*

Воспалительные заболевания гортани.

Острый ларингит. Острый эпиглоттит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Лечение.

Хронический неспецифический ларингит. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Специфические формы хронического ларингита. (Туберкулез гортани. Сифилис гортани. Склерома гортани. Саркоидоз гортани. Обыкновенная пузырчатка и везикулезный пемфигоид. Генерализованная форма ревматоидного артрита. Амилоидоз гортани. ларингеальный перихондрит). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и прогноз.

Врожденные аномалии развития гортани. (Ларингомалиция. Неврологические нарушения – паралич одного или обоих возвратных гортанных нервов. Атрезия и мембраны гортани. Ларингоцеле. Подскладочный стеноз гортани. Гемангиома). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Стенозы гортани. Причины и патогенез. Классификация. Клиника острого и хронического стеноза гортани. Особенности стенозов гортани у детей. Дифференциальная диагностика стенозов гортани с другими нарушениями внешнего дыхания (ларингоспазм, бронхоспазм, стеноз трахеи). Неотложная помощь и интенсивная терапия при стенозах гортани у взрослых и детей. Интубация гортани, показания, техника, возможные осложнения. Современные показания к трахеотомии. Осложнения во время и после операции, их профилактика.

Упрощенные виды горлосечения (конико-крикотомия): показания, техника, возможные осложнения, профилактика. Органические поражения, вызывающие нарушение функции гортани.

Дисфония. Диспноэ. Парез голосовых складок. Паралич возвратного гортанного нерва. Сочетанное поражение гортанных нервов. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Травмы гортани, гортаноглотки, трахеи, пищевода.

Острая травма голосовых складок. Клиническая картина. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Хроническая травма голосовых складок. Клиническая картина. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Контактная гранулема. Клиническая картина. Этиология. Патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Острое повреждение эндотрахеальной трубкой. Клиническая картина. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Хроническое повреждение эндотрахеальной трубкой. Клиническая картина. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Стеноз и сращения гортани и трахеи. Оперативное лечение.

Наружные повреждения (тупая травма и проникающие повреждения). Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Повреждение при вдыхании химических токсинов. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Инородные тела. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Химический ожог. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Лечение.

Тупая травма пищевода.

Открытые проникающие повреждения. Эзофагоскопия. Инородные тела пищевода. Клиническая картина. Этиология и патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Течение и осложнения.

Перфорация и разрыв. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Травма шеи. Клинические проявления. Междисциплинарный подход в диагностике и лечении.

Раздел 6. Новообразования верхних дыхательных путей и уха.

- Новообразования носа, околоносовых пазух, носоглотки.

Доброкачественные опухоли носа и околоносовых пазух, носоглотки (папиллома, ангиомы, хондромы, остеома, оссифицирующая фиброма, носоглоточная ангиофиброма, хордома, тератома, дермоид, фиброма, липома). Клиника, диагностика, лечение. Псевдоопухолевые процессы (кисты).

Злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух, носоглотки (базально-клеточный, плоскоклеточный рак; меланома; аденоидно-кистозный рак; аденокарцинома; эстезионейробластома; саркома, меланобластома, лимфоэпителиальная опухоль – анапластический рак). Клиника, принципы клинической и рентгенологической диагностики,

- Новообразования глотки.

Доброкачественные опухоли глотки (гемангиома, лимфангиома, папиллома, фиброма, ангиома, невринома). Клиника, диагностика, лечение.

Ангиофиброма основания черепа. Клиническая картина в зависимости от вариантов направления роста и стадии процесса. Диагностика, лечение.

Злокачественные опухоли глотки (плоскоклеточный ороговевающий рак, лимфоэпителиома – анапластический рак, веретенноклеточная саркома, миксосаркома, злокачественная лимфома, лимфогранулематоз, гигантоклеточная опухоль, меланома). Клиническая картина в зависимости от структуры и локализации процесса. Диагностика, принципы лечения.

- Новообразования гортани.

Доброкачественные опухоли гортани (полипы голосовых складок, отек Райнке, папиллома, ретенционные кисты, хондромы, лейкоплакия, дисплазия). Симптомы, диагностика, лечение.

Злокачественные опухоли гортани. (Рак гортани.) Распространенность, гистологическая картина. Факторы, способствующие заболеваемости раком гортани. Предраковые заболевания гортани. Классификация. Клиническая картина. Ранние симптомы с учетом локализации первичного очага. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика рака гортани. Принципы лечения рака гортани с учетом локализации и стадии развития. Профилактика.

Особенности клинического течения рака гортани у детей и подростков. Лечение.

- Новообразования пищевода.

Доброкачественные опухоли пищевода (лейомиома, рабдомиома, фиброма, гемангиома, липома, неврома, папиллома). Диагностика. Лечение.

Злокачественные опухоли пищевода (плоскоклеточный рак) Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

- Новообразования шеи.

Доброкачественные опухоли шеи (липома, невринома). Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Злокачественные опухоли шеи (лимфомы – лимфогранулематоз, неходжкинские лимфомы) Метастатическое поражение лимфатических узлов шеи. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

- Новообразования уха.

Доброкачественные опухоли уха (папиллома, гемангиома, хондрома, остеома). Диагностика, принципы лечения.

Вестибулярная шваннома (невринома преддверно-улиткового нерва). Клиника. Диагностика. Принципы организации обследования больных с подозрением на новообразование VIII нерва. Лечение.

Гломусная опухоль среднего уха. Морфология, клиника.

Диагностика и лечение.

Рак наружного и среднего уха. Симптомы. Диагностика и лечение.

Раздел 7. Неотложная помощь при патологии лорорганов.

- Неотложная помощь при травмах, инородных телах и заболеваниях верхних дыхательных путей.

Травмы, инородные тела и заболевания носа и околоносовых пазух.

- Травмы, инородные тела и заболевания глотки.

- Острые стенозы гортани. Классификация.

Консервативные и хирургические методы лечения.

Эндоскопическая микроларингохирургия.

- Повреждения и заболевания уха.

Инородные тела, заболевания наружного слухового прохода.

Инородные тела, заболевания среднего уха.

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Подготовка к государственным экзаменам должна осуществляться в соответствии с настоящей программой государственного экзамена. Ординаторы должны ознакомиться с перечнем вопросов, выносимых на государственный экзамен, а также с типовыми задачами и практическими заданиями

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную для этих целей научную и учебную литературу.

Для систематизации знаний большое значение имеет посещение обучающимися лицами предэкзаменационных лекций, а также консультаций, которые проводятся по расписанию накануне государственных экзаменов.

Обучающееся лицо знакомится с программой государственного экзамена не позднее, чем за шесть месяцев до начала итоговой (государственной итоговой) аттестации. Подготовку к государственному экзамену обучающееся лицо осуществляет в основном в период преддипломной практики согласно календарному учебному графику.

При подготовке к экзамену следует использовать учебную и научную литературу, рекомендованную программой государственного экзамена, а также другие информационные источники, такие как интернет, периодические издания, публичные, в том числе, научные библиотеки, а также библиотеки научных и учебных заведений.

При подготовке к экзаменам следует использовать соответствующий фрагмент программы государственных экзаменов, раскрывающий содержание соответствующей темы.

Обучающееся лицо может получить консультации по конкретной дисциплине у ведущих преподавателей во время проведения консультаций, которые проводятся перед экзаменами в соответствии с утвержденным графиком.

5.2. 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 (отолитолитовые 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. 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 оzenой.
- 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.

3.2. Ситуационные задачи

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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 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. 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. Клинический (общий) анализ крови: лейкоциты $12,8 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 26 мм/час; п/я 6, с/я-72, лимфоциты 19 эозинофилы-2, моноциты-1, базофилы-0
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.
B	3	Составьте и обоснуйте план основных и дополнительных диагностических методов исследования.
Э	-	Диагностика: Перечень основных диагностических мероприятий: 1. Общий анализ крови в динамике (оценка состояния реактивности организма) 2. Общий анализ мочи (возможно: олигурия и протеинурия, в осадке мочи - эритроциты, лейкоциты, гиалиновые и зернистые цилиндры). 3. Консультация инфекциониста, Лор-врача. Перечень дополнительных диагностических мероприятий: 1. Микрореакция (исключение сифилиса, так как сифилис и рожистое воспаление характеризуются регионарным лимфаденитом) 2. Электрокардиография (для ранней диагностики поражения миокарда, связанная с влиянием В-гемолитического стрептококка) 3. Кровь на сахар (исключение сахарного диабета, способствующего поддержанию воспалительного процесса)
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.
B	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.
B	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.

Н	-	002
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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°C. На следующий день появилась отечность век. На момент осмотра состояние пациентки удовлетворительное, температура тела 37,2°C. 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. 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.
В	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 гнойного отделяемого в среднем носовом ходе, отечности 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.
В	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.
B	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.
B	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.
Н	-	003
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 I 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, Hb-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 миндалин 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.
В	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
B	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	-	004
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной диагноз: Обострение хронического гранулезного фарингита.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например, указан фарингит без указания формы воспаления.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	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.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	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)
P2	-	Лечение и обоснование полностью верно.
P1	-	Лечение определено верно имеются некоторые упущения.
P0	-	Не названы методы обследования.
V	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)
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	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.

--	--	--

Н	-	005
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная О., 45 лет предъявляет жалобы на сильную боль в правом ухе, иррадиирующую в височную и теменную области, усиливающуюся при жевании, на повышение температуры тела 37,4°C, ушная раковина смещена кпереди. Считает себя больной в течение трех дней, после переохлаждения. На момент осмотра состояние удовлетворительное, температура тела 37,2°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 удается. Лимфатический узел, расположенный впереди ушной раковины, увеличен, болезнен при пальпации. Резкая боль при пальпации области козелка, левое ухо без воспалительных изменений. Слуховой паспорт. АД: СШ - нет; ШР – 5.0 м; РР - $\geq 6,0$ м; R – «+»; Sch – «N»; W – по центру. AS: СШ - нет; ШР – 5.0 м; РР - $\geq 6,0$ м; R – «+»; Sch – «N»; W – по центру. 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	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	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.
B	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.
B	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.
H	-	
Ф	...	...
Ф	...	...
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	006
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной жалуется на кашель, осиплость голоса, повышение температуры тела, которые появились после того, как 2 дня назад выпил холодный квас. Сегодня эти симптомы усилились. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 С. В полости носа и глотки воспалительных изменений нет. Ларингоскопия: слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки розовые, несколько инфильтрированы, голосовая щель достаточно широкая для дыхания. Остальные ЛОР-органы без видимой патологии. Клинический анализ крови: лейкоциты $9,2 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 16 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: Острый катаральный ларингит
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например не указал форму ларингита.
P0	-	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.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Лечение: 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. 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 (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.
В	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.
В	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.
Н	-	007
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например неправильно выставлен код диагноза или неточная его формулировка.
P0	-	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, гиперемизированы, инфильтрированы, голосовая щель сужена. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	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 (амоксиклав + клавулановая кислота, цефалоспорины II-III ст., макролиды, фторхинолоны). При абсцедирующем ларингите производят вскрытие абсцессов при непрямой ларингоскопии ножом Гобольта.
P2	-	План диагностики и лечения составлен полностью верно.
P1	-	План диагностики и лечения составлен верно, однако не указаны группы препаратов выбора.
P0	-	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.
P2	-	Правильно названы осложнение и помощь.
P1	-	Назван один из вариантов.
P0	-	Названы полностью неправильные варианты.
В	5	Срок временной нетрудоспособности.
Э	-	Срок временной нетрудоспособности от 14 дней.
P2	-	Срок временной нетрудоспособности указан верно.
P1	-	Указан срок временной нетрудоспособности менее 13 дней.
P0	-	Указан срок временной нетрудоспособности менее 12 дней.
Н	-	008
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. Клинический анализ крови: лейкоциты $8,1 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 5 мм/час; лейкоцитарная формула: нейтрофилы 65,2 %, лимфоциты 21,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 %
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз по МКБ-Х.
Э	-	1. Диагноз: Хронический гипертрофический диффузный ларингит J37.0
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например неправильно выставлен код диагноза или неточная его формулировка.
P0	-	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.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	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 выполняется ПЦР диагностика на вирусы простого герпеса, герпесвируса 6, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр, хламидии, микоплазмы, ДНК грибов, микобактерий туберкулеза и оценка иммунного статуса. Лечение: 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). 2. Вне обострения при гиперплазии слизистой оболочки производят туширование пораженных участков гортани через

		день 5-10 % раствором нитрата серебра в течение 2 недель. 3. Показанием к хирургическому лечению является выявление участков гиперплазии.
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.
Н	-	009
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 47 лет, страдающая артериальной гипертензией (несмотря на 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. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс умеренно напряжен. АД 170/100 мм. рт. ст. При рино- и фарингоскопии – патологических изменений не выявлено. Отоскопически с двух сторон: наружный слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка перламутрово-серая, опознавательные контуры – четкие. Слуховой паспорт АД: СШ+, ШР=1,5м, РР= 2,5м, опыт Вебера – латерализация влево, опыт Ринне – положителен. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звуковосприятия справа (снижение слуха III ст). Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. Клинический анализ крови:RBC- 4,2 x 10¹²/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 × 10 ⁹ /л, WBC- 7,8 × 10 ⁹ /л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
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, метаболических средств (Цитофлавин).
P2	-	План дальнейшего обследования и ведения пациента составлен верно.
P1	-	План дальнейшего ведения пациентки составлен не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	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.
Н	-	
Ф	...	...
Ф	...	...
Н	-	010
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 38 лет, обратился с жалобами на ухудшение слуха на левое ухо в течение последних 9 месяцев. Также отмечает появление и постепенное усиление высокочастотного шума в левом ухе. Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм. рт. ст. При осмотре со стороны ЛОР-органов патологических изменений не выявлено. Слуховой паспорт AS: СШ+, ШР=1м, РР= 2,5м, опыт Вебера – латерализация вправо, опыт Ринне – положителен. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звуковосприятия слева (снижение слуха III ст). Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. Клинический анализ крови: RBC- 4,4 x 10 ¹² /л, HGB- 132 г/л, HCT-45%, RDWc- 13,5%, MCV- 88 фл, MCH- 28 пг(pg), MCHC- 260 г/л (g/l), PLT- 320 × 10 ⁹ /л, WBC- 6,8 × 10 ⁹ /л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 12 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хроническая левосторонняя нейросенсорная тугоухость III степени. Тиннитус слева. Невринома слухового нерва?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз хроническая нейросенсорная тугоухость, тиннитус слева установлен на основании жалоб больного на снижение слуха на левое ухо, шум в левом ухе, данных анамнеза (а именно – длительности течения заболевания), данных слухового паспорта и тональной пороговой аудиометрии. Обращает на себя внимание несимметричность слуховых нарушений, а также длительное, постепенное течение заболевания, что может свидетельствовать в пользу невриномы слухового нерва слева.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.

P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дальнейшего обследования пациента.
Э	-	Пациенту необходимо дополнительное обследование в виде: компьютерной томографии височных костей, магнитнорезонансной томографии мосто-мозжечкового угла с целью выявления образования слухового нерва, а также выполнение компьютерной видеонистагмографии для адекватной оценки вестибулярной функции (с обязательным выполнением калорических тестов).
P2	-	План дальнейшего обследования пациента составлен и обоснован верно.
P1	-	План дальнейшего обследования пациента составлен верно, однако нет обоснования. Либо план составлен неполно.
P0	-	План лечения составлен неверно.
B	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: препараты из группы церебровасодилирующих 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. При обнаружении невриномы – необходимо хирургическое лечение.
P2	-	План лечения пациента составлен и обоснован верно.
P1	-	План лечения пациента составлен и обоснован не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Каковы дальнейшие необходимые мероприятия.
Э	-	Пациенту необходимо выполнять КТ височных костей и МРТ мосто-мозжечкового угла 1 раз в полгода. Тональную пороговую аудиометрию и компьютерную видеонистагмографию (калорические тесты) каждые полгода для оценки слуховой и вестибулярной функции. Проходить лечение хронической сенсоневральной тугоухости. Пациенту 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 лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно.
P1	-	Дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно, но неполно.
P0	-	Дальнейшие профилактические меры выбраны неверно.
H	-	
Ф	...	...

Ф	...	...
Н	-	011
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 35 лет, обратилась с жалобами на ухудшение слуха на оба уха в течение последнего месяца. Также отмечает появление и постепенное усиление высокочастотного шума в ушах. Перенесла острый плеврит, в связи, с чем получала Гентамицин в течение 22 дней. В процессе лечения заметила постепенное снижение слуха, появление высокочастотного шума в ушах и шаткость походки. При отмотре со стороны ЛОР-органов патологических изменений не выявлено. Слуховой паспорт AS: СШ+, ШР=3м, РР= 4,5м, AD: СШ+, ШР=2м, РР= 3,5м, опыт Вебера – латерализация влево, опыт Ринне – положителен. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звуковосприятия с обеих сторон (снижение слуха II и III ст). Исследование вестибулярного анализатора выявило угнетение функции обеих лабиринтов. Клинический анализ крови: RBC- 3,4 x 10¹²/л, HGB- 112 г/л, HCT-35%, RDWc- 13,5%, MCV- 88 фл, MCH- 28 пг(pg), MCHC- 210 г/л (g/l), PLT- 240 × 10⁹/л, WBC- 8,8 × 10⁹/л, LY% - 24%, GRA%-72%, MON%- 4%, СОЭ- 15 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая двусторонняя нейросенсорная тугоухость справа II степени, слева - III степени (предположительно ототоксической природы).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острой двусторонней нейросенсорной тугоухости установлен на основании жалоб больной на снижение слуха на оба уха, шум в ушах, нарушение равновесия, данных анамнеза (а именно – длительности течения заболевания), данных слухового паспорта и тональной пороговой аудиометрии. Обращает на себя внимание природа тугоухости. А именно возникновение нарушений на фоне лечения Гентамицином (антибиотиком, обладающим ототоксическим действием).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Какие ототоксические препараты вы знаете.
Э	-	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).
P2	-	Группы препаратов названы верно, приведены примеры.
P1	-	Препараты названы не полностью.
P0	-	Препараты названы неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Пациентке необходимо назначить инфузионно-детоксикационную терапию (Унитиол, Гемодез, Реамберин), А также 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 пациентки составлен и обоснован верно.
P1	-	План лечения пациентки составлен и обоснован не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Каковы дальнейшие необходимые мероприятия.
Э	-	Пациентке необходимо выполнять тональную пороговую аудиометрию и компьютерную видеонистагмографию каждые полгода для оценки слуховой и вестибулярной функции. Проходить лечение сенсоневральной тугоухости. 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 лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно.
P1	-	Дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно, но неполно.
P0	-	Дальнейшие профилактические меры выбраны неверно.
Н	-	012
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 27 лет, с жалобами на снижение слуха и шум в ушах. Два года назад после родов впервые заметила прогрессирующее снижение слуха. Появился шум в правом ухе. Лучше слышит в шумной обстановке.

		Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс умеренно напряжен. АД 170/100 мм. рт. ст. При рино- и фарингоскопии – патологических изменений не выявлено. Отоскопически с двух сторон: наружные слуховые проходы широкие, серных масс нет. Барабанные перепонки бледные, тонкие. Камертональные тесты: опыт Вебера – латерализация вправо, опыт Ринне – отрицателен, опыт Швабаха – удлинен, опыты Желле и Бинга – отрицательны. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звукопроводения на оба уха, более выражено справа. Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. Клинический анализ крови: RBC- 4,2 × 10¹²/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 × 10⁹/л, WBC- 7,8 × 10⁹/л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Отосклероз, тимпанальная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена (не определена форма заболевания).
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз отосклероз и его форма установлен на основании данных анамнеза (жалоб больной на снижение слуха, шум в правом ухе, улучшение слуха в шумной обстановке), отоскопической картины (широкие слуховые проходы, отсутствие серных масс, тонкая и бледная барабанная перепонка – атрофические явления), данных камертональных тестов (опыт Вебера – латерализация вправо, опыт Ринне – отрицателен, опыт Швабаха – удлинен, опыты Желле и Бинга – отрицательны) и тональной пороговой аудиометрии (выявляется нарушение звукопроводения).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, не учтены данные отоскопической картины либо результаты камертонального обследования и аудиометрии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Объясните результаты тестов Ринне и Желле у пациентки.
Э	-	Патогенетические особенности течения заболевания, а именно запуск процесса остеогенеза, распространяющегося на основание стремени, окружающей его связки и костного лабиринта приводят к невозможности передачи звуковой волны по цепи слуховых косточек. При этом повышается проводимость звука через ткани. Результаты опытов Ринне и Желле, в свою очередь, основаны на способности звукопроводения по цепи слуховых косточек, который становится не возможен.
P2	-	Результаты объяснены верно.
P1	-	Объяснение верное, однако недостаточно обосновано.
P0	-	Объяснение дано неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Основным лечением отосклероза является хирургический метод. Наиболее эффективный метод – стапедопластика. В первую очередь

		оперируется хуже слышащее ухо (в данном случае правое). При хорошем эффекте, оперируют и второе ухо.
P2	-	План лечения пациентки составлен верно.
P1	-	План лечения пациентки составлен не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Каков трудовой и социальный прогноз у пациентки.
Э	-	Прогноз в отношении слуха без лечения не благоприятный. Хирургическое лечение при тимпанальной форме позволяет сохранить социально приемлемый уровень слуха. Условия труда должны исключать резкие смены давления (взлеты – летчик, стюардесса, глубоководные погружения), а также шум и вибрацию.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ дан неверно.
H	-	
Ф	...	...
Ф	...	...

Н	-	013
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 38 лет, доставлена в ЛОР-клинику с жалобами на выраженное головокружение (ощущение вращения предметов справа налево), сопровождающееся тошнотой, рвотой, нарушением равновесия. Подобные приступы возникают периодически в течение последних трёх лет на фоне стресса. Также отмечает появление и усиление высокочастотного шума в левом ухе, снижение слуха, ощущение заложенности левого уха. Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм. рт. ст. При осмотре со стороны ЛОР-органов патологических изменений не выявлено. Выявляется спонтанный горизонтальный нистагм II степени влево, в указательных пробах – отклонение рук вправо, в позе Ромберга – отклонение вправо. Шепотную речь воспринимает слева на расстоянии 1,5 м, справа – 5 м. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звукопроводения слева (имеется костно-воздушный разрыв более выраженный в области низких частот). Клинический анализ крови: RBC- 4,4 x 10¹²/л, HGB- 132 г/л, HCT-45%, RDWc- 13,5%, MCV- 88 фл, MCH- 28 пг(pg), MCHC- 260 г/л (g/l), PLT- 320 × 10⁹/л, WBC- 6,8 × 10⁹/л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 12 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Болезнь Меньера, приступный период.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз болезнь Меньера ставится на основании характерной тетрады симптомов: «вращательного» головокружения, сопровождающегося выраженной вегетативной симптоматикой (тошнотой, рвотой), снижения слуха, наличия шума в ухе и чувства заложенности уха.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза.
Э	-	Для уточнения диагноза необходимы следующие тесты: дегидратационные тесты (позволяют с помощью дегидратационных препаратов уменьшить явления эндолимфатического гидропса, что приводит к улучшению состояния пациента), компьютерную видеонистагмографию (позволяет зафиксировать и оценить спонтанный нистагм, а проводимые калорические пробы отражают функциональное состояние обоих вестибулярных анализаторов), электрокохлеография (объективный метод регистрации эндолимфатического гидропса).
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ составлен неполно.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Составьте план лечения острого приступа болезни Меньера.
Э	-	В остром периоде вводят подкожно 1мл 0.1% раствора сульфата атропина, диуретики (Диакарб, Триампур), Т. Бетагистина (т.Бетасерк), при тошноте, рвоте необходимо в/м введение р-ра Церукала, гормональные препараты (Дексаметазон, Метилпреднизолон).
P2	-	План лечения пациента составлен верно.
P1	-	План лечения пациента составлен не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Составьте план лечения болезни Меньера в межприступном периоде.
Э	-	В межприступном периоде необходимо назначение: 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, антигипоксанты (Мексидол), нейрометаболические препараты (Церебролизин).
P2	-	План лечения межприступного периода составлен верно.
P1	-	План лечения межприступного периода составлен не полностью.
P0	-	План лечения межприступного периода составлен неверно.
H	-	
Ф	...	...
Ф	...	...

Н	-	014
Ф		
Ф		
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 62 лет доставлен в приемный покой больницы машиной скорой помощи. Жалобы на затруднение дыхания. Из анамнеза известно, что за 3 часа до ухудшения состояния выпил купленный им в магазине алкогольный коктейль. При осмотре: • Инспираторная одышка в покое • Акроцианоз - губ, кончика носа, ногтевых фаланг • Учащенное шумное дыхание – стридор • Беспокойное поведение больного • Участие в акте дыхания мускулатуры грудной клетки: при вдохе - втягиваются межреберные промежутки, над- и подключичные ямки, яремная вырезка Голосовая щель при дыхании около 4 мм.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Аллергический отек по типу отека Квинке. Стадия субкомпенсации.
P2	-	Диагноз поставлен верно. 2 балла по вопросу 1
P1	-	Диагноз поставлен не полностью. Упущена, предполагаемая анамнестически аллергическая составляющая заболевания. Не правильно определена степень отека гортани. 1 балл по вопросу 1
P0	-	Диагноз поставлен не верно. Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1
В	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	У больного имеется дыхательная недостаточность. При осмотре выявлено сужение голосовой щели до 4 мм. В анамнезе прием алкогольного коктейля, который вполне мог явиться провоцирующим фактором аллергического отека гортани.
P2	-	Диагноз обоснован полностью. 2 балла по вопросу 2
P1	-	Диагноз обоснован частично. Упущены данные анамнеза или клинического осмотра: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Диагноз обоснован не верно: 0 баллов по вопросу 2
В	3	Каковы Ваши дальнейшие действия?
Э	-	В случае скомпенсированного отека гортани возможно обойтись консервативной терапией: кортикостероиды, антигистаминные препараты. Необходим постоянный контроль за пациентом. В случае нарастания симптоматики необходима интубация, коникотомия или трахеотомия.
P2	-	Ответ дан полностью. 2 балла по вопросу 3
P1	-	Ответ дан не полностью: упущен один из препаратов. Не организована госпитализация пациента для дальнейшего наблюдения. Не указан план дальнейшего ведения пациента в случае нарастания симптоматики.: 1

		балл по вопросу 3
P0	-	Ответ дан не верно: 0 баллов по вопросу 3
B	4	Какое хирургическое вмешательство будет показано пациенту в случае неэффективности консервативной терапии и нарастания симптоматики отека гортани.
Э	-	Трахеотомия или коникотомия.
P2	-	Ответ указан полностью: 2 балла по вопросу 4
P1	-	Ответ указан не полностью, студент указал коникотомию, которая не является операцией выбора, выполняемой пациенту в условиях стационара, а чаще может быть выполнена при отсутствии хирургических навыков мед персонала или невозможности выполнения трахеотомии: 1 балл по вопросу 4
P0	-	Ответ дан неправильно: 0 баллов по вопросу 4
B	5	Какие методы профилактики следует применить к данному пациенту, чтобы избежать подобной ситуации в будущем.
Э	-	В данной ситуации отек скорее всего был спровоцирован суррогатами алкоголя, таким образом, необходима беседа с пациентом о вреде алкоголя и его производных. Так же, пациенту необходимо в амбулаторном порядке обследоваться под наблюдением аллерголога. Нужно объяснить пациенту необходимость ношения с собой антигистаминных препаратов.
P2	-	Ответ дан полностью: 2 балла по вопросу 5
P1	-	Ответ дан не полностью, упущена необходимость беседы с больным о вреде суррогатов алкоголя. Не назначено дальнейшее амбулаторное обследование под контролем аллерголога.: 1 балл по вопросу 5
P0	-	Ответ дан не верно: 0 баллов по вопросу 5
Н	-	015
Ф		
Ф		
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	ЛОР врач вызван дежурным неврологом в приемный покой для исключения патологии внутреннего уха. Анамнез: женщина 45 лет проснулась в 5.30 от сильного головокружения лежа на правом боку. Перевернулась в кровати, головокружение прекратилось. Дальнейшие попытки переверота на правый бок и подъема с кровати вызывали повторное головокружение с тошнотой и рвотой. Хронических заболеваний не отмечает, травм головы не было, регулярно занимается спортом, работает менеджером (сидит за компьютером). Из записи скорой: АД 110/70, пульс 90, бледные кожные покровы. При подъеме с кровати выявлен заметный нистагм в правую сторону. Больной выполнена инъекция церукала. Невролог: данных за острую неврологическую симптоматику не получено. МРТ: МР-данных за онмк не выявлено. В зоне сканирования патологических образований не выявлено.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение.
P2	-	Диагноз поставлен верно. 2 балла по вопросу 1
P1	-	Диагноз поставлен не полностью. Отмечена возможная причина головокружения в вестибулярном аппарате, но диагноз не выставлен. 1 балл по вопросу 1

P0	-	Диагноз поставлен не верно. Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1
B	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение чаще всего начинается со внезапного и сильного приступа головокружения. Связано с поворотом головы. Как правило нивелируется на здоровой стороне.
P2	-	Диагноз обоснован полностью. 2 балла по вопросу 2
P1	-	Диагноз обоснован частично. Упущена значимость позиционной провокации головокружений: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Диагноз обоснован не верно: 0 баллов по вопросу 2
B	3	Какие методики Вы можете предложить для подтверждения диагноза.
Э	-	В важным диагностическим тестом будет являться тест Холпайка. Он позволяет определить пораженный канал и сторону поражения. На стороне поражения при укладывании пациента на бок с повернутой на 45 градусов и запрокинутой на 30 градусов голове будет выраженное головокружение и нистагм. Так же для пациента характерны помахивание в пробе Бараний в противоположную от пораженного уха сторону, отклонение в позе Ромбового в противоположную от пораженного уха сторону.
P2	-	Ответ дан полностью. 2 балла по вопросу 3
P1	-	Ответ дан не полностью: Не описана методика выполнения пробы Холпайка.: 1 балл по вопросу 3
P0	-	Ответ дан не верно: 0 баллов по вопросу 3
B	4	Какое лечение применяется для данной категории больных.
Э	-	Позиционное маневрирование с целью вправления фрагментов отолитовой мембраны путем плавного поворота головы в плоскости пораженного полукружного канала. Бетагистины.
P2	-	Ответ указан полностью: 2 балла по вопросу 4
P1	-	Ответ указан не полностью, студент не имеет понятия о принципах проведения позиционного маневрирования: 1 балл по вопросу 4
P0	-	Ответ дан неправильно: 0 баллов по вопросу 4
B	5	Врач какой специальности занимается лечением данной категории больных. Трудовой прогноз при выздоровлении.
Э	-	Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение это патология внутреннего уха, лечением данной патологии занимается врач оториноларинголог и в частности отоневролог. Трудовой прогноз благоприятный.
P2	-	Ответ дан полностью: 2 балла по вопросу 5
P1	-	Ответ дан не полностью, упущена необходимость лечения пациентов под контролем отоневролога.: 1 балл по вопросу 5
P0	-	Ответ дан не верно: 0 баллов по вопросу 5
Н	-	016
Ф		
Ф		
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 71 года доставлен в приемный покой больницы машиной скорой помощи. Жалобы на носовые кровотечения последние 3 дня, на фоне повышения артериального давления. Справлялся самостоятельно. 4 часа назад кровотечение рецидивировало, самостоятельно остановит кровь не

		удалось. Была вызвана бригада скорой помощи. Скорая помощь: АД 190/120, выполнена магнезия 10,0 внутривенно стройно. Носовое кровотечение обильное. Кровопотеря около 600 мл. Установлена передняя тампонада. Терапевт приемного покоя: АД 130/80, пульс 85, тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. ЭКГ без острой патологии. Объективно: в полости носа тампоны, обильно пропитанные кровью. Обильное стекание крови по задней стенке глотки. Больной бледный, слабый, с трудом сидит в кресле.
V	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Продолжающееся носовое кровотечение на фоне гипертонического криза.
P2	-	Диагноз поставлен верно. 2 балла по вопросу 1
P1	-	Диагноз поставлен не полностью. Не отмечена течение заболевания, которая требует принятия экстренных мер. 1 балл по вопросу 1
P0	-	Диагноз поставлен не верно. Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 1
V	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	Носовые кровотечения одно из частых осложнений некупированного повышения артериального давления. В пожилом возрасте сосудистая стенка менее податлива к тому же могут быть замедлены естественные механизмы свертывания крови.
P2	-	Диагноз обоснован полностью. 2 балла по вопросу 2
P1	-	Диагноз обоснован частично. Упущены данные анамнеза или клинического осмотра: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Диагноз обоснован не верно: 0 баллов по вопросу 2
V	3	Каковы Ваши дальнейшие действия?
Э	-	Необходимо госпитализировать больного. Провести повторную переднюю тампонаду с 2х сторон, провести гомеостатическую, кровезаместительную терапию.
P2	-	Ответ дан полностью. 2 балла по вопросу 3
P1	-	Ответ дан не полностью: упущена необходимость проведения гомеостатической терапии, возмещения объема циркулирующей крови: 1 балл по вопросу 3
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 3
V	4	Какие меры следует предпринять при неэффективности передней тампонады. Опишите методику.
Э	-	Задняя тампонада. Через нос пациента вводится катетер, который проводится по носоглотке и выводится через рот. К катетеру подвязывается нить заднего тампона и катетер выводится обратным путем через нос. Нить подтягивается, задний тампон фиксируется и подправляется через рот пальцем. Вязки тампона плотно фиксируются. Выполняется передняя тампонада с 2х сторон.
P2	-	Ответ указан полностью: 2 балла по вопросу 4
P1	-	Ответ указан не полностью, не описана методика задней тампонады: 1 балл по вопросу 4
P0	-	Ответ дан неправильно: 0 баллов по вопросу 4
V	5	Какие методы профилактики следует применить к данному пациенту, чтобы избежать подобной ситуации в будущем.
Э	-	На фоне гомеостатической терапии и местного лечения (тампонады) больному необходимо в ближайшие сроки провести коррективную гипотензивной терапии.
P2	-	Ответ дан полностью: 2 балла по вопросу 5
P1	-	Ответ дан не полностью, не отмечена необходимость подбора

		гипотензивной терапии в кратчайшие сроки: 1 балл по вопросу 5
P0	-	Ответ дан не верно: 0 баллов по вопросу 5
Н	-	017
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девушка 20 лет жалуется на неприятные ощущения в глотке: першение, жжение. Данные симптомы появились после того, как накануне она съела большое количество мороженого. Объективно: определяется яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная ее инфильтрация. Другие ЛОР-органы без патологических изменений. Клинический анализ крови: лейкоциты $10,8 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 16 мм/час; нейтрофилы 65,2 %, лимфоциты 21,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 % Больная требует оформления больничного листа.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Диагноз: Острый катаральный фарингит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, не уточнен характер воспаления.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острый фарингит поставлен на основании данных анамнеза, накануне больная съела большого количества мороженого, что является предрасполагающим фактором заболевания, жалоб на першение и жжение в глотке, объективных данных - яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная ее инфильтрация. Другие ЛОР-органы без патологических изменений, изменений анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг увеличения палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте план и обоснуйте план лечения пациента (укажите препараты выбора, диета?).
Э	-	Лечение: 1. Местное лечение: полоскание антисептическими растворами (фурацилин, мирамистин, хлорофиллипт), пульверизация глотки аэрозолями (гексорал, каметон, ингалипт, йокс), таблетки для рассасывания с антибактериальными препаратами, антисептическими, обезболивающими. 2. Диета щадящая, исключить острое, копченое, соленое, кислое.
P2	-	План лечения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения составлен верно, однако не указаны препараты выбора.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Назовите основных возбудителей и факторы, способствующие развитию данного заболевания.
Э	-	1. Возбудители: вирусные (аденовирусы, энтеровирусы,

		вирусы гриппа); бактериальная инфекция (Haemophilus influenza, золотистый стафилококк, стрептококки группы А, С, G и др.) 2. Предрасполагающие факторы: общее и местное переохлаждение, хроническая патология полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, общие инфекционные заболевания, курение и злоупотребление алкоголем, заболевания ЖКТ (ГЭРБ, гастрит с повышенной кислотностью).
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	Оцените трудоспособность пациентки. Необходимо ли выдать лист временной нетрудоспособности?
Э	-	Пациентка трудоспособна. В больничном листе не нуждается.
P2	-	Трудоспособность пациентки оценена верно. Обоснован отказ в выдаче ЛВН.
P1	-	Ответ верный, но не обоснованный.
P0	-	Ответ не верный.
Н	-	018
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 25 лет жалуется на боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры тела до 37,5 С, общее недомогание. Связывает данное состояние с недавним переохлаждением. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, чистые. В зеве определяется яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек и миндалин. Миндалины разрыхлены и выступают за края дужек. Гиперемия распространяется и на заднюю стенку глотки. Клинический анализ крови: лейкоциты 10,8 · 10⁹ /л., СОЭ 17 мм/час; лейкоцитарная формула: нейтрофилы 65,2 %, лимфоциты 21,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 %
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Диагноз: Острая катаральная ангина
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например неточная формулировка или неправильно выставлен код диагноза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Острая катаральная ангина поставлен на основании данных анамнеза, больной связывает начало заболевания с переохлаждением, что является предрасполагающим фактором заболевания, жалоб на боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры тела до 37,5 С, общее недомогание, объективных данных - в зеве определяется

		яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек и миндалин. Миндалины разрыхлены и выступают за края дужек. Гиперемия распространяется и на заднюю стенку глотки. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Лечение: 1. Местное лечение: полоскания горла (фурацилин, мирамистин, раствор соды), сублингвальные таблетки (фарингосепт, гримицидин и т.д.), ингаляции антисептиков (гексорал, каметон). 2. Общее лечение: 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.). Назначают НПВС (парацетамол, панадол и др.) обладающие жаропонижающим и анальгезирующим действием.
P2	-	План лечения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения составлен верно, однако не указаны препараты выбора.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
V	4	Меры санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий при данном заболевании.
Э	-	Амбулаторное лечение с изоляцией больного, в тяжелых случаях показана госпитализация в инфекционное отделение. Необходимо соблюдать строгий постельный режим в первые дни заболевания, затем переход на домашний режим с ограничением физических нагрузок. Больному выделяют отдельную посуду. Назначают нераздражающую, мягкую пищу, преимущественно растительно-молочную, витамины, обильное теплое питье. Дети к больному не допускаются.
P2	-	Правильно названы санитарно-гигиенические профилактические мероприятия.
P1	-	Мероприятия указаны не полностью
P0	-	Мероприятия указаны полностью не верно.
V	5	Указать основного возбудителя заболевания.
Э	-	В большинстве случаев основным возбудителем ангин является бета-гемолитический стрептококк группы А.
P2	-	Возбудитель указан верно.
P1	-	Указан возбудитель без группы.
P0	-	Возбудитель указан не правильно.
Н	-	019
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 24 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице. Заболел остро, 2 дня назад. Температура тела достигает 39-40 С.

		Объективно: регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывает свободно, язык обложен сероватым налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки. Клинический анализ крови: лейкоциты $14,6 \cdot 10^9 / \text{л.}$, СОЭ 66 мм/час; лейкоцитарная формула: п/я-9, с/я 65,2 %, лимфоциты 12,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 %
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Диагноз: Фолликулярная 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 Фолликулярная ангина поставлен на основании жалоб: сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице., повышение температуры тела до 39-40 С, объективных данных - регионарные шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой миндалин видны желтовато-белые точки. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	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. анализ 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
В	4	Возможные осложнения со стороны внутренних органов (местные и общие) при повторении подобных состояний.
Э	-	1. Местные осложнения: паратонзиллярный абсцесс, парафарингеальный абсцесс. 2. Общие: ревматизм, ревматоидный артрит, нефрит.
P2	-	Правильно названы местные и общие осложнения.
P1	-	Названы только местные, либо только общие осложнения, или указаны не все возможные осложнения.
P0	-	Возможные осложнения указаны неверно.
В	5	Указать рекомендованный срок постельного режима и временной нетрудоспособности при ангине.
Э	-	Рекомендован постельный режим 7-8 дней,

		срок нетрудоспособности при ангине в среднем равен 10-12 дням.
P2	-	Сроки указаны верно.
P1	-	Не указан один из сроков.
P0	-	Сроки указаны не правильно.
Н	-	020
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 23 года жалуется на боль в левом ухе, гноетечение из него, понижение слуха слева повышение температуры и общее недомогание, считает себя больным в течение недели после перенесенного острого респираторного заболевания. Заболевание началось с сильной «стреляющей» боли в левом ухе, повышения температуры до 39.0 С, головной боли. Понизился слух на левое ухо, гноетечение из левого уха появилось два дня назад. После этого больной отметил улучшения общего состояния, температура тела снизилась до 37,5 . Объективно: состояние больного удовлетворительное, пульс- 84 удара в мин., ритмичный. Лор-органы: Риноскопия слизистая оболочка носа гиперемирована, отечна, искривлена влево, в носовых ходах слизистое отделяемое, носовое дыхание затруднено. Фаринго - ларингоскопия — без особенностей. Отоскопия: AD- наружный слуховой проход широкий, свободный, барабанная перепонка без воспалительных явлений. AS-кожа заушной области не изменена пальпация и перкуссия области сосцевидного отростка безболезненна. При отоскопии имеется гнойное отделяемого в слуховом проходе, барабанная перепонка гиперемирована, мацерирована, в передненижнем квадранте определяется щелевидная перфорация, с пульсацией гноя. Слуховой паспорт AD: СШ-0: ШР-6м.: РР 6м.: AS- СШ 0: ШР-1,5 м: РР-5м.Опыт Ринне отрицательный, Опыт Вебера — латерализация влево. При аудиометрии: слуховая функция на правое ухо в пределах нормы, на левое ухо имеется поражение слуха кондуктивного характера. Клинический анализ крови: лейкоциты 12,6 10⁹ /л., СОЭ 66 мм/час; лейкоцитарная формула: п/я-9, с/я 65,2 %, лимфоциты 12,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 %
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Левосторонний острый гнойный средний отит, перфоративная стадия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, не указан характер или стадия процесса.
P0	-	Диагноз поставлен не верно.
В	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	Указанный диагноз поставлен на основании жалоб больного (боль в левом ухе, гноетечение из него, понижение слуха слева повышение температуры и общее недомогание), анамнеза заболевания (заболел остро, после ОРВИ, с появлением гноетечения из левого уха пациент отметил улучшение общего состояния, что указывает на перфоративную стадию процесса), эндоскопии лор органов (при отоскопии имеется

		гнойное отделяемого в слуховом проходе, барабанная перепонка гиперемирована, мацерирована, в передненижнем квадранте определяется щелевидная перфорация, с пульсацией гноя.), данных слухового паспорта (AS- СШ 0: ШР-1,5 м: РР-5м.Опыт Ринне отрицательный,опыт Вебера — латерализация влево) и тональной пороговой аудиометрии (слуховая функция на правое ухо в пределах нормы, на левое ухо имеется поражение слуха кондуктивного характера).
P2	-	Диагноз обоснован полностью. 2 балла по вопросу 2
P1	-	Диагноз обоснован частично. Упущены данные анамнеза или клинического осмотра: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Диагноз обоснован не верно: 0 баллов по вопросу 2
В	3	Как Вы характеризуете изменения, полученные при исследовании слуха (оцените слуховой паспорт).
Э	-	При исследовании слухового паспорта получены следующие изменения: отмечается снижение слуха на левое ухо: шепотная речь 1,5 метра, разговорная речь 5,0, отрицательный опыт Ринне наблюдается при поражении звукопроводящего аппарата, с помощью опыта Вебера можно оценить латерализацию звука, у данного пациента латерализация в больное ухо, что указывает на поражение звукопроводящего аппарата. Все вышеперечисленные признаки свидетельствуют в пользу поставленного диагноза: левосторонний острый гнойный средний отит, перфоративная стадия.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью, не перечислены все признаки
P0	-	Оценочная рубрика:
В	4	Опишите меры профилактики рубцовых процессов в среднем ухе
Э	-	Для предотвращения развития спаек ограничивающих движения слуховых косточек и барабанной перепонки: 1. продувание слуховой трубы по Полицеру 2. пневмомассаж барабанной перепонки 3. Катетеризация слуховых труб с введением лекарственных веществ 4. Самопродувание слуховых труб 5. Жевательные упражнения 6. Лечение очагов хронической инфекции носоглотки
P2	-	Ответ указан полностью
P1	-	Ответ указан не полностью, не указан один из методов профилактики
P0	-	Ответ дан неправильно
В	5	Какие осложнения и через какой период времени можно ожидать при неблагоприятном течении заболевания
Э	-	Мастоидит через 10-14 дней, менингит через 14-20 дней.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью, перечислены не все осложнения.
P0	-	Ответ дан не верно

Н		021
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка Н., 28 лет лет, обратилась к врачу с жалобами на снижение слуха на левое ухо, ощущение «плеска жидкости» в ухе, заложенность левого уха. Описанные жалобы возникли 5 дней назад после перенесенного острого левостороннего среднего отита. Объективно: состояние удовлетворительное. При рино- и фарингоскопии – патологических изменений не выявлено. Отоскопия: AD наружный слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка перламутрово-серая, опознавательные контуры – четкие. AS наружный слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка втянута, покраснение по ходу рукоятки молоточка. Слуховой паспорт AS: СШ-, ШР=2м, РР= 4м, опыт Вебера – латерализация влево, опыт Ринне – отрицательный. Функция слуховой трубы слева 3 ст. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звукопроводения слева (снижение слуха I ст). Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. На тимпанограмме: тип С. [[Файл: tympanogram021.jpg]] Клинический анализ крови: RBC- 4,2 x 10¹²/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 × 10⁹/л, WBC- 7,8 × 10⁹/л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый левосторонний тубоотит. Кондуктивная тугоухость
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острого левостороннего тубоотита поставлен на основании жалоб больной на снижение слуха, заложенности в левом ухе, данных слухового паспорта, тональной пороговой аудиометрии и тимпанометрии.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: 1. Сосудосуживающие капли в нос (називин). Для уменьшения отечности слизистой и с целью снятия отека с устья слуховой трубы что способствует восстановлению функций слуховых труб. 2. Антигистаминные препараты (лоратадин). Для уменьшения отека слизистой носа и устья слуховых труб. 3. Продувание по Политцеру и пневмомассаж для восстановления подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, удаления

		жидкости из барабанной полости. 4. Катетеризация слуховой трубы с целью введение лекарственных средств через слуховую трубу со стороны носа.
P2	-	План лечения составлен полностью верно.
P1	-	План лечения составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План лечения составлен неверно.
B	4	Интерпретируйте данные представленной тимпанометрии.
Э	-	На тимпанограмме представлен тип С: нормальный пик смещенный влево. В связи с нарушением работы слуховой трубы, воспалительных явлений в полости среднего уха, патологией носоглотки в среднем ухе создается отрицательное давление. Максимальная податливость барабанной перепонки может быть достигнута при создании в наружном слуховом проходе давления, равного давлению в барабанной полости. Поэтому тимпанограмма сохраняет нормальную конфигурацию, но пик ее оказывается смещенным в сторону отрицательного давления.
P2	-	Интерпретация верна.
P1	-	Интерпретация неполная.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Укажите возможные осложнения при данном состоянии
Э	-	развития хронического тубоотита; перехода воспаления на слизистую оболочку барабанной полости и развития гнойного процесса в полости среднего уха и как следствие — острого гнойного отита; пониженное давление в среднем ухе в течение длительного времени может привести к стойкому втяжению барабанной перепонки, формированию адгезивного отита, что ведет к нарушению подвижности его структур и, как следствие, стойкому нарушению функции слуха.
P2	-	Возможные осложнения указаны верно.
P1	-	Возможные осложнения указаны верно, но не полно
P0	-	Возможные осложнения указаны неверно.
H	-	022
Ф	...	...
Ф	...	...
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент М., 25 лет, обратился с жалобами на ухудшение слуха на оба уха в течение 10 дней, высокочастотный шум в правом ухе. Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм. рт. ст. При осмотре со стороны ЛОР-органов патологических изменений не выявлено. Слуховой паспорт AS: СИИ-, ШП=2м, РР=4 м, АД: СИИ+, ШП=1м, РР=2,5 м, опыт Вебера – латерализация влево, опыт Ринне – положителен. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звуковосприятия с двух сторон (снижение слуха III ст). Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. Клинический анализ крови: RBC- 4,4 x 10 ¹² /л, HGB- 132 г/л, HCT-45%, RDWc- 13,5%, MCV- 88 фл, MCH- 28 пг(pg), MCHC- 260 г/л (g/l), PLT- 320 x 10 ⁹ /л, WBC- 6,8 x 10 ⁹ /л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ-

		12 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая двусторонняя 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 острая нейросенсорная тугоухость, тиннитус справа установлен на основании жалоб больного на снижение слуха на оба уха, шум в правом ухе, данных анамнеза, 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 дальнейшего обследования пациента.
Э	-	Пациенту необходимо: Проведение видеонистагмографии для оценки вестибулярной функции, рентгенограмма шейного отдела позвоночника, ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга с последующей консультацией невролога для исключения нарушений мозгового кровообращения и наличия неврологической патологии.
P2	-	План дальнейшего обследования пациента составлен и обоснован верно.
P1	-	План дальнейшего обследования пациента составлен верно, однако нет обоснования. Либо план составлен неполно.
P0	-	План составлен неверно.
В	4	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. Парамеатальные блокады с прозерин (Синтетическое антихолинэстеразное средство. Обратимо блокирует холинэстеразу, что приводит к накоплению и усилению действия ацетилхолина на органы и ткани и восстановлению нервно-мышечной проводимости.) для стимуляции слухового нерва.
P2	-	План лечения пациента составлен и обоснован верно.
P1	-	План лечения пациента составлен и обоснован не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Каковы дальнейшие необходимые мероприятия.
Э	-	Пациенту необходимо выполнять тональную пороговую аудиометрию и компьютерную видеонистагмографию (калорические тесты) каждые

		полгода для оценки слуховой и вестибулярной функции. Пациенту 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 лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно.
P1	-	Дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно, но неполно.
P0	-	Дальнейшие профилактические меры выбраны неверно.

Н		023
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка Ж, 50 лет, страдающая обратилась к врачу с жалобами на снижение слуха на правое ухо, шум в правом ухе в течение 1 года. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс умеренно напряжен. АД 115/70 мм. рт. ст. При рино- и фарингоскопии – патологических изменений не выявлено. Отоскопически с двух сторон: наружный слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка перламутрово-серая, опознавательные контуры – четкие. Слуховой паспорт АД: СШ+, ШР=1,5м, РР= 2,5м, определяется положительный симптом Благовещенской, опыт Ринне – положителен. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звуковосприятия справа (снижение слуха III ст). Отсутствие ФУНГ. Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. При тимпанограмме: Тип А, наличие ускоренного распада акустического рефлекса при предъявлении стимула справа.(см. рисунок) [[Файл: tympanogram023.jpg]] При КСВП: интервала между пиками I и V 7 мс справа(норма 4 мс.). Вызванная отоакустическая эмиссия на справа не регистрируется, Клинический анализ крови:RBC- 4,2 x 1012/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 109/л, WBC- 7,8 x 109/л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хроническая правосторонняя сенсоневральная тугоухость. Невринома слухового нерва 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 невринома слухового нерва установлен на основании жалоб больной на снижение слуха на правое ухо, шум в правом ухе, данных слухового паспорта и тональной пороговой аудиометрии. Обращает на себя внимание одностороннее поражение, длительность течения заболевания, отсутствие ФУНГ, ускоренный распад акустического рефлекса.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте план обследования пациента.
Э	-	Пациенту необходимо дополнительное обследование в виде: компьютерной томографии височных костей, магнитнорезонансной томографии мосто-мозжечкового угла с целью выявления образования слухового нерва, а также выполнение компьютерной видеонистагмографии для адекватной оценки вестибулярной функции (с обязательным выполнением калорических тестов).

P2	-	План обследования составлен полностью верно.
P1	-	План обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План обследования составлен неверно.
В	4	Объясните наличие или отсутствие ФУНГ при ретрокохлеарном поражении
Э	-	Ретрокохлеарная патология, обычно не сопровождается ФУНГом, поэтому особую важность приобретает определение этого феномена у больных с односторонней сенсоневральной тугоухостью. Однако, необходимо учитывать, что при сдавливании опухолью сосудисто-нервного пучка и, как следствие, нарушении кровообращения во внутреннем ухе ФУНГ может быть обнаружен и при ретрокохлеарном поражении.
P2	-	Объяснение верно.
P1	-	Дан не полный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Укажите методы лечения и возможные осложнения у пациента.
Э	-	При невриноме слухового нерва показаны: лучевая терапия, хирургическое лечение. Осложнением хирургического лечения может быть парез лицевого нерва и глухота.
P2	-	Методы лечения выбраны верно, осложнения указаны верно
P1	-	Методы лечения выбраны верно, осложнения не указаны.
P0	-	Методы лечения выбраны неверно.
Н	-	024
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
Ф	A/04.7	Проведение и контроль эффективности санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий по охране здоровья взрослого населения.
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 40 лет, обратилась с жалобами на ухудшение слуха на оба уха в течение последнего месяца. Также отмечает появление и постепенное усиление высокочастотного шума в ушах. Перенесла острую почечную недостаточность, в связи, с чем получала Фуросемид парентерально в течение 7 дней. В процессе лечения заметила постепенное снижение слуха, появление высокочастотного шума в ушах и шаткость походки. При осмотре со стороны ЛОР-органов патологических изменений не выявлено. Слуховой паспорт AS: СШ+, ШР=2м, РР= 4м, AD: СШ+, ШР=1м, РР= 2,5м, опыт Вебера – латерализация влево, опыт Ринне – положителен. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звуковосприятия с обеих сторон (снижение слуха II и III ст). Клинический анализ крови: RBC- 3,4 × 10 ¹² /л, HGB- 112 г/л, HCT-35%, RDWc- 13,5%, MCV- 88 фл, MCH- 28 пг(pg), MCHC- 210 г/л (g/l), PLT- 240 × 10 ⁹ /л, WBC- 8,8 × 10 ⁹ /л, LY% - 24%, GRA%-72%, MON%- 4%, СОЭ- 15 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Острая двусторонняя нейросенсорная тугоухость справа II степени, слева - III степени (предположительно ототоксической природы).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена не указана возможная причина.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острой двусторонней нейросенсорной тугоухости установлен на основании жалоб больной на снижение слуха на оба уха, шум в ушах, данных анамнеза (а именно – длительности течения заболевания), данных слухового паспорта и тональной пороговой аудиометрии. Обращает на себя внимание природа тугоухости. А именно возникновение нарушений на фоне лечения Фуросемидом (петлевой диуретик, обладающий ототоксическим эффектом).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Какие ототоксические препараты вы знаете.
Э	-	Салицилаты: аспирин и продукты, содержащие аспирин Нестероидные противовоспалительные препараты: Индометацин, флурбипрофен, диклофенак натрия, пироксикам, кетопрофен, напроксен, ибупрофен, амидопирин Антибиотики: Аминогликозиды - стрептомицин, канамицин, неомицин, гентамицин, амикацин, нетилмицин. Эритромицин и его производные. Ванкомицин. Петлевые диуретики: Фуросемид, буметанид, этакриновая кислота, пиретанид, торасемид. Препараты химиотерапии: Цисплатин, азотистый иприт, винкристин. Хинин и препараты на основе хинина: Акрихин. Антидепрессанты: кломипрамин и амитриптилин, прозак, золофт, паксил, феварин также могут привести к звону в ушах
P2	-	Группы препаратов названы верно, приведены примеры.
P1	-	Препараты названы не полностью.
P0	-	Препараты названы неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Пациентке необходимо назначить инфузионно-детоксикационную терапию (Унитиол, Гемодез, Реамберин), а также 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 пациентки составлен и обоснован верно.
P1	-	План лечения пациентки составлен и обоснован не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Каковы дальнейшие необходимые мероприятия.
Э	-	Пациентке необходимо выполнять тональную пороговую аудиометрию и

		компьютерную видеонистагмографию каждые полгода для оценки слуховой и вестибулярной функции. Проходить лечение сенсоневральной тугоухости. 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 лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно.
P1	-	Дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно, но неполно.
P0	-	Дальнейшие профилактические меры выбраны неверно.
Н	-	025
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 35 лет, с жалобами на снижение слуха и шум в ушах. Три года назад отметила снижение слуха после перенесенного острого двустороннего секреторного отита. Появился шум в ушах. Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм. рт. ст. При рино- и фарингоскопии – патологических изменений не выявлено. Отоскопически с двух сторон: наружные слуховые проходы широкие, серных масс нет, втяжение барабанных перепонки, наличие рубцовых изменений. Камертональные тесты: опыт Вебера – латерализация вправо, опыт Ринне – отрицателен, опыт Швабаха – удлинён, опыты Желле и Бинга – отрицательны. При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звукопроводения на оба уха, более выражено справа. При тимпанометрии: [[Файл:tympanogram025.gif]] Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. Клинический анализ крови: RBC- 4,2 × 10 ¹² /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 × 10 ⁹ /л, WBC- 7,8 × 10 ⁹ /л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Адгезивная болезнь среднего уха
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена (не определена форма заболевания).
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз адгезивная болезнь среднего уха установлен на основании данных анамнеза (жалоб больной на снижение слуха, шум в правом ухе), отоскопической картины (широкие слуховые проходы, отсутствие серных масс, втянутая и рубцово измененная барабанная перепонка – Слипчивый процесс в среднем ухе), данных камертональных тестов (опыт Вебера – латерализация вправо, опыт Ринне – отрицателен, опыт Швабаха – удлиннен, опыты Желле и Бинга – отрицательны) и тональной пороговой аудиометрии (выявляется нарушение звуковосприятия).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, не учтены данные отоскопической картины либо результаты камертонального обследования и аудиометрии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Объясните результаты Тимпанометрии у данной пациентки
Э	-	В случае развития адгезивного среднего отита объем секретируемой жидкости резко уменьшается. Вместо этого на стенках барабанной полости, внутренней стороне барабанной перепонки и слуховых косточках откладывается слой фибрина, который с течением времени превращается в фиброзно-рубцовую ткань. Такие изменения приводят к образованию спаек и сращений на слизистых оболочках, снижению дренажной функции слуховой трубы и ограничению подвижности цепи слуховых косточек, что и отражается на тимпанограмме отсутствием подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых костей.
P2	-	Результаты объяснены верно.
P1	-	Объяснение верное, однако недостаточно обосновано.
P0	-	Объяснение дано неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
Э	-	Больной рекомендовано: продувания по Политцеру, электро-/пневмовибромассаж барабанной перепонки с целью восстановления подвижности барабанной перепонки и слуховых косточек; сосудосуживающие средства назальные (називин) для снятия отека и восстановления подвижности слуховой трубы; введение в слуховую трубу ферментных препаратов (химотрипсина, лидазы), активизирующих процессы расщепления веществ, входящих в состав рубцовой ткани; электрофорез лидазы, фермента, активизирующих процессы расщепления рубцовой спаек. При неэффективности консервативной терапии показано оперативное лечение (рассечение спаек, протезирование слуховых косточек).
P2	-	План лечения пациентки составлен верно.
P1	-	План лечения пациентки составлен не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Каков трудовой и социальный прогноз у пациентки.
Э	-	Прогноз в отношении слуха без лечения не благоприятный. Лечение позволяет сохранить социально приемлемый уровень слуха. Условия труда должны исключать резкие смены давления (взлеты – летчик, стюардесса, глубоководные погружения), а также шум и вибрацию.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ дан неверно.
Н	-	026

Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной левосторонний неперфоративный средний отит с выраженным нарушением слуха. Выявлено нарушение барофункции на стороне больного уха. Данное состояние беспокоит в течение недели. На момент осмотра состояние больной удовлетворительное, температура тела 37.5°C. При отоскопии левого уха: заушная область не изменена, область сосцевидного отростка безболезненна при пальпации. НСП широкий, отделяемого нет. Барабанная перепонка отечна, гиперемирована, выбухает, контуры сглажены, за б/п определяются пузырьки воздуха. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована, отечна. В полости носа слева гнойное отделяемое в среднем носовом ходу. На Rg ППН определяется затемнение левой верхнечелюстной пазухи за счет пристеночного отека слизистой с горизонтальным уровнем жидкости. Остальные пазухи носа воздушны. На аудиограмме определяется нарушение слуха, по типу звукопроводения. Слух AS – ШР – 0,5 м. РР - 4 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый левосторонний гнойный верхнечелюстной синусит. Острый левосторонний экссудативный средний отит.
P2	-	Диагноз поставлен верно. Указаны все нозологии.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, упущена часть нозологии или не указан характер процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
Э	-	Диагноз острый левосторонний гнойный верхнечелюстной синусит поставлен на основании риноскопии, при которой обнаружено, что слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована, отечна, в полости носа слева гнойное отделяемое в среднем носовом ходу. Также на основании Rg ППН: определяется затемнение левой верхнечелюстной пазухи за счет пристеночного отека слизистой с горизонтальным уровнем жидкости. Диагноз острого левостороннего экссудативного среднего отита установлен на основании отоскопии, при которой барабанная перепонка отечна, гиперемирована, выбухает, контуры сглажены, за б/п определяются пузырьки воздуха, на основании выявленного нарушения барофункции на стороне больного уха, а на аудиограмме определяется нарушение слуха, по типу звукопроводения.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома при каждом из диагнозов.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое мероприятие необходимо выполнить, при длительном отсутствии перфорации, для предупреждения осложнений?
Э	-	Парацентез барабанной перепонки в задне-нижнем квадранте, для

		обеспечения гнойного оттока из барабанной полости.
P2	-	Ответ дан полностью, с указанием квадранта, в котором нужно производить парацентез.
P1	-	Ответ дан не полностью. Например, мероприятие названо верно, но не указан квадрант.
P0	-	Не названо мероприятие, которое необходимо выполнить.
B	4	Перечислите возможные методы санации верхнечелюстной пазухи
Э	-	Лечебно-диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи, перемещение лекарственных средств по Проетцу, баллонная дилатация, ЯМИК-катетер
P2	-	Ответ дан полностью, перечислены все возможные методы.
P1	-	Ответ дан не полностью. Не указан один из возможных методов санации.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	5	Составте план комплексного лечения больной
Э	-	1. Местное лечение - в нос сосудосуживающие препараты (нафтизин, тизин, називин и др.), антисептические (например, мирамистин), комплексные антибактериальные препараты (полидекса, изофра); - в наружный слуховой проход левого уха турунды с антисептическими или антибактериальными препаратами (например, борный спирт, отинум, ципромед, нормакс, отофа); - с целью санации верхнечелюстной пазухи производится: лечебно-диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи, перемещение лекарственных средств по Проетцу, баллонная дилатация, или используется ЯМИК-катетер. 2. Общее лечение - антибактериальная терапия (защищенные пенициллины: амоксиклав, аугментин, цефалоспорины 3го поколения: цефтриаксон, спектроцеф.) - антигистаминные препараты (например, супрастин, лоратадин, цетрин) - Физиотерапевтическое лечение (КУФ в наружный слуховой проход и полость носа) 3. Микробиологическое исследование отделяемого (пунктата) из верхнечелюстной пазухи с определением чувствительности к антибиотикам.
P2	-	Ответ дан полностью. Лечение указано полностью, приведены примеры препаратов, перечислены лечебные мероприятия.
P1	-	Ответ дан не полностью. Не указано общее или местное лечения, не указаны необходимые лечебные мероприятия.
P0	-	Ответ дан не верно. Лечение полностью не соответствует указанной нозологии.
Н	-	027
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ю., 24 лет жалуется на затруднение носового дыхания, боль в области носа, повышение температуры тела до 37.5°C последние 2 дня. Из анамнеза известно, что пять дней назад получил удар по носу, после чего началось носовое кровотечение. Купировалось самостоятельно. К врачу

		больной не обращался. 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 ШР - 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Нагноившаяся гематома перегородки носа, в стадии абсцедирования
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, не указана стадия процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальный диагноз
Э	-	1.Фурункул носа – фурункул, гнойно-некротическое воспаления волосяного фолликула. В полости носа волосяные фолликулы имеются только в преддверии носа. Соответственно, патологический процесс может локализоваться только в этой области. У данного больного инфильтрация в области перегородки носа. 2. Искривление носовой перегородки – отсутствуют явления воспаления в полости носа, флюктуации мягких тканей в области инфильтрата и общие симптомы интоксикации. 3. При гематоме носовой перегородки будет схожая риноскопическая картина - инфильтрации мягких тканей в области перегородки носа, при зондировании определяется флюктуация. Но отсутствуют явления общей интоксикации – повышение температуры тела, лейкоцитоз.
P2	-	Перечислены все нозологий, дано исчерпывающее объяснение.
P1	-	Отсутствует 1 из перечисленных нозологий.
P0	-	Отсутствует 2 и более из перечисленных нозологий.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз абсцесс перегородки носа поставлен на основании жалоб пациента на затруднение носового дыхания, боль в области носа; на основании данных анамнеза – травма носа с последующим кровотечением; на основании 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; изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	4	Тактика лечения
Э	-	1. Местное лечение: - вскрытие и дренирование абсцесса полулунным разрезом с

		последующим дренажом; - тугая тампонада полости носа с 10% раствором NaCl; 2. Общее лечение: - антибактериальная терапия (защищенные пенициллины: амоксилав, аугментин, цефалоспорины 3го поколения: цефтриаксон, спектроцеф.) - антигистаминные препараты (супрастин, цетрин) - Физиотерапевтическое лечение (КУФ, УВЧ)
P2	-	Предложено правильное лечение
P1	-	Лечение предложено правильно, однако, оно не полное, отсутствует местное или общее лечение.
P0	-	Лечение предложено полностью неверно, или не названа значительная часть необходимых препаратов и манипуляций.
В	5	Профилактика осложнений
Э	-	1. Избегать переохлаждений 2. Санация очага инфекции 3. Общеукрепляющая терапия
P2	-	Методы профилактики указаны верно.
P1	-	Профилактика выбрана верно, но некоторые пункты упущены.
P0	-	Профилактика выбрана полностью неверно.
Н	-	028
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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 ШР - 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.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Искривление перегородки носа. Вазомоторный ринит
P2	-	Диагноз поставлен верно. Указаны все нозологии.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например, указано только одна нозология.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

		Обоснуйте их назначение.
Э	-	Рентгенографию придаточных пазух носа или компьютерную томографию ППН, для исключения патологического процесса в околоносовых пазухах; риноцитограмму для исключения воспалительного или аллергического характера слизи, микробиологическое исследование отделяемого из носа с определением чувствительности к антибиотикам, анализ крови (эозинофилия и общий иммуноглобулин Е).
P2	-	Перечислены все необходимые дополнительные методы исследования, обоснована необходимость их выполнения.
P1	-	Названы не все методы или не обоснована их необходимость
P0	-	Методы указаны не верно
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз искривления перегородки носа с нарушением функции дыхания, вазомоторный ринит установлен на основании жалоб больного на постоянное затруднение носового дыхания, головные боли; данных анамнеза жизни: травма носа 5 лет назад, пациент постоянно пользуется сосудосуживающими средствами; данных риноскопии: определяется резкое искривление перегородки носа вправо, слизистая оболочка полости носа розовая, влажная; слизистая оболочка нижних носовых раковин набухшая, синюшная.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	4	Возможные причины возникновения затруднения дыхания.
Э	-	В данной задаче основной причиной затруднения носового дыхания является искривление носовой перегородки, возникшее в результате травмы носа, и повлекшее за собой развитие вазомоторного ринита. Пациент усугублял свое состояние постоянным применением сосудосуживающих средств.
P2	-	Указаны все причины возникновения затруднения дыхания.
P1	-	Основная причина указана, одна из второстепенных причина не указана.
P0	-	Причины не указаны или указаны не верно.
В	5	Тактика лечения.
Э	-	Оперативное лечение в плановом порядке. Операция: септопластика и вазотомия нижних носовых раковин.
P2	-	Тактика лечения указана верно.
P1	-	Тактика лечения указана верно, однако не указана срочность операции. Тактика лечения указана верно, но не в полном объеме.
P0	-	Тактика лечения указана не верно
Н	-	029
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ

		НА ВОПРОСЫ
У	-	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 форма носа изменена за счет отека 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 – ШР - 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. На рентгенограмме костей носа в двух проекциях определяется перелом костей носа без смещения костных отломков.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Закрытый перелом костей носа без смещения костных отломков. Реактивный отек мягких тканей лица. Носовое кровотечение.
P2	-	Диагноз поставлен верно. Указаны все нозологии.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, упущена часть нозологии
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза?
Э	-	1. Рентгенография или компьютерная томография придаточных пазух носа, для исключения гематосинуса. 2. Консультация врача-невролога, для исключения закрытой черепно-мозговой травмы 4. Биохимический анализ отделяемого из носа на содержание глюкозы, для определения ликвореи. При положительном результате необходима консультация нейрохирурга.
P2	-	Перечислены необходимые дополнительные методы исследования и консультации специалистов, обоснована необходимость их назначения.
P1	-	Дополнительные методы исследования и консультации специалистов указаны не в полном объеме или не обоснована необходимость их назначения.
P0	-	Дополнительные исследования названы не верно.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз закрытый перелом костей носа без смещения костных отломков, реактивный отек мягких тканей лица, носовое кровотечение поставлен на основании анамнеза: сильное носовое кровотечение, которое началось сразу после того, как пациент получил удар по носу твердым предметом; данных осмотра: форма носа изменена за счет отека мягких тканей лица, определяется инфильтрация мягких тканей, подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации этой области, в носовых ходах – тампоны, пропитанные кровью, по задней стенке глотки стекает кровь.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование

		основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	4	Перечислите методы остановки кровотечений.
Э	-	Для остановки носового кровотечения применяется: холодный компресс на область носа и затылка; носовые тампоны, пропитанные 3% перекисью водорода, либо аминокaproновой кислотой; гемостатическая губка. При не купированном обильном носовом кровотечении прибегают к передней тампонаде полости носа. В случаях, когда она не эффективна, выполняют заднюю тампонаду. Последующий метод - перевязка наружной сонной артерии.
P2	-	Дан правильный ответ. Указаны все методы купирования носового кровотечения.
P1	-	Дан правильный ответ, но не указаны один или два метода.
P0	-	Методы указаны не верно.
B	5	Необходимо ли выполнять данному пациенту репозицию костей носа? Обоснуйте Ваш ответ
Э	-	В выполнении репозиции костей носа нет, так как у данного пациента нет смещения костных отломков, что подтверждается результатами рентгенографии.
P2	-	Дан правильный ответ с его обоснованием.
P1	-	Дан правильный ответ, но он не обоснован или обоснован неверно.
P0	-	Дан неверный ответ.
H	-	030
Ф	A/01.7	
Ф	A/02.7	
Ф	A/05.7	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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.
B	1	Поставьте диагноз

Э	-	Лакунарная ангина.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, не указана форма ангины.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	С каким заболеванием чаще всего приходится дифференцировать данную патологию?.
Э	-	Лакунарную ангину необходимо дифференцировать от дифтерии глотки. При дифтерии, в отличие от лакунарной ангины, небные миндалины покрыты налетом в виде плотных пленок серого цвета, выступающих за пределы небных миндалин. Налеты плохо отделяются от поверхности миндалин, в стакане с водой опускаются на дно. Налет при лакунарной ангине никогда не выступает за пределы небных миндалин, растворяется в воде.
P2	-	Дан полный, исчерпывающий ответ.
P1	-	Ответ правильный, но не указан какой-либо из признаков..
P0	-	Ответ неверен.
В	3	Обоснуйте установленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз лакунарная ангина установлен на основании жалоб на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, на повышение температуры тела, общее недомогание, головную боль, отсутствие аппетита; на основании анамнеза: заболела 3 дня назад после переохлаждения; данных фарингоскопии: яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек, миндалин и задней стенки глотки, небные миндалины увеличены в объеме, на поверхности миндалин белые налеты, которые легко снимаются; анализа крови: ускорения СОЭ, лейкоцитоза.
P2	-	Диагноз обоснован правильно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	4	Тактика лечения.
Э	-	1. Местное лечение - полоскание горла антисептическими и противовоспалительными растворами, например: мирамистин, фурацилин, ОКИ. 2. Общее лечение: - антибактериальная терапия (защищенные пенициллины: амоксиклав, аугментин; цефалоспорины 3го поколения: цефтриаксон, спектроцеф.) - антигистаминные препараты, например: супрастин, лоратадин, эриус и др. - жаропонижающие препараты (НПВС, парацетамол) - антиоксидантные препараты (витамин С)
P2	-	Дан правильный ответ. Лечение указано верно.
P1	-	Лечение указано верно, но не полно: не указана одна из групп препаратов.
P0	-	Ответ дан неверно.
В	5	Возможные осложнения.
Э	-	В остром периоде: - паратонзиллярный абсцесс

		- заглоточный абсцесс - острый гнойный лимфаденит - флегмона шеи - сепсис -менингит В отдаленном периоде -Ревматизм -Гломерулонефрит -Артрит
P2	-	Перечислены все осложнения.
P1	-	Указаны более 5 осложнений.
P0	-	Указано менее 3 осложнений.
Н	-	031
Ф	A/01.7	
Ф	A/02.7	
Ф	A/05.7	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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 ШР -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.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Паратонзиллярный абсцесс справа.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз установлен не полностью, например не указана сторона процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальный диагноз.
Э	-	Односторонняя припухлость в глотке, с яркой гиперемией и отёком слизистой оболочки, похожая на паратонзиллит, может наблюдаться при дифтерии и скарлатине, с которыми проводят дифференциальную

		диагностику. При дифтерии, как правило, бывают налеты в глотке и отсутствует тризм жевательной мускулатуры, а в мазке определяются <i>Corynebacterium diphtheriae</i> . Для скарлатины характерны сыпь и определенные эпидемиологические данные. Иногда приходится дифференцировать паратонзиллит и рожистое воспаление глотки, при котором могут наблюдаться характерная диффузная гиперемия и отёчности слизистой оболочки, которая представляется блестящей, напряжённой. Однако для рожистого воспаления характерно течение без тризма и отсутствие характерного вынужденного положения головы; боль в горле обычно менее интенсивна; нередко одновременно с рожей глотки, бывает рожа лица.
P2	-	Дан правильный обоснованный ответ
P1	-	Указано только две нозологии.
P0	-	Указано менее двух нозологий
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании жалоб пациента 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, на основании анамнеза: считает себя больным в течение 4 дней после перенесенной катаральной ангины, на основании объективного статуса при котором голос имеет гнусавый оттенок, рот открывает с трудом, определяется яркая гиперемия слизистой оболочки глотки, инфильтрация тканей в правой околоминдаликовой области, смещение правой миндалины к средней линии, резкую отечность и смещение язычка несколько влево, анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз.
P2	-	Диагноз обоснован полностью.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно
В	4	Тактика лечения.
Э	-	При отечной и инфильтративной стадиях в первые 2-3 дня заболевания показана противовоспалительная терапия - в основном антибиотики пенициллинового (амоксиклав, феноксиметилпенициллин), цефалоспоринового ряда (цефазолин, клафоран), или макролиды (кларитромицин и др.), дезинтоксикационная терапия; антигистаминная терапия; жаропонижающие средства и анальгетики. Наличие паратонзиллита в стадии абсцедирования является показанием для экстренного оперативного вмешательства - вскрытия паратонзиллярного абсцесса, или абсцессотомии, с одновременным назначением противовоспалительной терапии.
P2	-	Указаны все виды лечения.
P1	-	Не указано 2 группы препаратов, или показания для вскрытия.
P0	-	Нет ответа.
В	5	Возможные осложнения.
Э	-	- заглоточный абсцесс - острый гнойный лимфаденит - флегмона шеи

		- сепсис -менингит
P2	-	Перечислены все возможные осложнения.
P1	-	Осложнения указаны правильно, но не полностью.
P0	-	Осложнения не указаны или указаны не верно.
Н	-	032
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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 ШР -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.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Левосторонняя язвенно-некротическая ангина ()
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, например не указана сторона поражения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
Э	-	Язвенно-некротическую ангину Симановского-Плаута-Венсана необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: дифтерией глотки, сифилисом (шанкр амигдалит), туберкулезной язвой, системными заболеваниями крови, опухолями миндалин. Данные микробиологического исследования, специфические пробы и характерный анамнез позволяют уточнить диагноз.
P2	-	Ответ полный, перечислены все нозологии.
P1	-	Ответ правильный, но не полный. Указаны не все нозологии.
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Предрасполагающие факторы развития.
Э	-	Предрасполагающими к развитию ангины Симановского-Венсана могут явиться различные факторы, снижающие общую и местную резистентность

		организма - перенесенные острые и хронические инфекционные заболевания, заболевания крови, авитаминоз. Из местных предрасполагающих факторов можно назвать кариозные зубы, болезни десен, ротовое дыхание и др.
P2	-	В ответе указаны общие факторы и местные.
P1	-	В ответе указаны не все общие или местные факторы.
P0	-	Предрасполагающие факторы указаны неверно.
В	4	Тактика лечения.
Э	-	Проводят общую и местную терапию: уход за полостью рта, санация кариозных зубов и околодесневых карманов. Производят очищение язвы миндалин от некроза и обработку ее антисептиками. Учитывая спирохетоцидное действие пенициллина, эффективна пенициллинотерапия в течение 6-8 дней. Необходима общеукрепляющая терапия, борьба с авитаминозом. При склонности к рецидивам и безуспешности средств профилактики может потребоваться тонзиллэктомия.
P2	-	Лечение указано в полном объеме.
P1	-	Указана только общая терапия, либо только местная.
P0	-	Терапия не указана, либо указан полностью неверно.
В	5	Возможные осложнения.
Э	-	1. заглоточный абсцесс 2. острый гнойный лимфаденит 3. флегмона шеи 4. сепсис 5. менингит
P2	-	Указаны 4 и более осложнений.
P1	-	Указано 3 осложнения.
P0	-	Указано менее 3 осложнений.
Н		033
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка Н., 52 года, болеет 3 день, обратился к врачу с жалобами на резкий подъем температуры тела до 40 градусов, появление покраснения на носу, щеке с переходом на подбородок и шею, чувства жжения, зуда в пораженной области, увеличение и болезненность шейных лимфоузлов. Из анамнеза известно, что неделю назад переболел лакунарной ангиной. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,2 градуса, кожные покровы лица, подбородка, шеи гиперемизированы, отечны, болезненны края гиперемии валиобразно возвышаются, имеют фестончатую форму, при надавливании краснота полностью не исчезает, шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Лор органы без воспалительной патологии. Клинический анализ крови: лейкоциты 16,2 10⁹ /л., СОЭ 66 мм/час; лейкоцитарная формула: п/я-9, с/я 65,2 %, лимфоциты 12,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 %

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Рожистое воспаление лица, эритематозная форма
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, не указан характер или стадия процесса.
P0	-	Диагноз поставлен не верно.
В	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	Указанный диагноз поставлен на основании жалоб больного, клинической картины, анамнеза заболевания (резкое начало заболевания, перенесенная стрептококковая инфекция), клинические данные. Эритематозная форма, в пользу данной формы - отсутствие скопления экссудата под эпидермисом в виде пузырей (буллезная форма), отсутствие гнойных пузырей (пустулезная форма), нет скоплений геморрагического экссудата (геморрагическая форма).
P2	-	Диагноз обоснован полностью. 2 балла по вопросу 2
P1	-	Диагноз обоснован частично. Упущены данные анамнеза или клинического осмотра: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Диагноз обоснован не верно: 0 баллов по вопросу 2
В	3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
Э	-	Острая экзема лица: отсутствие общей реакции организма, процесс захватывает все лицо сразу (рожистое воспаление имеет этапный характер распространения), плавный переход от пораженного участка к здоровому. Инфекционный эритема: кожа в области красноты плоская, безболезненная, гиперемия исчезает при надавливании.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью, перечислены не все отличительные признаки/не все заболевания
P0	-	Ответ дан не верно.
В	4	Укажите возможные осложнения данного состояния.
Э	-	1. Переход в буллезную, пустулезную, крустовую, геморрагическую, флегманоно-гангренозную формы. 2. Язвы и некрозы кожи 3. Нарушения лимфообразования (слоновость). 4. Нефрит 5. Миокардит
P2	-	Ответ указан полностью
P1	-	Ответ указан не полностью, указаны не все осложнения
P0	-	Ответ дан неправильно
В	5	Составте план лечения
Э	-	Первые три дня - ультрафиолетовое облучение. Пенициллин, бициллин-5 (антибиотики, к которым гемолитический стрептококк чувствителен), при упорных рецидивах - комбинация антибиотиков с преднизолоном (снижение общей воспалительной реакции организма).
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью, перечислены не все виды лечения.

P0	-	Ответ дан не верно
Н		034
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент А., 32 года, болеет 4 день, обратился к врачу с жалобами на боль при глотании, подъем температуры тела до 37,2, появление налетов на миндалинах. Из анамнеза известно, у больного имеется кариозное поражение зубов, страдает алиментарной дистрофией. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 градуса. При фарингоскопии: правая миндалина увеличена в размерах, гиперемирована, покрыта желтым налетом, который легко удаляется. Под ним - незначительно кровоточащая язва с серовато-желтым дном и с неровными краями. Другие Лор органы без воспалительной патологии. Клинический анализ крови: лейкоциты 9,1 10⁹ /л., СОЭ 66 мм/час; лейкоцитарная формула: п/я-9, с/я 65,2 %, лимфоциты 12,3%, эозинофилы-3,1 %, моноциты-10 %, базофилы-0,4 % Бактериальное исследование со скоба с пораженной миндалины: рост колоний веретенообразной палочки и спирохеты обыкновенной.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Ангина Симановского-Пло-Венсана(язвенно-пленчатая ангина)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью(не по Автору)
P0	-	Диагноз поставлен не верно.
В	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	Наличие характерного возбудителя(веретенообразная палочка, спирохета), наличие налетов, язв. Алиментарная дистрофия и кариозное поражение зубов в анамнезе. Диспропорция между выраженными изменениями в глотке и нетяжелым состоянием больного.
P2	-	Диагноз обоснован полностью. 2 балла по вопросу 2
P1	-	Диагноз обоснован частично. Упущены данные анамнеза или клинического осмотра: 1 балл по вопросу 2
P0	-	Диагноз обоснован не верно: 0 баллов по вопросу 2
В	3	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
Э	-	1. Дифтерия зева 2. Сифилис 3. Туберкулез 4. Изъязвившейся опухолью миндалины
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью, перечислены не все заболевания
P0	-	Ответ дан не верно.
В	4	Укажите возможные осложнения данного состояния.
Э	-	Перфорация твердого неба, разрушение десен, обширный некроз миндалин, аррозивные кровотечения.
P2	-	Ответ указан полностью
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны не все осложнения
P0	-	Ответ дан неправильно

В	5	Составте план лечения
Э	-	Полоскание горла раствора перекиси водорода, перманганата калия(антисептический эффект) нанесение на язву порошка осарсола(препарат эффективный при спирохетозах)
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью, перечислены не все виды лечения.
P0	-	Ответ дан не верно
Н		035
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 55 лет, страдающая артериальной гипертензией (несмотря на рекомендации врачей гипотензивную терапию не получала), обратилась к врачу с жалобами резкое снижение слуха на оба уха, шум, напоминающий писк, в правом ухе. Описанные жалобы возникли внезапно 7 дней назад после ссоры с на работе. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс умеренно напряжен. АД 170/100 мм. рт. ст. При рино- и фарингоскопии – патологических изменений не выявлено. Отоскопически с двух сторон: наружный слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка перламутрово-серая, опознавательные контуры – четкие. Слуховой паспорт АД: СШ+, ШР=2,5м, РР= 3,5м, опыт Ринне – положителен. AS: СШ-, ШР=3м, РР= 5м, опыт Ринне – положителен.опыт Вебера – латерализация влево При аудиометрии: слуховая функция нарушена по типу звуковосприятия справа (снижение слуха III ст. справа и II ст. слева). Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. Клинический анализ крови:RBC- 4,2 x 1012/л, HGB- 128 г/л, HCT-44%, RDWс- 13,5%, MCV- 88 фл, MCH- 28 пг(pg), MCHC- 260 г/л (g/l), PLT- 240 × 109/л, WBC- 7,8 × 109/л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 34МЕ, АСТ- 28МЕ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая двусторонняя 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 оба уха, 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 дальнейшего обследования пациента.
Э	-	Пациенту необходимо дополнительное обследование в виде: компьютерной томографии височных костей, магнитнорезонансной томографии мосто-мозжечкового угла с целью выявления образования

		слухового нерва, а также выполнение компьютерной видеонистагмографии для адекватной оценки вестибулярной функции (с обязательным выполнением калорических тестов).
P2	-	План дальнейшего обследования пациента составлен и обоснован верно.
P1	-	План дальнейшего обследования пациента составлен верно, однако нет обоснования. Либо план составлен неполно.
P0	-	План лечения составлен неверно.
B	4	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. При обнаружении невриномы – необходимо хирургическое лечение.
P2	-	План лечения пациента составлен и обоснован верно.
P1	-	План лечения пациента составлен и обоснован не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Каковы дальнейшие необходимые мероприятия.
Э	-	Пациенту необходимо выполнять КТ височных костей и МРТ мозжечкового угла 1 раз в полгода. Тональную пороговую аудиометрию и компьютерную видеонистагмографию (калорические тесты) каждые полгода для оценки слуховой и вестибулярной функции. Проходить лечение хронической сенсоневральной тугоухости. Пациенту 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 лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно.
P1	-	Дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия выбраны верно, но неполно.
P0	-	Дальнейшие профилактические меры выбраны неверно.
Н		036
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент Ш., 23 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боль в подъязычной области, отек, боль, которая усиливается при глотании, повороте головы, попытке разговора. Из анамнеза известно: за 15 минут до прибытия экипажа скорой помощи получил удар тупым предметом в область шеи.

		При осмотре: В проекции подъязычной кости определяется подкожная гематома, при пальпации - эмфизема и крепитация с подвижностью отломков подъязычной кости. Клинический анализ крови: RBC- 4,2 x 10 ¹² /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 ⁹ /л, WBC- 7,8 x 10 ⁹ /л, LY% - 36%, GRA%-60%, MON%- 4%, СОЭ- 10 мм/ч.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Перелом подъязычной кости.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании жалоб больного на боли в проекции подъязычной кости, усиливающиеся при глотании, попытке разговора, наличия травмы в анамнезе, наличия крепитации и подвижности костных отломков.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения пациента.
Э	-	1. Пациенту необходимо провести рентгенологическое исследование шеи. 2. Выполнить репозицию костных отломков мануально с иммобилизацией головы и шеи при помощи шейно-плечевого корсета. 3. При неэффективно мануальной репозиции - хирургическая репозиция.
P2	-	План дальнейшего ведения пациента составлен и обоснован верно.
P1	-	План дальнейшего ведения пациента составлен верно, однако нет обоснования. Либо план составлен неполно.
P0	-	План лечения составлен неверно.
В	4	Каков прогноз при данном состоянии, дайте обоснование
Э	-	В первые часы после травмы прогноз сомнительный из-за возможности возникновения асфиксии, а при разрыве глотки - массивной кровопотери
P2	-	Прогноз дан верно.
P1	-	Прогноз обоснован не полностью.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Разрыв каких сосудов может приводить к кровотечению при данном состоянии.
Э	-	Повреждения ветвей язычной и верхней щитовидной артерии
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Ответ не полный, не указана одна из артерий.
P0	-	Ответ не верный.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	037
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

		ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной З., 51 год поступил в ЛОР отделение с жалобами на разлитую головную боль, снижение слуха и шум в правом ухе. 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 задне-верхней стенки наружного слухового прохода, барабанная перепонка гиперемирована, не контурирована. Слух AD–ШП-0 м. РР-2 м. 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 аудиометрия. [[Файл:audiogram037.jpg]]
В	1	Поставьте больному диагноз.
Э	-	Острый правосторонний гнойный средний отит. Осложненный правосторонним мастоидитом. Вторичный менингит.
P2	2 балла	Диагноз поставлен полностью верно.
P1	1 балл	Диагноз поставлен не точно, упущен характер процесса.
P0	0 балл	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	При дифференциальной диагностике важно иметь в виду, что при мастоидите припухлость находится обычно в верхней части площадки сосцевидного отростка, несколько отступя от линии прикрепления ушной раковины. При фурункуле же эта линия сглажена, припухлость захватывает её и. При мастоидите отсутствует болезненность при дотрагивании до ушной раковины и козелка, при фурункуле она имеется. Слух при фурункуле нормальный или слегка понижен, при мастоидите значительно понижен. При мастоидите сужение наружного слухового прохода происходит только в костной части, при наружном отите – в перепончато-хрящевом отделе. Барабанная перепонка при фурункуле имеет более или менее нормальный вид, а при мастоидите она изменена. У маленьких детей иногда наблюдается нагноение заушных лимфатических узлов с образованием абсцесса. Если при этом имеется гнойный средний отит, то для дифференциации с мастоидитом могут быть использованы следующие признаки: при лимфадените абсцесс образуется в заднем отделе сосцевидного отростка, кожа истончена, ярко-красного цвета, нередко просвечивает гной. Против мастоидита говорит также наличие увеличенных лимфатических узлов на сосцевидном отростке

		другого уха или в других местах. Для дифференциальной диагностики между верхушечно-шейной формой мастоидита и шейным лимфаденитом имеют значение следующие моменты: при лимфадените отоскопическая картина и слух нормальны, при мастоидите имеются более или менее заметные изменения барабанной перепонки и значительное понижение слуха. При верхушечной форме мастоидита припухлость верхушки переходит на шею без резкой границы, при лимфадените же инфильтрат отграничен от верхушки. При мастоидите надавливание на припухлость у верхушки сосцевидного отростка нередко сопровождается появлением гноя из уха, чего не может быть при лимфадените.
P2	2 балла	Дифференциальный диагноз проведен полностью верно и обоснован.
P1	1 балл	Недостаточно заболеваний для дифференциального диагноза.
P0	0 балл	Дифференциальный диагноз проведен неправильно.
В	3	Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному для постановки окончательного диагноза.
Э	-	Рентгенологическое исследование височных костей (с укладкой по Шуллеру, Майеру) / МСКТ височных костей – для исключения деструкции височной кости, посев отделяемого из уха для уточнения возбудителя и определения чувствительности к антибактериальным препаратам, люмбальная пункция с исследованием пунктата спинномозговой жидкости и его посев для исключения/подтверждения менингита, консультация невролога.
P2	2 балл	Дополнительные методы исследования перечислены правильно и обоснованы.
P1	1 балл	Дополнительные методы исследования перечислены не полностью
P0	0 балл	Перечислены неправильные дополнительные методы исследования
В	4	Составьте план комплексного лечения. Показано ли оперативное вмешательство?
Э	-	Лечебная тактика при мастоидите зависит от его этиологии, стадии воспалительного процесса и наличия осложнений .Медикаментозная терапия мастоидита проводится антибиотиками широкого спектра действия (защищенные пенициллины, цефалоспорины II-III поколения, фторхинолоны, макролиды и др.). Антигистаминные, противовоспалительные, детоксикационные, иммунокорректирующие препараты. Мастоидит в экссудативной стадии может быть излечен консервативным путем. Мастоидит пролиферативно-альтеративной стадии требует хирургического вскрытия сосцевидного отростка (<u>антромастоидотомии</u>) для ликвидации гноя и послеоперационного дренирования. При отогенной природе менингита показана <u>санирующая операция</u> на среднем ухе.
P2	2 балл	Комплексное лечение составлено правильно и обосновано.
P1	1 балл	Комплексное лечение составлено не полностью
P0	0 балл	Комплексное лечение составлено неправильно
В	5	Перечислите возможные осложнения.
Э	-	Распространение гнойного воспаления в сосцевидном отростке зависит от типа строения сосцевидного отростка, наибольшее распространение гнойного процесса определяется при пневматизированом типе строения.. Воспаление перисинуозной группы ячеек приводит к поражению сигмовидного синуса с развитием <u>флебита и тромбофлебита</u>. Гнойное разрушение перифациальных ячеек сопровождается <u>невритом лицевого</u>

		<u>нерва</u>, перилабиринтных — <u>гнойным лабиринтитом</u>. Верхушечные мастоидиты осложняются затеканием гноя в межфасциальные пространства шеи, в результате чего воспалительный процесс может распространяться в средостение и вызвать появление гнойного <u>медиастинита</u>. Распространение воспалительного процесса в полость черепа приводит к возникновению: отогенного <u>менингита</u>, <u>абсцесса головного мозга</u>, <u>энцефалита</u>, абсцесса мозжечка. Поражение пирамиды височной кости обуславливает развитие петрозита. Переход гнойного воспаления на скуловой отросток опасен дальнейшим заносом инфекции в глазное яблоко с возникновением <u>эндофтальмита</u>, <u>панофтальмита</u> и <u>флегмоны глазницы</u>. У детей, особенно младшего возраста, мастоидит может осложниться формированием <u>заглоточного абсцесса</u>. Кроме того, при мастоидите возможно гематогенное распространение инфекции с развитием <u>сепсиса</u>.
P2	2 балл	Перечислены все возможные осложнения
P1	1 балл	Возможные осложнения перечислены не полностью, не обоснованы.
P0	0 балл	Осложнения перечислены не верно

Н	-	038
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	Больная 26 лет жалуется на снижение слуха, гнойные выделения из уха, боль левого уха. Ухо впервые заболело в детстве после кори. С тех пор отмечает снижение слуха на левое ухо. Ежегодно беспокоят обострения, во время которых слух ухудшается, возникают гноетечение из уха, боль в ухе. Настоящее обострение началось неделю назад после перенесенного ОРВИ. Объективно: слизистая оболочка полости носа и глотки незначительно гиперемированы. Отоскопия: левое ухо – гнойное отделяемое в слуховом проходе, определяется перфорация перепонки в мезотимпануме около 4 мм в диаметре, остатки перепонки умеренно гиперемированы. Болезненности при пальпации сосцевидных отростков нет. Слух понижен только на левое ухо по типу нарушения звукопроводения. Вестибулярных расстройств не обнаружено. 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 околоносовых пазух прилагается. [[Файл:Rg 038.jpg]] На тональной аудиограмме выявлены следующие изменения: правое ухо [[Файл:right ear 038.jpg]] левое ухо:[[Файл:left ear 038.jpg]]

В	1	Поставьте больному диагноз
Э	-	Хронический левосторонний туботимпанальный гнойный средний отит, обострение.
P2	2 балла	Диагноз поставлен верно.
P1	1 балл	Диагноз поставлен не полностью, не указан характер процесса.
P0	0 балл	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	Дифференциальная диагностика. 1. Хронический эптитимпанит, при котором отмечается участки краевой перфорации барабанной перепонки преимущественно в эптитимпануме, с участками деструкции костной ткани. 2. Гистиоцитоз преимущественно у детей. Признаки гистиоцитоза: - изолированное или системное поражение костной ткани с множественными дефектами, секвестрацией и участками гнойного расплавления; - разрастание специфической грануляционной ткани (эозинофильная гранулема); - тотальная лимфаденопатия с гепатоспленомегалией; - поражение кожных покровов; экзофтальм как результат образования ксантомных узлов в передней черепной ямке по ходу зрительного нерва; поражение плоских костей черепа (в первую очередь височной). 3. Саркома среднего уха: круглоклеточная, веретенообразная саркома и лимфоангиосаркома. Она чаще возникает как первичная опухоль в раннем детском возрасте. В наружном слуховом проходе выявляются бледно-розовые кровоточащие грануляции, биопсия позволяет поставить точный диагноз. На распространение процесса указывают данные МСКТ височной кости. Лечение лучевое и хирургическое, но его эффективность невысокая из-за быстрого метастазирования.
P2	2 балла	Дифференциальная диагностика у данного пациента проведена правильно.
P1	1 балл	Дифференциальная диагностика у данного пациента проведена не полностью, перечислены не все нозологии.
P0	0 балл	Дифференциальная диагностика проведена неправильно
В	3	Перечислите дополнительные методы исследования
Э	-	-Определение степени проходимости слуховых труб (1 степень- Проба с простым глотанием, 2 степень – Проба Тойинби (глотание с закрытыми носовыми ходами), 3 степень – Проба Вальсальвы (продувание воздуха при закрытых носовых ходах), 4 степень – продувание по Политцеру, 5 степень – катетеризация глоточного устья слуховой трубы) -Акустическая тимпанометрия (для определения типа тимпанометрической кривой) -МСКТ височных костей для исключения деструктивных изменений костных структур

P2	2 балл	Дополнительные исследования перечислены верно, обоснованы.
P1	1 балл	Дополнительные исследования перечислены не полностью и не обоснованы.
P0	0 балл	Дополнительные исследования перечислены не верно
B	4	Оставьте план комплексного лечения. Показано ли оперативное вмешательство?
Э	-	Системная антибактериальная терапия целесообразна лишь в период обострения хронического гнойного среднего отита. Местное лечение хронического гнойного отита включает: туалет наружного слухового прохода; введение в барабанную полость лекарственных средств обладающих антибактериальным и противовоспалительным компонентами. В хирургическом лечении хронических гнойных средних отитов различают два вида операций. 1. Санирующие операции, которые направлены на элиминацию гнойно-деструктивного очага в ухе. Цель этих операций предотвратить возникновение отогенных осложнений. 2. Слухоулучшающие операции — тимпанопластика. Тимпанопластика — это хирургическое возобновление разрушенной патологическим процессом звукопроводимой системы среднего уха с целью улучшения слуховой функции. Ранее в России и постсоветском пространстве использовали 5 типов тимпанопластики по Вульштейну. На сегодняшний день с появлением титановых и тефлоновых костных протезов наиболее часто используются первые два типа с сохранением стремени.
P2	2 балл	План комплексного лечения составлен правильно
P1	1 балл	План комплексного лечения изложен не полностью
P0	0 балл	План комплексного лечения составлен неправильно
B	5	Перечислите возможные осложнения
Э	-	Распространение гнойного воспаления в сосцевидном отростке зависит от типа строения сосцевидного отростка, наибольшее распространение гнойного процесса определяется при пневматизированном типе строения.. Воспаление перисинуозной группы ячеек приводит к поражению сигмовидного синуса с развитием <u>флебита и тромбофлебита</u>. Гнойное разрушение перифациальных ячеек сопровождается <u>невритом лицевого нерва</u>, перилабиринтных — <u>гнойным лабиринтитом</u>. Верхушечные мастоидиты осложняются затеканием гноя в межфасциальные пространства шеи, в результате чего воспалительный процесс может распространяться в средостение и вызвать появление гнойного <u>медиастинита</u>. Распространение воспалительного процесса в полость черепа приводит к возникновению: отогенного <u>менингита</u>, <u>абсцесса головного мозга</u>, <u>энцефалита</u>, абсцесса мозжечка. Поражение пирамиды височной кости обуславливает развитие петрозита. Переход гнойного воспаления на скуловой отросток опасен дальнейшим заносом инфекции в глазное яблоко с возникновением <u>эндофтальмита</u>, <u>панофтальмита</u> и <u>флегмоны глазницы</u>. У детей, особенно младшего возраста, мастоидит может осложниться формированием <u>заглочного абсцесса</u>. Кроме того, при мастоидите возможно гематогенное распространение инфекции с развитием <u>сепсиса</u>.
P2	2 балл	Перечислены все возможные осложнения
P1	1 балл	Возможные осложнения перечислены не полностью, не обоснованы.

P0	0 балл	Осложнения перечислены не верно

Н	-	039
Ф		,
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н. 24 года, госпитализирован по поводу гноетечения из левого уха, снижения слуха на левое ухо. Из анамнеза известно, что данное состояние беспокоит больного в течении 3-х дней, после сильного переохлаждения, которое сопровождалось изначально выраженными болями в левом ухе. Общее состояние удовлетворительное Отоскопия: AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, в котором определяется гнойное отделяемое, барабанная перепонка втянута контуры сглажены, дефект в задне- верхнем отделе. Слух AS – ШП – 0,5 м. PP - 4 м. AD - заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серая, опознавательные контуры сохранены. Слух AD – ШП – 6,0 м. PP – более 6,0 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.
В	1	Поставьте больному диагноз.
Э	-	Острый левосторонний перфоративный гнойный средний отит.
P2	2 балла	Диагноз поставлен верно.
P1	1 балл	Диагноз поставлен не полностью, не указана стадия или характер процесса.
P0	0 балл	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
Э	-	Дифференциальную диагностику проводят в отношении мирингита (воспаления барабанной перепонки как осложнения острого наружного отита), с острым катаральным средним отитом, наружным средним отитом и фурункулом наружного слухового прохода, герпетическим воспалением и обострением хронического гнойного среднего отита. При мирингите отсутствуют общие явления воспалительного процесса и слух сохраняется на практически нормальном уровне. При наружном диффузном отите и фурункуле наружного слухового прохода—резкая болезненность при надавливании на козелок и во время жевания, боль локализуется в области наружного слухового прохода, в то время как при остром воспалении среднего уха — в глубине уха, иррадирует в темя и в височно-затылочную область. При воспалительных процессах в наружном слуховом проходе отсутствует болезненность при глубокой пальпации сосцевидного отростка, выделения из уха носят чисто гнойный характер, в то время как при остром воспалении среднего уха они характеризуются как слизисто-гнойные, тягучие. При остром воспалении наружного слухового прохода снижение слуха наблюдается

		лишь при полном закрытии его просвета, в то время как при остром воспалении среднего уха тугоухость является постоянным признаком. При герпетическом поражении барабанной перепонки на ней определяются высыпания везикул, при разрыве которых появляются кровянистые выделения из наружного слухового прохода. Боль локализована в наружном слуховом проходе, носит жгучий постоянный характер. При распространении вирусной инфекции может наблюдаться временный паралич лицевого нерва, головокружение, понижение слуха по перцептивному типу. Герпетические везикулы располагаются не только на барабанной перепонке, но и на коже наружного слухового прохода и ушной раковины, иннервируемой чувствительными волокнами преддверно-улиткового нерва.
P2	2 балла	Диагноз дифференцирован правильно и обоснован
P1	1 балл	Заболеваний для дифференцировки недостаточно
P0	0 балл	Дифференциальная диагностика проведена не верно
В	3	Перечислите необходимые дополнительные методы обследования
Э	-	Забор мазка из уха с определением флоры и чувствительности к антибиотикам Камертоновые пробы с использованием камертонов (C128, C256) для определения типа снижения слуха. Тональная пороговая аудиометрия (для определения слуха на определенных частотах) Рентгенография височных костей (с укладкой по Шуллеру, Майеру)/ МСКТ височных костей – для исключения костно- деструктивных изменений височной кости и определения типа строения сосцевидного отростка.
P2	2 балл	Дополнительные методы обследования перечислены правильно
P1	1 балл	Дополнительные методы обследования перечислены не полностью
P0	0 балл	Дополнительные методы обследования перечислены перечислена неправильно
В	4	Какова тактика лечения?
Э	-	Системная медикаментозная терапия среднего гнойного отита проводится антибиотиками широкого спектра действия (защищённые пенициллины, цефалоспорины II-III поколения, фторхинолоны, макролиды и др.). Дополнительно применяют антигистаминные, противовоспалительные, детоксикационные, иммунокорректирующие препараты. Назальные деконгестанты для разблокировки глоточного устья слуховой трубы. Местная терапия включает в себя ежедневный туалет уха от гнойного отделяемого, а так же местное введение антибактериальных монопрепаратов или комбинированных препаратов включающих в себя противовоспалительные компоненты.
P2	2 балл	Тактика лечения изложена полностью и обоснована
P1	1 балл	Тактика лечения изложена не полностью и не обоснована
P0	0 балл	Изложена неправильная тактика лечения
В	5	Профилактика осложнений.
Э	-	Осложнения среднего гнойного отита: Предупреждение осложнений гнойного среднего отита: своевременное диагностика воспалительного поражения среднего уха, адекватное лечение отита, своевременное проведение парацентеза барабанной перепонки и санация гнойного отделяемого. Корректная терапия

		заболеваний носоглотки и быстрая ликвидация инфекционных очагов также способствуют профилактике мастоидита. Кроме того, имеет значение повышение работоспособности иммунных механизмов организма, что достигается ведением здорового образа жизни, правильным питанием, при необходимости — иммунокорректирующей терапией.
P2	2 балл	Профилактика осложнений заболевания перечислена верно и обосновано
P1	1 балл	Профилактика осложнений заболевания перечислена не полностью, без обоснования.
P0	0 балл	Перечислена неверная профилактика осложнений

Н	-	040
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Около недели назад во время поездки на полигон знакомые предложили пациенту немного пострелять из автомата Калашникова. Пациент несколько раз выстрелил в пруд. К концу дня появился сильный шум в левом ухе и ухудшился слух. Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружные слуховые проходы широкие, отделяемого нет, барабанные перепонки серого цвета, контуры четкие. Слух: AS-ШР =0,5 м, PP=2,5 м; AD-ШР =6.0 м, PP более 6,0 м. На тональной аудиограмме – понижение слуха на левое ухо, по перцептивному типу, Опыт Ринне положительный, латерализация звука камертона С128 - вправо. Вестибулярных нарушений нет. 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. Тональная аудиограмма [[Файл:audiogram040.png]]
В	1	Поставьте больному диагноз.
Э	-	Острая левосторонняя сенсоневральная тугоухость
P2	2 балла	Диагноз поставлен верно.
P1	1 балл	Диагноз поставлен не полностью, например, не указан тип тугоухости.
P0	0 балл	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Перечислите заболевания для дифференцировки данной нозологии сопровождающиеся снижением слуха по перцептивному типу?
Э	-	Снижение слуха по перцептивному типу наблюдается при следующих заболеваниях: острое нарушение мозгового кровообращения при вертебрально-базилярной недостаточности (при геморрагических или ишемических инсультах будут нарушения со стороны слуха при расположении очага некроза или геморрагии в височной области,

		сопровождается неврологической симптоматикой центрального генеза) • болезнь Меньера (скалярная тугоухость, шум в ухе с сопровождающийся головокружением системного приступообразного характера, нистагм, нарушения устойчивости) • невринома слухового нерва (прогрессирует медленно, сопровождается нарушениями центрального генеза со стороны ЦНС и нарушения чувствительности лица со стороны пораженного нерва) • фистуле лабиринта (снижение слуха, вестибулярные нарушения – головокружение системная или несистемная, нистагм, фистульная проба положительная) • рассеянном склерозе (снижение слуха, шум в ушах, деструктивные изменения головного мозга, мышечная слабость, снижение интеллекта)
P2	2 балла	Заболевания для дифференцировки данной нозологии перечислены правильно
P1	1 балл	Перечислено недостаточно заболеваний для дифференцировки данной нозологии
P0	0 балл	Заболевание неправильно дифференцировано
В	3	Приведите дополнительные методы исследования?
Э	-	1. камертональные пробы (пробы: Ринне - сравнение костно-воздушной проводимости, Вебера - латеритизация звучащего камертона, Желе – определить цепь подвижности слуховых косточек) 2. импедансная тимпанометрия(для определения типа тимпанометрической кривой) 3. тональная пороговая аудиометрия, 4. УЗДГ сосудов шеи 5. МСКТ И МРТ сосудов головного мозга и шеи, височных костей.
P2	2 балл	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	1 балл	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка.
P0	0 балл	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Перечислите предрасполагающие факторы развития сенсоневральной тугоухости
Э	-	1 . Генетическая предрасположенность 2. Аутоиммунные факторы (все аутоиммунные заболевания) 3. Алкогольная интоксикация (метиловый , этиловый спирт) 4. Лекарственная интоксикация (ототоксичные антибиотики – гентамицин, эритромицин, НВПС, петлевые диуретики)

		5. Заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь) 6. Нарушения кровоснабжения головного мозга (геморрагические и ишемические инсульты) 7. Патология среднего и внутреннего уха (отосклероз, гнойный средний отит, лабиринтит) 8. Инфекционные заболевания (корь, краснуха, грипп, скарлатина, герпес, сифилис, ВИЧ) 9. Травма (баротравма, акустическая травма, механическая) 10. Эндокринные нарушения (тиреодиты, сахарный диабет) 11. Заболевания крови и кроветворной системы (анемия, лейкозы)
P2	2 балл	Предрасполагающие факторы перечислены полностью правильно
P1	1 балл	Предрасполагающие факторы перечислены не полностью
P0	0 балл	Перечисленные предрасполагающие факторы данной патологии перечислены неправильно
B	5	План лечения.
Э	-	- лечение больного с ОСНТ в специализированном стационаре; - незамедлительное начало лечения после установления диагноза ОСНТ; - соблюдение охранительного режима и щадящей диеты. С учетом особенностей заболевания используют средства, направленные на восстановление кровообращения, улучшение реологических показателей крови, нормализацию артериального давления, улучшение проведения нервного импульса, нормализацию микроциркуляции. Используются дезинтоксикационные препараты, лекарственные средства, обладающие ангио- и нейропротективными свойствами. При внезапной тугоухости (до 15 ч) эффективны глюкокортикоиды. Их назначают укороченным курсом в течение 6-8 сут, начиная с ударной дозы и в дальнейшем постепенно ее уменьшая. В частности, существует схема применения преднизолона в дозе 30-90 мг/сут с последовательным уменьшением до 5 мг в течение 8 сут. В последующем переходят к внутримышечному и пероральному использованию препаратов
P2	2 балл	План лечения выбран полностью правильно
P1	1 балл	План лечения выбран не полностью
P0	0 балл	План лечения данного заболевания выбран неправильно

Н	-	041
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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 ригидность 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 planum 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 [[Файл:audiogram041.png.jpg]]
В	1	Поставьте больному диагноз.
Э	-	Хронический левосторонний эпитимпанальный гнойный средний отит осложненный менингитом.
P2	2 балла	Диагноз поставлен верно.
P1	1 балл	Диагноз поставлен не полностью, например, не указана форма, стадия процесса или осложнение.
P0	0 балл	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальный диагноз
Э	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с эпидемическим менингококковым менингитом, который может дать клиническую картину, сходную с отогенным менингитом, в спорадических (вне эпидемии) случаях. Сравнительно лёгкое течение, хороший и быстрый эффект от применения сульфаниламидов и антибиотиков, иногда выделение из жидкости менингококка и отсутствие патологических изменений в ухе позволяют относительно легко отграничить эти два заболевания друг от друга. Гнойные менингиты неотогенного происхождения распознаются как по источнику их возникновения (первичный гнойный очаг), так и по отсутствию заболевания уха.
P2	2 балла	Диагноз дифференцирован верно.
P1	1 балл	Недостаточно для дифференцирования заболеваний
P0	0 балл	Дифференциальный диагноз проведен неправильно.
В	3	Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному для постановки окончательного диагноза.
Э	-	Дополнительные методы исследования: посев спинно-мозговой жидкости на чувствительность к а/б, МСКТ И МРТ височных костей – для исключения деструкции височной кости и определения типа сосцевидного отростка, сосудов головного мозга и шеи – исключить патологию сосудов головного мозга и шеи. Консультации: невролога, инфекциониста.
P2	2 балл	Дополнительные исследования и консультации перечислены полностью верно.
P1	1 балл	Дополнительные исследования и консультации перечислены не полностью
P0	0 балл	Дополнительные исследования и консультации перечислены неверно.

В	4	Составьте план комплексного лечения
Э	-	1. Обеспечить отток гнойного отделяемого, ежедневный туалет левого уха 2. Антибактериальная терапия (антибиотики широкого спектра: цефалоспорины 2-3 поколения, защищенные пенициллины, аминогликозиды, фторхинолоны, макролиды; после получения резистентности к а/б коррективная терапия) 3. Дезинтоксикационная терапия (диуретики, глюкоза / коллоидные растворы) 4. Антигистаминная терапия 5. Решение вопроса об оперативном лечении: радикальная операция на левом ухе с целью санации гнойного очага.
P2	2 балл	План лечения данного заболевания изложен правильно.
P1	1 балл	План лечения данного заболевания изложен не полностью
P0	0 балл	План лечения данного заболевания изложен полностью неправильно
В	5	Перечислите возможные осложнения.
Э	-	Распространение гнойного воспаления в сосцевидном отростке зависит от типа строения сосцевидного отростка, наибольшее распространение гнойного процесса определяется при пневматизированном типе строения.. Воспаление перисинуозной группы ячеек приводит к поражению сигмовидного синуса с развитием <u>флебита</u> и <u>тромбофлебита</u>. Гнойное разрушение перифациальных ячеек сопровождается <u>невритом лицевого нерва</u>, перилабиринтных — <u>гнойным лабиринтитом</u>. Верхушечные мастоидиты осложняются затеканием гноя в межфасциальные пространства шеи, в результате чего воспалительный процесс может распространяться в средостение и вызвать появление гнойного <u>медиастинита</u>. Распространение воспалительного процесса в полость черепа приводит к возникновению: отогенного <u>менингита</u>, <u>абсцесса головного мозга</u>, <u>энцефалита</u>, абсцесса мозжечка. Поражение пирамиды височной кости обуславливает развитие петрозита. Переход гнойного воспаления на скуловой отросток опасен дальнейшим заносом инфекции в глазное яблоко с возникновением <u>эндофтальмита</u>, <u>панофтальмита</u> и <u>флегмоны глазницы</u>. У детей, особенно младшего возраста, мастоидит может осложниться формированием <u>заглоточного абсцесса</u>. Кроме того, при мастоидите возможно гематогенное распространение инфекции с развитием <u>сепсиса</u>. Холестеатома разрушает кость. Механизм разрушения кости холестеатомой следующий: во-первых, холестеатома осуществляет давление на костные стенки, тем самым утончая их, во-вторых, в холестеатоме образуются протеолитические ферменты, лизирующие кость.
P2	2 балл	Осложнения данного заболевания перечислены правильно
P1	1 балл	Осложнения данного заболевания перечислены не полностью
P0	0 балл	Осложнения данного заболевания перечислены неправильно

Н	-	042
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

		ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Э., 53 года доставлена в ЛОР-клинику с жалобами на резкое головокружение (ощущение вращения предмета слева направо), тошноту, рвоту, звон в правом ухе, расстройство равновесия. Приступ начался внезапно без видимой причины. Из анамнеза известно, что подобные приступы уже случались, и беспокоят больную в течение трёх 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 вправо. Отклонение обеих рук влево при выполнении указательной пробы Барани. Слуховой паспорт: AD/AS: СШ- +/-; опыт Ринне – «отрицательный»; опыт Вебера: в хуже слышащее ухо; опыт Желле – «положительный»; улучшение слуха после продувания- 0; вестибулярные расстройства – «положительные», флюктуирующая тугоухость- «положительная» 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. Тональная аудиограмма: [[Файл:audiogram042.png.jpg]]
В	1	Поставьте больному диагноз.
Э	-	Болезнь Меньера, приступный период.
P2	2 балла	Диагноз поставлен правильно, обоснован
P1	1 балл	Диагноз поставлен не полностью, например, не указан период заболевания.
P0	0 балл	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальный диагноз.
Э	-	Дифференциальная диагностика болезни Меньера и расстройств, проявляющихся комбинацией головокружения и слуховых симптомов 1. Транзиторно ишемические атаки в вертебробазилярном бассейне. Продолжительность приступов обычно несколько минут, возникают у пожилых пациентов из группы риска по цереброваскулярной патологии. Типично повторное возникновение приступов в течение нескольких недель или месяцев (реже в течение нескольких лет) 2. Перилимфатическая фистула. Обычно возникает после травмы, физического напряжения, баротравмы, холестеатомы, провоцирующими факторами могут быть изменения атмосферного давления или громкие звуки 3. Сифилис внутреннего уха. Поражение рано становится двусторонним; признаки врожденного или позднего приобретенного сифилиса, особенно интерстициальный кератит; положительные серологические тесты на сифилис 4. Аутоиммунное поражение внутреннего уха. Быстрое прогрессирование и раннее двустороннее вовлечение; другие признаки аутоиммунного заболевания; обнаруживают аутоантитела 5. Вестибулярная пароксизмия. Кратковременные приступы (несколько секунд), многократно возникающие в течение дня; снижение слуха, если оно присутствует, выражено незначительно 6. Невринома слухового нерва. Снижение слуха и шум в ушах прогрессирующие, а не флюктуирующие; менее чем у 50% пациентов отмечают легкое головокружение; изменение слуховых вызванных потенциалов; диагноз подтверждают с помощью МРТ 7. Отосклероз. Начало чаще до 30 лет, преобладают кохлеарные симптомы, кондуктивная тугоухость (может сочетаться с сенсоневральной), процесс

		обычно двусторонний
P2	2 балла	Данное заболевание дифференцировано полностью правильно.
P1	1 балл	Недостаточно нозологий для дифференцирования данного заболевания
P0	0 балл	Данное заболевание не дифференцировано.
B	3	Какие Вы знаете камертональные пробы, и как они изменятся у данной пациентки?
Э	-	1. Проба Вебера: латерализация в сторону хуже слышащего уха 2. Проба Ринне: отрицательная 3. Проба Швабаха: понижена 4. Проба Желе: положительная
P2	2 балл	Камертональные пробы данной нозологии перечислены правильно
P1	1 балл	Камертональные прбы данной нозологии перечислены не полностью
P0	0 балл	Камертональные пробы данного заболевания перечислены неправильно
B	4	Составьте план комплексного лечения
Э	-	Хотя полное излечение от болезни Меньера невозможно, лечение может помочь уменьшить проявления и сократить частоту их появления. Во время обострения болезни Меньера <u>медикаментозное лечение</u> может купировать проявления внезапного приступа головокружения, устраняя или уменьшая <u>тошноту</u> и <u>рвоту</u>. К сожалению, лечение болезни Меньера не помогает остановить постепенное снижение слуха. Прежде всего лечение этого заболевания начинается с соответствующей диеты. Это позволяет сократить число приступов заболевания в будущем. Лечение чаще всего направлено на урежение приступов и облегчение тяжести отдельных приступов болезни, при этом оно включает в себя: • Прием мочегонных средств (<u>диуретиков</u>) с целью уменьшения накопления во внутреннем ухе жидкос (эндолимфы). • Ограничение употребления алкоголя, курения табака и приема <u>кофеина</u>, а также стрессов и любых состояний, провоцирующих приступы. • Прием препаратов, оказывающих подавляющее действие на <u>вестибулярный аппарат</u> (<u>антигистаминных</u> или <u>седативных</u>) для того, чтобы успокоить <u>внутреннее ухо</u>. • Снижение потребления соли для уменьшения количества жидкости во внутреннем ухе. В настоящее время циннаризин больше не рекомендуется применять для лечения нарушений мозгового и периферического кровообращения (потеря памяти, бессонница, перемежающаяся хромота, ночные спазмы, спазмы сосудов). При приступе головокружения рекомендуется лечь и держать голову спокойно, без движений, пока не пройдет приступ. Для уменьшения проявления приступа головокружения могут использоваться гистаминомиметики (бетажистин) и антигистаминные препараты (<u>димедрол</u>, <u>супрастин</u>, <u>фенкарол</u>, <u>диазолин</u>, <u>меклозин</u> и т. д.). Использовать их одновременно смысла нет, так как они влияют антагонистически. Для уменьшения тошноты и рвоты во время приступа применяются противорвотные средства (церукал и другие). При неэффективности консервативного лечения симптомов болезни Меньера и сохранном слухе с пораженной стороны возможно

		хирургическое вмешательство — дренирование эндолимфатического мешка. Цель хирургического лечения — уменьшить давление в эндолимфатическом пространстве, уменьшить проявления болезни, не повреждая при этом структуру пораженного уха. Однако долгосрочная эффективность этой операции до сих пор не доказана. В тяжелых случаях выраженного головокружения, которое не устраняется медикаментозными средствами, применяется т. н. химическая абляция лабиринта — введение в барабанную полость ототоксичных антибиотиков, таких как гентамицин. В результате уменьшается выработка эндолимфы клетками внутреннего уха и патологическая импульсация со стороны пораженного лабиринта. Приступы головокружений прекращаются в 90 %, риск снижения слуха примерно 15 %. При неэффективности вышеописанного лечения применяется хирургическое разрушение вестибулярного аппарата внутреннего уха — лабиринтэктомия. Так как этот метод приводит к глухоте, он применяется в самом крайнем случае.
P2	2 балл	План лечения заболевания составлен правильно
P1	1 балл	План лечения заболевания составлен не полностью
P0	0 балл	План лечения заболевания составлен неправильно
B	5	Перечислите возможные осложнения.
Э	-	1. Глухота 2. Усиление приступов головокружения (приводящим к несчастным случаям)
P2	2 балл	Осложнения данного заболевания перечислены правильно
P1	1 балл	Осложнения данного заболевания перечислены правильно, но не полностью
P0	0 балл	Осложнения данного заболевания перечислены неправильно

Н	-	043
Ф	A/01.7	Сбор анамнеза, жалобы пациента. Субъективный и объективный осмотр пациента,
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 26 лет жалуется на шум в ушах и снижение слуха на оба уха. 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. Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяются. 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. Тональная аудиометрия [[Файл:audiogram043.png.jpg]]
В	1	Поставьте больному диагноз.
Э	-	Отосклероз, смешанная форма
P2	2 балла	Диагноз поставлен верно.
P1	1 балл	Диагноз поставлен верно без указания формы заболевания.
P0	0 балл	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с использованием дополнительных методов исследования?
Э	-	Отосклероз следует дифференцировать с рядом заболеваний среднего уха, сопровождающихся кондуктивной тугоухостью. 1.Экссудативный средний отит, характеризуется наличием прогрессирующей тугоухости, на ранних стадиях – кондуктивной, на более поздних – смешанной. Заболевание часто начинается после перенесённого ОРВИ. Важным дифференциально-диагностическим признаком является тимпанограмма: тип В, сохранение ипси- и контралатерального акустического рефлекса. На МСКТ височных костей наблюдаются патологическое содержимое в клетках сосцевидного отростка и барабанной полости без костных изменений. 2. Последствия перенесенного гнойного отита (адгезивный средний отит, тимпаносклероз), чаще – одностороннего. При отоскопии обнаруживаются очаги мирингосклероза или участки атрофии барабанной перепонки, ретракционные карманы. Тимпанограмма: тип Е или D, ипси- и контралатеральный акустический рефлекс на исследуемом ухе могут отсутствовать. 3.Разрыв цепи слуховых косточек. В анамнезе травма, односторонний характер тугоухости. Возможны изменения барабанной перепонки при отоскопии. На аудиограмме определяется равномерное повышение порогов по воздушной проводимости по всей тон-шкале, с большим костно-воздушным интервалом, при проведении тимпанометрии – тип Ad. 4.Фиксация молоточка (наковальни). Процесс, как правило, односторонний. На аудиограмме: кондуктивная тугоухость, возможен зубец, подобный зубцу Кархарта, на частоте 0,5 кГц. Тимпанограмма с наличием on/off-эффекта (в момент начала «включения» рефлекса имеется узкий пик). При проведении МСКТ височных костей возможна дислокация молоточка и визуализация оссифицированной наружной связки (что является наиболее частой причиной фиксации). 5.Врожденные пороки развития среднего уха. Односторонний процесс, развивается с раннего детства. При осмотре часто встречается патология ушной раковины или изменения слухового прохода. На аудиограмме: кондуктивная тугоухость без сенсоневрального компонента. Тимпанограмма: тип А или Ad. При проведении СКТ выявляются поражения костных структур барабанной полости в виде дисплазии или аплазии слуховых косточек, дистопии канала лицевого нерва, костные изменения в области окон лабиринта.
P2	2 балла	Данное заболевание от дифференцировано и обосновано правильно
P1	1 балл	Данное заболевание от дифференцировано не полностью и не обосновано

P0	0 балл	Данная нозология от дифференцирована неправильно
B	3	Что такое ФУНГ?
Э	-	Феномен ускоренного нарастания громкости заключается в том, что звуковые раздражители воспринимаются больным ухом более громкими, чем они воспринимаются нормальным ухом. Наблюдается при некоторых нарушениях слуха, главным образом при поражениях клеток Кортиева органа, расположенного во внутреннем ухе. При ФУНГе сокращается дистанция между порогом слышимости и порогом дискомфорта, нарушается способность приспособления к звукам разной громкости, восприятие и воспроизведение речи.
P2	2 балл	Ответ изложен и обоснован полностью правильно
P1	1 балл	Ответ изложен и обоснован не полностью
P0	0 балл	Неправильно изложен и обоснован ответ
B	4	Составьте план комплексного лечения
Э	-	Лечение отосклероза проводится двумя методами: это применение слуховых аппаратов или оперативное вмешательство – стапедэктомия. Слуховые аппараты могут помочь эффективно справиться с нарушением слуха лишь на ранних стадиях заболевания. Среди хирургических способов лечения отосклероза отмечается стапедэктомия. Это вмешательство, проводимое на стремечке. Оно выполняется в случае, когда имеется фиксация стремечка к другим слуховым косточкам или к овальному окну. Операция заключается в удалении стремечка и замены ее протезом, либо в стремечке делается небольшое отверстие и в него вставляется тонкий протез наподобие клапана. Лечение отосклероза без операции сводится к назначению препаратов, регулирующих обмен кальция (ксидифон, фосамакс), а также самого кальция в сочетании с витамином Д3. Эти лекарственные средства назначаются курсами от 3 до 6 месяцев и проводятся ежегодно. Они помогают замедлить процесс снижения слуха, в ряде случаев помогают избавиться от шума в ушах или сделать его менее выраженным. Также в схемы лечения часто включают препараты фосфора, кальция, йода, брома
P2	2 балл	План лечения составлен правильно.
P1	1 балл	План лечения составлен не полностью
P0	0 балл	План лечения составлен не правильно
B	5	Каковы ограничения по трудоустройству по данному заболеванию?
Э	-	Ограничения по трудоустройству в профессиях связанных с высотными работами, глубоководными погружениями, передвижениях на скоростных наземных и воздушных видах транспорта. В профессиях связанных с воздействием шума и вибрации. В должности оператора линии на производстве, диспетчера.
P2	2 балл	Ограничения по трудоустройству приведены правильно
P1	1 балл	Ограничения по трудоустройству приведены не полностью
P0	0 балл	Неправильно изложен и обоснован ответ

Н	-	044
Ф	A/01.7	Сбор анамнеза, жалобы пациента. Субъективный и объективный осмотр пациента,
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности

		медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной Н., 62 лет, страдающей гипертонической болезнью, год назад после ссоры с соседкой резко снизился слух на оба уха. 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. Расстройств вестибулярной функции не определяется. 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. Тональная аудиометрия: [[Файл:audiogram044.png.jpg]]
В	1	Поставьте больному диагноз.
Э	-	Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость.
P2	2 балла	Диагноз поставлен верно.
P1	1 балл	Диагноз поставлен не полностью.
P0	0 балл	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
Э	-	Сенсоневральная тугоухость дифференцируют с отосклерозом и адгезивным отитом. В дифференциальной диагностике тугоухости имеют негнойные заболевания уха с целой барабанной перепонкой, к которым относятся хронический тубоотит, адгезивный отит, отосклероз, болезнь Меньера и сенсоневральная тугоухость. Тубоотит, адгезивный отит и I стадия отосклероза характеризуются кондуктивной тугоухостью. При болезни Меньера отмечается смешанная тугоухость с сенсоневральным компонентом. Прогрессирование отосклероза постепенно приводит к смешанной тугоухости, а его поздняя кохлеарная форма отличается нарушением звуковосприятия. Необходимо учитывать, что кондуктивная тугоухость, существующая в течение нескольких лет может прогрессировать в смешанную и сенсоневральную тугоухость. Сенсоневральная тугоухость бывает улиткового (рецепторного), корешкового (при неврите VIII нерва) и центрального генеза.
P2	2 балла	Все нозологии для дифференциального диагноза указаны верно, обоснованы
P1	1 балл	Для дифференцирования недостаточно нозологий, обоснований
P0	0 балл	Дифференциальный диагноз проведен неправильно
В	3	Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больной?

Э	-	1. Акустическая импедансометрия (для определения тимпанометрической кривой) 2. Камертональные пробы с камертонами (С128, С256)- пробы: Ринне - сравнение костно- воздушной проводимости, Вебера - латеритизация звучащего камертона, Желе – определить цепь подвижности слуховых косточек 3. УЗДГ сосудов шеи, 4. МРТ сосудов головного мозга и шеи (5. МСКТ височных костей, 6. консультация невролога, кардиолога, ЭКГ, ЭХОКГ.
P2	2 балл	План дополнительного исследования составлен полностью верно.
P1	1 балл	План дополнительного исследования составлен верно Не названы два и более дополнительных метода исследования из списка.
P0	0 балл	Не названы дополнительные методы исследования .
В	4	Составьте план комплексного лечения
Э	-	С учетом особенностей заболевания используют средства, направленные на восстановление кровообращения, улучшение реологических показателей крови, нормализацию артериального давления, улучшение проведения нервного импульса, нормализацию микроциркуляции. Используются дезинтоксикационные препараты, лекарственные средства, обладающие ангио- и нейропротективными свойствами. (витамины группы В, танакан, кавинтон, цитофлавин, мексидол, глюкокортикостероиды) При неэффективности - аппаратное слухопротезирование, кохлеарная имплантация.
P2	2 балл	План комплексного лечения составлен правильно и обоснован.
P1	1 балл	Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	0 балл	План комплексного лечения составлен не верно
В	5	Какой прогноз у данной пациентки?
Э	-	Прогноз у данной пациентки благоприятный при адекватном и своевременном прохождении плановой профилактической медикаментозной терапии, а так же при необходимости оптимальном слухопротезировании.
P2	2 балл	Прогноз – сформулирован правильно и обоснован
P1	1 балл	Прогноз- сформулирован правильно не обоснован
P0	0 балл	Прогноз – не сформулирован

Н	-	045
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Т., 38 лет поступил на ЛОР отделение с жалобами на сильную

		головную боль в области лба справа, отечность век, слизисто-гнойные выделения из носа, затруднение носового дыхания. Считает себя больным в течение 2 недель. Данные жалобы возникли после перенесенного ОРВИ. На момент осмотра состояние пациента удовлетворительное, температура тела 37,8°C. Определяется отёк мягких тканей лба и век справа. При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована определяется гной в среднем носовом ходу справа. В анализе крови: Эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 126 г/л; Тромбоциты – $194 \times 10^9/л$; Лейкоциты общее количество – $11,8 \times 10^9/л$; СОЭ – 42 мм/ч.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной диагноз: Острый правосторонний гнойный гемисинусит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например, указан синусит без уточнения его формы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз правостороннего острого гнойного гемисинусита поставлен на основании жалоб на боли в области лба справа, наличие гнойного отделяемого из носа (больше справа), затруднения носового дыхания, клинической картины: Определяется отёк мягких тканей лба и век справа. При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована определяется гной в среднем носовом ходу справа. 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	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить.
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо выполнить рентгенографию придаточных пазух носа в носо-подбородочной проекции или компьютерную томографию придаточных пазух носа; лечебно-диагностическую пункцию и бактериологическое исследование содержимого пазухи с определением чувствительности к антибиотикам.
P2	-	Методы обследования представлены полно и верно.
P1	-	Методы представлены верно, но не полно, не назван один из необходимых методов обследования.
P0	-	Не названы методы обследования.
В	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациента?
Э	-	1. Антибактериальная терапия, подобранная в соответствии с результатами бактериологического исследования и определения чувствительности к антибиотикам. 2. Выполнение пункций верхнечелюстной пазухи с целью эвакуации ее гнойного содержимого. 3. Использование местных деконгестантов, приводящих к сужению сосудов полости носа и уменьшению ее отёка. 4. Противовоспалительная и обезболивающая терапия. 5. Физиотерапевтическое лечение (КУФ, УВЧ)

P2	-	План лечения составлен и обоснован верно
P1	-	План лечения составлен верно, обоснована с упущениями либо не верно
P0	-	План лечения составлен не верно.
B	5	Перечислите возможные исходы заболевания.
Э	-	1. Выздоровление. 2. Переход в хроническую форму заболевания. 3. Возникновение внутриглазных осложнений (отёк ретробульбарной клетчатки, гнойно-воспалительные процессы орбиты, флегмона орбиты, риногенный ретробульбарный неврит). 4. Возникновение внутричерепных осложнений (риногенный абсцесс головного мозга, тромбоз пещеристого синуса, тромбоз синусов мозговых оболочек, оптико-хиазмальный арахноидит). 5. Сепсис.
P2	-	Исходы заболевания перечислены верно.
P1	-	Исходы заболевания перечислены верно, однако не полностью.
P0	-	Исходы перечислены неверно.
H	-	046
Ф		
Ф		
Ф		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная С., 42 лет предъявляет жалобы на боль в области левой щеки, тяжесть в голове, повышение температуры тела до 37.3°C, выделения из носа, преимущественно из левой половины. Около недели назад перенес респираторное заболевание. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37.6°C. 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 пазухи. В анализе крови: Эритроциты – $4.8 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 138 г/л; Тромбоциты – $250 \times 10^9/л$; Лейкоциты общее количество- $10,7 \times 10^9/л$; СОЭ- 32 мм/ч. На рентгенограмме придаточных пазух носа: горизонтальный уровень жидкости в левой верхнечелюстной пазухе.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной диагноз: Острый левосторонний гнойный верхнечелюстной синусит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например, не указана форма.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб на боль в области левой щеки, тяжесть в голове, повышение температуры тела до 37.3°C, выделения из носа, преимущественно из левой половины, клинической картины: при передней риноскопии определяются гиперемия, отечность слизистой оболочки полости носа слева, гнойные выделения в левой половине носа, затруднение носового дыхания, а также данных объективных

		методов обследования: на рентгенограмме придаточных пазух носа определяется уровень жидкости. 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.
V	3	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить.
Э	-	Необходимо выполнить лечебно-диагностическую пункцию левой верхнечелюстной пазухи, бактериологическое исследование содержимого пазухи с определением чувствительности к антибиотикам.
P2	-	Методы обследования представлены полно и верно.
P1	-	Методы представлены верно, но не полно, не назван один из необходимых методов обследования.
P0	-	Не названы методы обследования.
V	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациента?
Э	-	1. Антибактериальная терапия, подобранная в соответствии с результатами бактериологического исследования и определения чувствительности к антибиотикам. 2. Выполнение пункций верхнечелюстной пазухи с целью эвакуации ее гнойного содержимого. 3. Использование местных деконгестантов, приводящих к сужению сосудов полости носа и уменьшению ее отёка. 4. Противовоспалительная и обезболивающая терапия. 5. Физиотерапевтическое лечение (КУФ, УВЧ)
P2	-	План лечения составлен и обоснован верно
P1	-	План лечения составлен верно, обоснована с упущениями либо не верно
P0	-	План лечения составлен не верно.
V	5	Перечислите возможные исходы заболевания.
Э	-	1. Выздоровление. 2. Переход в хроническую форму заболевания. 3. Возникновение внутриглазных осложнений (отёк ретробульбарной клетчатки, гнойно-воспалительные процессы орбиты, флегмона орбиты, риногенный ретробульбарный неврит). 4. Возникновение внутричерепных осложнений (риногенный абсцесс головного мозга, тромбоз пещеристого синуса, тромбоз синусов мозговых оболочек, оптико-хиазмальный арахноидит). 5. Сепсис.
P2	-	Исходы заболевания перечислены верно.
P1	-	Исходы заболевания перечислены верно, однако не полностью.
P0	-	Исходы перечислены неверно.

Н	-	047
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...	A/04.7	Проведение и контроль эффективности санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий по охране здоровья взрослого населения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Д., 54 лет жалуется на частые выделения из носа слизистого характера. Считает себя больной около 7 лет, с периодическими ухудшениями состояния – выделения из носа приобретают гнойный характер, усиливается заложенность носа, повышается температура тела до 38°C. Лечилась самостоятельно сосудосуживающими каплями, без особого эффекта. На момент осмотра состояние больной удовлетворительное, температура тела 36.8°C. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована, отечна, в полости носа с двух сторон определяются овальной формы отечные образования исходящими из среднего и верхнего носовых ходов, больше слева. В полости носа слева 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 – $11.1 \times 10^9/л$; СОЭ- 36 мм/ч.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Диагноз: Хронический полипозно-гнойный риносинусит, обострение.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например неправильно выставлен код диагноза или неточная его формулировка.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз хронического полипозно-гнойного риносинусита, в стадии обострения поставлен на основании жалоб пациентки на затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа; данных передней риноскопии, при которой в полости носа определяются овальные отёчные образования исходящие из среднего и верхнего носовых ходов, а также наличие слева слизисто-гнойного отделяемого. При пальпации определяется болезненность правой верхнечелюстной пазухи. Изменения анализа крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование основополагающего симптома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациентки.
Э	-	1. Передняя и задняя риноскопия, эндоскопия, при которых можно выявить изменения слизистой носовых раковин, полипоидную гипертрофию.

		2. Выполнение диафаноскопии, рентгенографии придаточных пазух носа и компьютерной томографии позволяет оценить наличие полипозной гипертрофии в околоносовых синусах. 3. Выполнение риноцитограммы, риноманометрии. 4. Определение функции обоняния.
P2	-	План диагностики составлен полностью верно.
P1	-	План диагностики составлен верно, но неполно либо не обоснован.
P0	-	План диагностики и лечения составлен полностью неверно.
B	4	Составьте и обоснуйте план лечения пациентки.
Э	-	Учитывая наличие обострения хронического полипозно-гнойного риносинусита лечение складывается из: 1. Антибактериальной терапии, подобранной в соответствии с результатами бактериологического исследования и определения чувствительности к антибиотикам. 2. Выполнение пункций верхнечелюстной пазухи с целью эвакуации ее гнойного содержимого. 3. Противовоспалительная и обезболивающая терапия. В период ремиссии возможна: 1. Консервативная терапия с использованием местных глюкокортикостероидов в виде интраназальных спреев. 2. Хирургические методы лечения: полипотомия полости носа.
P2	-	План лечения составлен и обоснован верно
P1	-	План лечения составлен верно, обоснована с упущениями либо не верно
P0	-	План лечения составлен не верно.
B	5	Опишите план возможной профилактики заболевания.
Э	-	Течение хронического полипозно-гнойного риносинусита имеет рецидивирующий характер. Для профилактики необходима своевременная санация очагов воспаления верхних дыхательных путей. Обеспечение гипоаллергенного быта. Своевременное применение метных глюкокортикостероидных интраназальных препаратов.
P2	-	Методы профилактики указаны верно.
P1	-	Методы профилактики указаны верно, однако упущен один из них.
P0	-	Методы профилактики указаны не верно.
Н	-	048
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 47 лет обратилась в ЛОР клинику с жалобами ощущение вращения предметов, тошноту, рвоту, расстройство равновесия. Отмечает усиление шума в левом ухе, ухудшение слуха на левое ухо, заложенность. Приступ начался на фоне эмоционального стресса, после ссоры с дочерью. Из анамнеза установлено, что подобные приступы беспокоят больную

		в течение 10 лет, впервые возникли после второй беременности. При осмотре ЛОР органов отклонений от нормы не выявлено. При исследовании вестибулярной функции определяется спонтанный горизонтально-ротаторный нистагм влево, отклонение обеими руками вправо при выполнении указательной пробы Барани. Шепот справа слышит на расстоянии 5 м., слева – на расстоянии 1,5 м.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Диагноз: Болезнь Меньера
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не точно, например неточная его формулировка.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Опишите и обоснуйте план дополнительного обследования.
Э	-	С целью оценки вида и степени нарушения слуховой функции необходимо составление и оценка данных слухового паспорта, а также выполнение тональной пороговой аудиометрии. Для оценки вестибулярной функции пораженного лабиринта необходимо составление и оценка данных вестибулярного паспорта. Выполнение компьютерной видеонистагмографии, в рамках которой проводятся калорические и вращательные тесты. Для определения наличия гидропса лабиринта выполняется электрокохлеография. С целью исключения заболеваний головного мозга необходимо выполнение МРТ головного мозга.
P2	-	План лечения составлен и обоснован верно.
P1	-	План описан не полностью или недостаточно обоснован.
P0	-	План обследования составлен неверно.
В	3	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	Диагноз болезни Меньера ставится на основании: 1. Жалоб больной – выделяют классическую «тетраду»: головокружение (вращение предметов), снижение слуха, шум в ухе и заложенность уха. 2. Анамнеза – приступы головокружения длительностью от 2 до 12 часов. 3. Данных тональной пороговой аудиометрии и аудиометрических тестов. 4. Данных вестибулярного паспорта. 5. А также данных дополнительных методов исследования.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Обоснование диагноза верно, однако представлено неполно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	4	Опишите патогенез данного заболевания.
Э	-	В основе патогенеза заболевания лежат процессы нарушения утилизации и/или продукции эндолимфы, с формированием эндолимфатической водянки (гиропса).
P2	-	Патогенез описан верно.
P1	-	Патогенез заболевания описан верно, но неполно.
P0	-	Патогенез заболевания описан неверно.

В	5	Составьте план купирования приступа болезни Меньера.
Э	-	1. Исключить раздражающие факторы (яркий свет и громкие звуки). 2. Купирование тошноты и рвоты: Церукал. 3. Снятие отёка внутреннего уха: применение клюкокортикостероидов, осмотических растворов, диуретиков. 4. Применение вестибулярных супрессоров: Драмина, Циннаризин.
P2	-	План составлен верно.
P1	-	План составлен верно, но неполно.
P0	-	План составлен неверно.
Н	-	049
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 5 лет с затрудненным носовым дыханием. Со слов матери, дышит ртом, беспокойно спит ночью, вскрикивает во сне, часто страдает респираторными заболеваниями, за последние полгода несколько раз болел отитом. В последнее время стал хуже слышать, часто переспрашивает. Объективно: ребенок бледен, лицевой череп вытянут в вертикальном направлении, рот открыт, определяется сглаженность носогубных складок. Голос с носовым оттенком. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа бледная, отечная, в носоглотке – розоватое образование, ограничивающее подвижность мягкого неба. При отоскопии: AD, AS – слуховой проход свободный, барабанная перепонка втянута. Аудиометрически определяется двусторонняя кондуктивная тугоухость I-II степени. Тимпанограмма справа – типа «В», слева – типа «С», акустический рефлекс не регистрируется.
В	1	Каков предположительный диагноз?
Э	-	Аденоидит III. Правосторонний секреторный отит. Левосторонний тубоотит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или указана неверно
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Каковы причина и характер нарушения носового дыхания у ребенка?
Э	-	Гипертрофия аденоидной ткани в области носоглотки создает препятствие для носового дыхания. У пациента развивается закрытая гнусавость.
P2	-	Причины указаны верно
P1	-	Причины указаны не полностью или имеются ошибки.
P0	-	Причины нарушения носового дыхания указаны не верно или не

		указаны.
В	3	Предложите дополнительные методы исследования.
Э	-	Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам. Риноцитограмма. Аллергопробы. Консультация Аллерголога. Эндоскопия носоглотки.
P2	-	Методы обследования указаны верно.
P1	-	Методы обследования указаны частично или указаны с ошибками.
P0	-	Методы обследования не указаны или указаны не верно.
В	4	Составьте план комплексного лечения.
Э	-	Плановое оперативное лечение – аденотомия. Антибиотикотерапия. Сосудосуживающие капли в нос. Местно ушные капли содержащие не ототоксичный антибиотик. Противоотёчная терапии. Местные кортикостероиды. При отсутствии динамики разрешения секреторного отита – парацентез барабанной перепонки. Гипоаллергенный быт гипоаллергенная диета. Гигиеническое промывание носа. Своевременное лечение воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.
P2	-	Лечебная тактика врача расписана полностью.
P1	-	Имеются ошибки в описанной лечебной тактике врача. Лечебная тактика врача описана не полностью.
P0	-	Имеются грубые ошибки в описанной лечебной тактике врача. Лечебная тактика врача не описана.
В	5	Показания для оперативного вмешательства по поводу гипертрофии аденоидной ткани.
Э	-	Нарушение слуха. Изменение формы лицевого скелета. Задержка физического и психологического развития. Длительно и часто болеющий ребенок. Тяжелая сопутствующая патология (пороки сердца, сахарный диабет и тд.)
P2	-	Показания для оперативного лечения указаны полностью и верно.
P1	-	Показания для оперативного лечения указаны не полностью или указаны с ошибками.
P0	-	Показания для оперативного лечения не указаны или указаны неверно.
Н	-	050
Ф		
Ф		
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 5 лет доставлен родителями к врачу в связи с тем, что, играя, затолкнул горошину в левое ухо. При отоскопии: кожа левой ушной раковины не изменена, в наружном отделе слухового прохода обнаружено инородное тело с гладкой

		поверхностью. Барабанная перепонка не видна. 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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Инородное тело наружного слухового прохода.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или предположен воспалительный генез заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	Диагноз инородного тела ставится в соответствии с анамнестическими данными анамнеза из которых известно, что ребенок играя, затолкнул горошину в левое ухо. Так же при осмотре в наружном отделе слухового прохода обнаружено инородное тело с гладкой поверхностью. Данный диагноз может быть продифференцирован с воспалительными заболеваниями уха (острый наружный, острый средний отит). При данных заболеваниях в анализе крове будут прослеживаться воспалительные изменения. Так же пациент с большой вероятностью будет предъявлять жалобы на боль в ухе. При осмотре будут наблюдаться воспалительные изменения (гиперемия и отек кожи наружного слухового прохода, отёк и гиперемия барабанной перепонки). Отделяемое в наружном слуховом проходе может быть гнойное. Серная пробка так же может создавать препятствие для звуковой волны и снижать слух пациента. Как правило при серной пробке пациент предъявляет жалобы на то, что заложенность уха возникла после душа или купания, что связано с разбухание серной пробки при контакте с водой. Так же визуально будут определяться серные массы, обтюрирующие наружный слуховой проход. .
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно.
P1	-	Диагноз продифференцирован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм которые могут соответствовать подобной симптоматики или одна из нозологических форм указана неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите клинико-анатомические особенности наружного уха.
Э	-	Клинико-анатомические особенности наружного уха: 1. Наружный слуховой проход выстлан кожей, имеющий сальные, потовые и серные железы, а также придатки кожи 2. Наружный слуховой проход имеет форму песочных часов за счет сужения на месте перехода хрящевой части в костную. Именно в области этого сужения и возникает обтюрация инородными телами. Пропихнув. Что либо за сужения мы усложняем возможность удаления патологического субстрата. 3. Подвижной частью наружного слухового прохода является передняя стека, которая образована нижнечелюстным суставом. Подвижна передняя стенка только в хрящевой части. Так что

		самоочищение возможно только в хрящевой зоне. 4. Наружный слуховой проход физиологически S образно изогнут, поэтому при осмотре и туалете уха врачом ушная раковина оттягивается назад и вверх для выпрямления слухового прохода.
P2	-	Клинико-анатомические особенности указаны полностью и верно.
P1	-	Клинико-анатомические особенности указаны частично. Клинико-анатомические особенности описаны с неточностями и ошибками.
P0	-	Клинико-анатомические особенности не описаны. Клинико-анатомические особенности описаны не верно.
B	4	Какова тактика врача?
Э	-	Запрещено удаление инородного тела с помощью пинцета из-за риска дальнейшего продвижения за перешеек и повреждения кожи слухового прохода и барабанной перепонки. Удаление необходимо производить в кратчайшие сроки из-за риска возникновения наружного отита. Удаление возможно либо промыванием шприцом Жанне, при этом надо спрашивать анамнез у пациента, так как промывание может привести к осложнению в случае наличия у пациента хронического среднего отита (перфорации барабанной перепонки). Удаление возможно при помощи пуговчатого зонда или аттикового крючка.
P2	-	Тактика врача расписана не полностью.
P1	-	Имеются ошибки в описанной тактике врача. Тактика врача описана не полностью.
P0	-	Имеются грубые ошибки в описанной тактике врача. Тактика врача не описана.
B	5	Возможные осложнения.
Э	-	При удалении инородного тела возможны следующие осложнения: 1. Травматизация кожи наружного слухового прохода. 2. Повреждение (вплоть до перфорации) барабанной перепонки. 3. Продвижение инородного тела из хрящевой части наружного слухового прохода в костную. 4. Посттравматический наружный (средний) отит.
P2	-	Возможные осложнения указаны полностью и верно.
P1	-	Возможные осложнения указаны не полностью или указаны с ошибками.
P0	-	Возможные осложнения не указаны или указаны неверно.