



Оториноларингология рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Оториноларингологии**
Учебный план 31050250_15_13пд.pli.xml
31.05.02.65 Педиатрия
Квалификация **специалист**
Форма обучения **очная**
Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108
в том числе:
аудиторные занятия 72
самостоятельная работа 36

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 10

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	10 (5.2)		Итого	
	Неделя 18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18	18	18
Практические	54	54	54	54
В том числе	4	4	4	4
Итого ауд.	72	72	72	72
Контактная	72	72	72	72
Сам. работа	36	36	36	36
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

д.м.н., профессор Изаева Тамара Асенеевна, к.м.н., старший преподаватель Байбориева Айзада Аликовна

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор Фейгин Георгий Аронович, д.м.н. Кадыров Мавлян Момунович

Рабочая программа дисциплины

Оториноларингология

Разработана в соответствии с ФГОС3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (приказ Минобрнауки России 17.08.2015г №).

Составлена на основании учебного плана:

31.05.02. Педиатрия

Утвержденного ученым советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Офтальмологии и оториноларингологии

Протокол от 18.09. 2015г № 2

Срок действия программы: 2015-2017 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Дикамбаева М.К.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
10.09 2016 г.

Зарипов *Зарипова К.К.*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры **Оториноларингологии**

Протокол от 09.09. 2016 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н профессор Изаева Т.А.

Изаева

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
13.09 2017 г.

Божиев *Бокмобаева С.М.*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры **Оториноларингологии**

Протокол от 12.09 2017 г. № 2
Зав. кафедрой д.м.н профессор Изаева Т.А.

Изаева

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.09 2018 г.

Божиев *Бокмобаева С.М.*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры **Оториноларингологии**

Протокол от 01.09 2018 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н профессор Изаева Т.А.

Изаева

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
4.09 2019 г.

Божиев *Бокмобаева С.М.*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Оториноларингологии**

Протокол от 28.08 2019 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н профессор Изаева Т.А.

Изаева

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Углубление базисных знаний и формирование системных знаний о строении ЛОР- органов, этиологии, патогенезе, клинике ЛОР-заболеваний и их взаимосвязь с другими заболеваниями организма, а так же лечении с использованием современных методов лечения. Ознакомить с принципами и методами диспансерной работы, отметив значение своевременного их выявления и санации.
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Гистология, эмбриология, цитология
2.1.2	Биология
2.1.3	Латинский язык
2.1.4	Химия
2.1.5	Микробиология, вирусология
2.1.6	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.7	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия
2.1.8	Факультетская терапия
2.1.9	Факультетская хирургия
2.1.10	Фармакология
2.1.11	Инфекционные болезни у детей
2.1.12	Детская хирургия
2.1.13	Факультетская педиатрия, эндокринология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Детская хирургия
2.2.2	Инфекционные болезни
2.2.3	Клиническая фармакология
2.2.4	Педиатрия
2.2.5	Онкология, лучевая терапия
2.2.6	Секционный курс
2.2.7	Инфекционные болезни у детей
2.2.8	Поликлиническая и неотложная педиатрия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

Знать:

Уровень 1	Механизм функциональных изменений со стороны органов при различных методах исследования
Уровень 2	Основные лекарственные средства, применяемые при лечении ЛОР-заболеваний
Уровень 3	Дифференциальную диагностику схожих нозологических форм заболеваний ЛОР-органов

Уметь:

Уровень 1	Описать изменения со стороны ЛОР-органов при различных методах исследования
Уровень 2	Организовать правильную тактику лечения с целью улучшения результатов лечения ЛОР-заболеваний
Уровень 3	Провести интерпретацию лабораторных и инструментальных методов исследования при ЛОР-заболеваниях

Владеть:

Уровень 1	Навыками описания общих патологических изменений в организме и со стороны ЛОР-органов у детей с заболеваниями ЛОР-органов
Уровень 2	Навыками интерпретации данных объективного осмотра с данными лабораторных и инструментальных методов исследования у больных с заболеваниями ЛОР-органов, терапевтического и педиатрического профиля
Уровень 3	Информацией о течении заболевания в зависимости от стадии заболевания и прогнозирования дальнейшего лечения больных, особенности у детей.

ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	
Знать:	
Уровень 1	этиологию, патогенез, клинику и методы исследования ЛОР-заболеваний, особенности у детей;
Уровень 2	дифференциальную диагностику различных нозологических форм ЛОР-заболеваний;
Уровень 3	современные консервативные и хирургические методы лечения ЛОР-заболеваний;
Уметь:	
Уровень 1	собрать анамнез
Уровень 2	проводить осмотр ЛОР-органов;
Уровень 3	определить стадию нозологической формы ЛОР-заболевания.
Владеть:	
Уровень 1	интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов обследования;
Уровень 2	алгоритмами лечения ЛОР-заболеваний;
Уровень 3	методами консервативного и хирургического лечения ЛОР-заболеваний.

ПК-10: готовностью к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	
Знать:	
Уровень 1	этиологию, патогенез, клинику и методы исследования острых и обострения хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов;
Уровень 2	дифференциальную диагностику между острыми и обострениями хронических заболеваний ЛОР-органов;
Уровень 3	методы оказания ЛОР- помощи при острых и обострениях хронических ЛОР-заболеваний.
Уметь:	
Уровень 1	собрать анамнез;
Уровень 2	проводить осмотр ЛОР-органов;
Уровень 3	определить нозологическую форму.
Владеть:	
Уровень 1	интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов обследования;
Уровень 2	алгоритмами лечения ЛОР-заболеваний;
Уровень 3	методами оказания медицинской помощи при острых и обострениях хронических ЛОР-заболеваний.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	анатомию, физиологию и методы исследования ЛОР-органов у детей,
3.1.2	этиологию, патогенез, клинику и методы исследования ЛОР-заболеваний у детей,
3.1.3	дифференциальную диагностику и методы лечения ЛОР-заболеваний, особенности у детей,
3.1.4	структуру современной системы здравоохранения Российской Федерации,
3.1.5	деятельность органов и учреждений системы охраны детства и материнства (ОДМ)
3.2	Уметь:
3.2.1	собирать анамнез;
3.2.2	проводить опрос больного и его родственников;
3.2.3	проводить физикальное обследование больного;
3.2.4	проводить осмотр ЛОР-органов;
3.2.5	направлять на лабораторные и инструментальные методы исследования и консультацию к другим специалистам,
3.2.6	интерпретировать результаты обследования;
3.2.7	поставить предварительный диагноз;
3.2.8	намечать дополнительный план обследования для уточнения диагноза;
3.2.9	обосновывать клинический диагноз.
3.3	Владеть:
3.3.1	методами общего клинического обследования и ЛОР-органов больного,
3.3.2	интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов исследований,
3.3.3	алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза и определения тактики дальнейшего лечения больного

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте пакт.	Примечание
	Раздел 1. Анатомия, физиология и методы исследования ЛОР- органов						
1.1	Введение в оториноларингологию, ее содержание, задачи и место среди других отраслей медицинских знаний. История и пути развития отечественной оториноларингологии. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов. /Лек/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
1.2	Введение в оториноларингологию, ее содержание, задачи и место среди других отраслей медицинских знаний. История и пути развития отечественной оториноларингологии. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР -органов /Пр/	10	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
1.3	Введение в оториноларингологию и методы исследования ЛОР-органов /Ср/	10	3	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
1.4	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализатора. Особенности в детском возрасте /Лек/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
1.5	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования наружного и среднего уха. Особенности строения и физиологии у детей. /Ср/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
1.6	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования наружного и среднего уха /Пр/	10	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	Набор инструментов: рефлексор, камертоны, ушные воронки.
1.7	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов. Особенности у детей. /Пр/	10	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	1	Ролевая игра: врач-пациент. Набор инструментов: аудиометр, камертоны, кресло Барани
1.8	Клиническая анатомия и физиология носа, его придаточных пазух и глотки. Методы их исследования. Особенности строения и физиологии у детей. /Пр/	10	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	Набор инструментов: носовые зеркала, шпатели, носоглоточное зеркало, рефлексор.
1.9	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Особенности строения и физиологии у детей. /Пр/	10	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	Набор инструментов: гортанные зеркала, рефлексор, шпатель, ларингоскопы.
1.10	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов. Особенности строения и физиологии у детей. /Ср/	10	3	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	

1.11	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани, трахеи, бронхов и пищевода.особенности строения и физиологии у детей /Ср/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
1.12	Клиническая анатомия и физиология носа, его придаточных пазух и глотки. Методы их исследования.особенности строения и физиологии у детей /Ср/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
Раздел 2. Заболевания уха							
2.1	Заболевания наружного уха: наружный отит (фурункул, разлитое воспаление наружного слухового прохода), серная пробка. Острое гнойное воспаление среднего уха. Мастоидит, его шейные формы. /Лек/	10	1	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
2.2	Заболевания уха: хронические отиты (мезо- и эпитимпанит). Лабиринтит. Особенности течения у детей. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.3	Негнойные заболевания уха:экссудативный, адгезивный отит, отосклероз, болезнь Меньера, нейросенсорная тугоухость. Особенности течения у детей.Слухоулучшающие операции. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.4	Опухоли уха. Неотложная помощь в отиатрии.Особенности у детей. /Лек/	10	1	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.5	Заболевания наружного уха: наружный отит (фурункул, разлитое воспаление наружного слухового прохода), серная пробка. Острое гнойное воспаление среднего уха. Мастоидит, его шейные формы. Особенности течения у детей. /Пр/	10	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л2.4	1	Рольевая игра врач-пациент.
2.6	Заболевания уха: хронические отиты (мезо- и эпитимпанит). Лабиринтит. Особенности течения у детей. /Пр/	10	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.7	Отогенные внутричерепные осложнения. Особенности течения у детей. /Пр/	10	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.8	Негнойные заболевания уха:экссудативный, адгезивный отит, отосклероз, болезнь Меньера, нейросенсорная тугоухость. Особенности течения у детей. Слухоулучшающие операции. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	1	Рольевая игра врач-пациент.
2.9	Опухоли уха.Особенности течения у детей. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.10	Неотложная помощь в отиатрии. Особенности в детском возрасте. /Пр/	10	2	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.11	Заболевания наружного уха: наружный отит (фурункул, разлитое воспаление наружного слухового прохода), серная пробка. Острое гнойное воспаление среднего уха. Мастоидит, его шейные формы. особенности течения у детей /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
2.12	Заболевания уха: хронические отиты (мезо- и эпитимпанит). Лабиринтит. особенности течения у детей /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.13	Отогенные внутричерепные осложнения.особенности течения у детей /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	

2.14	Негнойные заболевания уха:экссудативный, адгезивный отит, отосклероз, болезнь Меньера, нейросенсорная тугоухость. Особенности течения у детейСлухоулучшающие операции. /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.15	Опухоли уха. особенности течения у детей. /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
2.16	Неотложная помощь в отиатрии. Особенности в детском возрасте. /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.4	0	
Раздел 3. Заболевания верхних дыхательных путей							
3.1	Заболевания глотки: острый и хронические фарингиты, фарингомикоз, дифтерия глотки, паратонзиллярный абсцесс, острый и хронический тонзиллиты, гипертрофия небных и глоточной миндалин.Особенности течения у детей. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.4	0	
3.2	Заболевания гортани:острый и хронический ларингиты, острый стенозирующий ларинготрахеит, отек гортани, дифтерия гортани. Парезы и параличи гортани, острый и хронические стенозы.Итубация и трахеостомия. Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей. Особенности течения у детей /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-10 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.3	Заболевания носа: искривление носовой перегородки, фурункул носа, острый и хронические риниты, острый и хронические риносинуситы. Риногенные внутричерепные осложнения. Особенности течения у детей. /Лек/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.4	Травмы, инородные тела верхних дыхательных путей. Кровотечения из ЛОР-органов и неотложная помощь. Виды медицинской экспертизы, профессиональный отбор и профессиональные консультации в оториноларингологии. Особенности в детском возрасте. /Лек/	10	1	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.5	Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей. Особенности течения у детей. /Лек/	10	1	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.6	Заболевания глотки: острый и хронические фарингиты, фарингомикоз, дифтерия глотки, паратонзиллярный абсцесс, острый и хронический тонзиллиты, гипертрофия небных и глоточной миндалин. Особенности течения у детей /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.4	1	Рольная игра врач-пациент.
3.7	Заболевания гортани:острый и хронический ларингиты, острый стенозирующий ларинготрахеит, отек гортани, дифтерия гортани. Парезы и параличи гортани, острый и хронические стенозы.Итубация и трахеостомия. Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей.Особенности течения у детей /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	

3.8	Заболевания носа: искривление носовой перегородки, фурункул носа, острый и хронические риниты, острый и хронические риносинуситы. Риногенные внутричерепные осложнения. Особенности течения у детей. /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.9	Травмы, инородные тела верхних дыхательных путей. Кровотечения из ЛОР-органов и неотложная помощь. Особенности течения у детей. Виды медицинской экспертизы, профессиональный отбор и профессиональные консультации в оториноларингологии. /Пр/	10	2	ПК-8 ПК-6 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.10	Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей. Особенности течения у детей. /Пр/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.11	Поликлиника, ВТЭК. Курация больных /Пр/	10	3	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.12	Заболевания глотки: острый и хронические фарингиты, фарингомикоз, дифтерия глотки, паратонзиллярный абсцесс, острый и хронический тонзиллиты, гипертрофия небных и глоточной миндалин. /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.4	0	
3.13	Заболевания гортани: острый и хронический ларингиты, острый стенозирующий ларинготрахеит, отек гортани, дифтерия гортани. Парезы и параличи гортани, острый и хронические стенозы. Итубация и трахеостомия. Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей. Особенности течения у детей /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.14	Заболевания носа: искривление носовой перегородки, фурункул носа, острый и хронические риниты, острый и хронические риносинуситы. Риногенные внутричерепные осложнения. Особенности течения у детей /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.15	Травмы, инородные тела верхних дыхательных путей. Кровотечения из ЛОР-органов и неотложная помощь. Особенности течения у детей. Виды медицинской экспертизы, профессиональный отбор и профессиональные консультации в оториноларингологии. /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.16	Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей. Особенности течения у детей. /Ср/	10	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4	0	
3.17	Поликлиника, ВТЭК. Курация больных /Ср/	10	1,7	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.1 Л2.4 Э2	0	
3.18	/Зачёт СОц/	10	0	ПК-6		0	
3.19	/КрТО/	10	0,3			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ ЗНАТЬ:

1. Какие кости образуют наружный нос?
2. Анатомо-топографические отношения полости носа с окружающими органами?
3. Какие анатомические образования расположены на латеральной стенке полости носа?
4. Какие носовые раковины находятся в полости носа?
5. Какие носовые ходы различают в полости носа?
6. Что открывается в верхний носовой ход?
7. Что открывается в средний носовой ход?
8. Что открывается в нижний носовой ход?
9. Какие придаточные пазухи открываются в полость носа?
10. Какие анатомические образования составляют носовую перегородку?
11. Кровоснабжение полости носа.
12. Перечислите методы исследования носа и его придаточных пазух.
13. Перечислите отделы глотки.
14. Лимфоглоточное кольцо.
15. Кровоснабжение глотки.
16. Иннервация глотки.
17. Регионарные лимфоузлы глотки.
18. Участвует ли лимфоглоточное кольцо в выработке иммунитета?
19. Может ли снижаться слух при аденоидных разращениях ?
20. Мышцы глотки.
21. Передняя стенка глотки.
22. Методы исследования глотки.
23. Дополнительные методы исследования глотки.
24. Клиническая топография гортани.
25. Скелет гортани.
26. Основные связки гортани.
27. Наружные мышцы гортани.
28. Внутренние мышцы гортани.
29. Отделы гортани.
30. Где находится коническая связка?
31. Иннервация гортани.
32. Физиология гортани.
33. Методы исследования гортани. Их отличие при исследовании гортани у взрослых и детей?
34. Ларингоскопическая картина.
35. Кровоснабжение гортани.
36. Из каких отделов состоит наружное ухо?
37. Топография наружного слухового прохода.
38. Из каких отделов состоит среднее ухо?
39. С чем граничат стенки барабанной полости?
40. Перечислите основные элементы барабанной перепонки.
41. Назовите слуховые косточки и мышцы среднего уха.
42. Перечислите типы сосцевидных отростков и группы клеток.
43. Чем образовано среднее ухо?
44. Из каких элементов состоит улитка?
45. Назовите основные клетки и элементы Кортиева органа.
46. Определите основные звенья проводящих путей слухового анализатора.
47. Назовите основные теории слуха.
48. Опишите схему слухового паспорта.
49. Какие виды аудиометрии вы знаете?
50. Анатомические образования, составляющие внутреннее ухо.
51. Пери-и эндолимфатическая система внутреннего уха.
52. Отделы вестибулярного анализатора.
53. Строение периферического рецептора вестибулярного анализатора в полукружных каналах.
54. Строение периферического рецептора вестибулярного анализатора в мешочках преддверия.
55. Механизм возникновения вестибулярного раздражения в мешочках преддверия. Адекватный раздражитель.
56. Механизм возникновения вестибулярного раздражения в полукружных каналах. Адекватный раздражитель.
57. Опыт Эвальда и его закономерности.
58. Характеристика лабиринтного нистагма.
59. Реакция организма на вестибулярные раздражения.
60. Методы исследования вестибулярного анализатора.
61. Опишите методику передней риноскопии и нормальную риноскопическую картину в первой позиции.
62. Опишите методику риноскопии и нормальную риноскопическую картину во второй позиции.
63. Опишите состояние нормальной слизистой оболочки носа.
64. Опишите нормальную риноскопическую картину.
65. Опишите методику отсасывания отделяемого из придаточных пазух носа.
66. О воспалении каких придаточных пазух можно думать, если при риноскопии в среднем носовом ходу обнаружена полоска гноя?

67. О воспалении каких пазух следует думать, если гной стекает в задние отделы носа, носоглотку?
68. Какие причины могут вызвать искривление носовой перегородки?
69. Опишите методику исследования обонятельной функции носа.
70. Опишите методику пальпации передних придаточных пазух.
71. О воспалении какой придаточной пазухи можно предположить, если при передней риноскопии обнаружена полоска гноя в среднем носовом ходу справа, а на обзорной рентгенограмме имеет место затемнение правой лобной пазухи?
72. Воспаление какой пазухи можно предположить, если при передней риноскопии обнаружена полоска гноя слева, а на обзорной рентгенограмме гомогенное затемнение левой гайморовой пазухи?
73. Основные функции небных миндалин.
74. Физиологические барьеры небных миндалин.
75. Какие анатомические образования ограничивают вход в средний отдел глотки?
76. Перечислите слои задней стенки глотки.
77. Основные функции глотки.
78. Какие анатомические образования видны при задней риноскопии?
79. Какие анатомические образования видны при гипофарингоскопии?
80. Методы исследования носоглотки.
81. Какие функции нарушены при гипертрофии носоглоточной миндалины?
82. Методы, применяемые при исследовании нижнего отдела глотки.
83. Где располагается глоточное устье слуховой трубы?
84. Какие нервы иннервируют глотку?
85. Назовите парные и непарные хрящи гортани.
86. Перечислите анатомические образования, которые относятся к верхнему (вестибулярному) отделу гортани.
87. Перечислите анатомические образования, относящиеся к верхнему резонатору.
88. Назовите мышцу, расширяющую голосовую щель и мышцу, которая играет роль в процессе голосообразования. От какого нерва они получают двигательную иннервацию?
89. Назовите мышцы, суживающие голосовую щель. От какого нерва они получают двигательную иннервацию? Страдает ли голосовая функция при одностороннем параличе этого нерва?
90. Какая функция гортани нарушается при параличе передней перстнещитовидной мышцы?
91. Какие заболевания необходимо исключить при неврогенном параличе гортани слева?
92. Какая функция гортани нарушается при двустороннем параличе верхне-гортанного нерва и какая при двустороннем параличе возвратного?
93. Особенности строения подскладочного пространства у детей.
94. Локализация рефлексогенных зон гортани.
95. Кровоснабжение гортани.
96. Какой связкой заполнена щель между щитовидным и перстневидным хрящами? Перечислите отростки черпаловидного хряща?
97. У больного при обследовании выявлено наличие фурункула на нижней стенке слухового прохода. Какое осложнение возможно, учитывая топографию, при данной локализации поражения?
98. Как охарактеризовать состояние барабанной перепонки, если при отоскопии обнаружено укорочение рукоятки, и выступление короткого отростка молоточка, натяжение передней и задней складок?
99. Причины возникновения острого среднего отита у детей. Пути проникновения инфекции в среднее ухо.
100. Какие изменения барабанной полости происходят при остром гнойном среднем отите?
101. Сколько периодов различают в течении острого гнойного среднего отита и какова клиническая характеристика?
102. Какое лечение острого среднего отита, в зависимости от периода заболевания?
103. Какие общие и местные признаки мастоидита?
104. Как отличить мастоидит от фурункула наружного слухового прохода и лимфаденита?
105. Каковы показания к операции при мастоидите?
106. На какие клинические формы делится хронический гнойный отит?
107. Каков характер перфорации барабанной перепонки при мезо- и эпитимпаните?
108. Что такое холестеатома?
109. Состояние слуховой функции при хроническом гнойном отите?
110. Основные принципы лечения хронического гнойного отита.
111. Патологоанатомическая и патофизиологическая классификация лабиринтитов.
112. Основные диагностические признаки нарушения вестибулярной функции при лабиринтитах.
113. Характерные признаки острого воспаления слизистой оболочки глотки (острого фарингита).
114. Какие различают формы хронического воспаления глотки (хронического фарингита)?
115. Лечение острого и хронического фарингита у детей.
116. Клинические проявления ангина.
117. Лечение ангины.
118. Признаки хронического воспаления небных миндалин (хронического тонзиллита).
119. Классификация хронического тонзиллита.
120. Что такое хронический тонзиллит с сопряженным заболеванием?
121. Каковы консервативные методы лечения хронического тонзиллита?
122. Показания к тонзиллэктомии.
123. Каковы местные и общие осложнения ангины и хронического тонзиллита?
124. Ведущие симптомы ларингита.
125. Изменения в гортани при остром ларингите.

126. Основные лечебные мероприятия при ларингите.
127. Изменения в гортани при хроническом ларингите.
128. Формы хронического ларингита.
129. Лечение хронического ларингита.
130. Клинические проявления при инородных телах гортани.
131. Какие симптомы инородных тел полости носа?
132. Жалобы при инородных телах трахеи и бронхов.
133. Данные объективного исследования при инородных телах трахеи и бронхов.
134. Результаты рентгенологического исследования при инородных телах бронхов.
135. Методы удаления инородных тел из дыхательных путей и пищевода.
136. Осложнения, связанные с аспирацией инородных тел в дыхательные пути.
137. Каковы осложнения, связанные с инородными телами пищевода?
138. Стадии острого насморка.
139. Каковы методы лечения детей с острым насморком?
140. Формы хронического ринита и их риноскопическая характеристика.
141. Какие методы применяются при лечении простого и гиперпластического ринита?
142. Какое лечение применяется при хроническом рините?
143. Основные клинические признаки вазомоторного ринита.
144. Методы лечения вазомоторного ринита.
145. Симптомы острого воспаления гайморовых пазух.
146. Методы лечения острого гайморита.
147. Симптомы острого воспаления лобных пазух.
148. Симптомы острого этмоидита.
149. Симптомы острого сфеноидита.
150. Какие методы лечения применяются при острых синуситах?
151. Какова риноскопическая картина при хронических синуситах?
152. Каковы методы лечения хронических синуситов?
153. Какие осложнения возможны при воспалении придаточных пазух носа?
154. Какова этиология стенозирующих поражений гортани?
155. В каком возрасте чаще всего возникают субхордальный ларингит и стенозирующие ларинготрахеобронхиты?
156. Стадии и симптоматика острых стенозов гортани.
157. Чем характеризуется субхордальный ларингит?
158. Клинические проявления стенозирующих ларинготрахеобронхитов.
159. Что следует предпринять при приступе удушья, в случае субхордального ларингита и при стенозирующем ларинготрахеобронхите?
160. Показания и особенности трахеостомий при острых стенозах гортани.
161. Каковы причины носовых кровотечений у детей?
162. Из каких участков носовой полости чаще всего возникают кровотечения?
163. Методы остановки носовых кровотечений.
164. Характеристика стадий клинического течения болезни (ожоговой) пищевода.
165. Первая помощь при ожогах пищевода химическими веществами.
166. Каковы методы комплексной медикаментозной терапии ожоговой болезни пищевода?
167. Какие патологоанатомические изменения в органе слуха возникают при отосклерозе?
168. Как устанавливается диагноз отосклероза?
169. Какое лечение применяется при отосклерозе?
170. Что может явиться причиной кохлеарного неврита?
171. Какие клинические проявления характерны для кохлеарного неврита?
172. Какие симптомы выявляются при функциональном исследовании слуха у больных кохлеарным невритом?
173. Какие лечебные средства применяются при кохлеарном неврите?
174. В чем сущность изменений в лабиринте при болезни Меньера?
175. Что является типичным для клиники болезни Меньера?
176. Что применяется при лечении болезни Меньера?
177. Техника передней и задней тампонады носовой полости.
178. Травмы ЛОР - органов у детей (виды, характеристика, симптомы, лечение).
179. О чем свидетельствует боль в ухе, сопровождающаяся снижением слуха?
180. У больного при обследовании выявлен склеротический тип сосцевидного отростка, о каком процессе в ухе свидетельствует этот признак?
181. О чем нужно думать при выявлении у ребенка грудного возраста болезненности при давлении на козелок?
182. В процессе воспаления среднего уха у больного появились тошнота, шаткость походки и ухудшение слуха. О чем свидетельствуют эти симптомы?
183. У ребенка 11-месячного возраста, на фоне острого воспаления среднего уха появилась болезненная припухлость над слуховым проходом. Какая группа клеток сосцевидного отростка вовлечена в воспаление?
184. У больного с воспалением среднего уха появилась асимметрия в виде опускания угла рта, сглаженности носогубной складки, несмыкания глазной щели на больной стороне. О каком осложнении нужно думать?
185. У больного с пониженным слухом при акустрии выявлено: положительный Ринне. Вебер в здоровую сторону, Швабах укорочен, преимущественно высокочастотная тугоухость. О каком поражении органа слуха следует думать?
186. При аудиометрическом исследовании получено нарушение воздушной и костной проводимости звуков, с преобладанием воздушной. О какой форме тугоухости говорят данные исследования?

187. У больного, с воспалительным поражением внутреннего уха появились симптомы внутричерепного осложнения. Со стороны какой черепной ямки, мы должны его ожидать, учитывая анатомические преформированные связи внутреннего уха?
188. Перечислите методы исследования вестибулярного анализатора.
189. Опишите симптомы фистульной пробы: при компрессии, при декомпрессии.
190. О каком поражении лабиринта говорят симптомы : гноетечение из левого уха, понижение слуха на левое ухо, спонтанный нистагм, положительная фистульная проба?
191. О каком поражении лабиринта говорят симптомы: отсутствие слуха на правое ухо, спонтанный нистагм влево, отсутствие нистагма при калорической пробе справа?
192. Опишите спонтанные симптомы при поражении левого лабиринта (стадия раздражения).
193. Опишите данные объективного обследования при поражении левого лабиринта (стадия раздражения).
194. Опишите данные исследования при угнетении левого лабиринта.
195. Перечислите данные исследования при выключении правого лабиринта.
196. Перечислите симптомы периферического поражения вестибулярного анализатора.
197. Перечислите симптомы центрального поражения вестибулярного анализатора.
198. Перечислите заболевания при которых могут возникать симптомы, сходные с лабиринтитам.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОБУЧЕННОСТИ УМЕТЬ

На курируемом пациенте необходимо:

1. Собрать анамнез, провести опрос больного и его родственников, провести физикальное обследование пациента, направить на лабораторно-инструментальные методы исследования и консультацию к другим специалистам при необходимости;
2. Интерпретировать результаты обследований. поставить больному предварительный диагноз, наметить необходимый дополнительный объем исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
3. Разработать больному план лечения, с учетом тяжести течения заболевания, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОБУЧЕННОСТИ ВЛАДЕТЬ

На курируемом пациенте необходимо:

1. Провести осмотр ЛОР-органов больного;
2. Провести интерпретацию данных лабораторно-инструментальных методов исследования у больных;
3. Пользуясь алгоритмом постановки предварительного диагноза и постановки развернутого клинического диагноза, поставить больному диагноз, с последующим направлением к другим специалистам при наличии сопутствующей патологии или для уточнения диагноза.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Написание курсовой работы учебным планом не предусмотрено.

5.3. Фонд оценочных средств

ФРОНТАЛЬНЫЙ ОПРОС. Перечень вопросов в пункте 5.1.

ТЕСТЫ. Перечень тестовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ 1

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. Перечень заданий:

ЗАДАЧА №1

Больной, 38 лет, жалуется на ощущение сухости в носу и глотке, некоторое затруднение носового дыхания, плохое обоняние, осиплость голоса, кашель. В последнее время отмечает слабость, сильную утомляемость. Считает, что заболел четыре года тому назад, когда жил в Нарынской области, где и родился.

Кожные покровы чистые. Изменений со стороны внутренних органов не определяется. Риноскопически определяются инфильтраты по боковой стенке и дну полости носа. Слизистая оболочка, покрывающая инфильтрат, сухая, имеются корочки. Инфильтраты распространяются по боковой стенке носоглотки на мягкое небо, образуя утолщение в центре его по задней поверхности.

Ларингоскопически: определяются инфильтраты в подвязочном пространстве в виде симметричных утолщений, расположенных ниже голосовых складок, параллельно им. Голосовая щель достаточно широка, голосовые складки подвижны. Предполагаемый диагноз? Что необходимо сделать для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА № 2

Больная жалуется на сильную боль в правом ухе, иррадирующую в область виска и темени, усиливающуюся при жевании, на повышение температуры тела до 37,4 °. Считает, что заболевание началось после того, как расцарапала слуховой проход, манипулируя в нем спичкой.

Объективно: АД- ушная раковина обычной конфигурации. В наружном слуховом проходе, на передней его стенке определяется конусовидное возвышение, кожа над ним гиперемирована. В центре образования - гнойная головка. Просвет слухового прохода резко сужен, осмотреть барабанную перепонку не удастся. Лимфоузел расположенный впереди ушной раковины, увеличен, болезненный при пальпации. Резко болезненная пальпация области козелка. АС- без видимой патологии. Шепот слышит на расстоянии 5м на оба уха.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Задача №3

Больной К., 28 лет, обратился с жалобами на охриплость голоса, чувство саднения и першение в горле, покашливание. Заболел два дня назад, после того как выпил холодное пиво. Вначале появились неприятные ощущения в горле в виде

саднения и царапания, а затем охриплость голоса и кашель.
Объективно: состояние больного удовлетворительное, температура нормальная.
Ларингоскопия: смотри диапозитив №78
Опишите ларингоскопическую картину, поставьте диагноз, выпишите рецепты.

Задача №4

Больной К., 3 года, доставлен родителями с жалобами на лающий кашель и затрудненное дыхание. Со слов матери ребенок заболел внезапно. Накануне лег спать здоровым. Вдруг среди ночи ребенок закашлялся, проснулся в испуге, стал задыхаться, посинел, сильно кашлял, голос был чистым. Такой приступ длился 15 мин. Постепенно приступ прошел и ребенок заснул. Под утро такой приступ вновь повторился.
Объективно: состояние мальчика удовлетворительное, температура 37,1
При риноскопии: узкие общие носовые ходы и слизистое отделяемое в носовой полости, голос чистый, кашель лающий.
Ларингоскопия: смотри диапозитив №79
Опишите ларингоскопическую картину, поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача №5

Больной Б., 30 лет, обратился с жалобами на затрудненное дыхание.
Больной лечился у терапевта по поводу обострения хронической пневмонии. Полчаса назад в процедурном кабинете больному сделали внутримышечную инъекцию пенициллина. Сразу же после инъекции почувствовал неловкость в горле, стало не хватать воздуха.
Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, температура нормальная, больной несколько беспокоен, при дыхании несколько удлиненный вдох.
Ларингоскопия: смотри диапозитив №86
Опишите ларингоскопическую картину, поставьте диагноз, назначьте лечение, выпишите рецепты.

Задача №6

Больной И, 18 лет, обратился с жалобами на боли в области гортани, кашель, слюнотечение, откашливание мокроты с прожилками крови, затруднение дыхания, охриплость голоса.
Сегодня утром, во время работы, сорвалась деталь со станка и ударила больного по шее. Сразу же появилась боль в области гортани, кашель, выделение слюны с примесью крови, голос стал хриплым.
Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, температура нормальная, мягкие ткани переднего отдела шеи припухшие, имеется ссадина на коже. Голос сиплый, откашливает мокроту с прожилками крови, дыхание слегка затрудненное.
Ларингоскопия: смотри диапозитив № 85
Опишите ларингоскопическую картину, поставьте диагноз, наметьте план необходимых мероприятий и лечения больного.

Задача №7

Больной К., 35 лет, обратился с жалобами на резкие боли в горле при глотании, невозможность проглотить пищу, обильное выделение слюны.
Заболел накануне вечером. Случайно выпил залпом находившуюся в стакане жидкость (думал, что вода). Сразу почувствовал боль в глотке и кашель. К утру боли усилились, стало невозможно глотать пищу.
Объективно: состояние больного удовлетворительное, температура 37,6. Глотание с болезненной гримасой. При фарингоскопии слизистая оболочка глотки гиперемирована, маленький язычок покрыт белым налетом, такой же налет отмечается местами на задней стенке глотки.
Поставьте диагноз, наметьте план дальнейшего лечения больного.

Задача № 8

Больной Д., 26 лет, обратился с жалобами на повышение температуры, боль в глотке, особенно выраженную при глотании, общую слабость, головную боль, боль в икроножных мышцах.
Заболел три дня назад.
Объективно: общее состояние удовлетворительное, $T=38,2^{\circ}$, глотание с болевой гримасой. В переднем шейном треугольнике пальпируется ангулярный лимфоузел, величиной с фасоль, болезненный.
Фарингоскопия: смотри диапозитив №2, левая небная миндалина.
Опишите фарингоскопическую картину, поставьте диагноз, назначьте лечение, выпишите рецепты.

Задача №9

Больная Б., 5 лет, обратилась с жалобами на очень плохое самочувствие, высокую температуру, охриплость голоса, кашель, временами затрудненное дыхание, которое после откашливания мокроты улучшается.
Неделю назад родители заметили у ребенка слабость, недомогание, ребенок перестал играть, стал больше лежать. Последние три дня состояние очень тяжелое.
Объективно: девочка вялая, апатичная, кожные покровы серо-землисто-го цвета, черты лица заострены, температура 38. Пульс 120 ударов в минуту, мягкий, слабого наполнения, аритмичен. При аускультации тоны сердца приглушены. Дыхание затруднено. Во время вдоха определяется втяжение податливых мест грудной клетки и живота. Голос беззвучный.
Ларингоскопическая картина: смотри диапозитив №95.
Опишите ларингоскопическую картину, поставьте диагноз, наметьте план дальнейшего лечения больного.

Задача №10

Больной П., 35 лет, обратился с жалобами на охриплость голоса. Болен около двух месяцев.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, температура нормальная, голос хриплый.
Ларингоскопическая картина: смотри диапозитив №88.
Опишите ларингоскопическую картину, поставьте диагноз, наметьте план дальнейшего обследования и лечения

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Тематика докладов:

1. Слухоулучшающие и восстановительные операции на среднем ухе.
2. Невринома VIII пары черепно-мозговых нервов (клиника, диагностика и лечение).
3. Возможности эндоскопической хирургии в ринологии.
4. Болезнь Вегенера (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
5. Склерома верхних дыхательных путей (патогенез, клиника, диагностика и лечение).
6. Сифилис гортани (диагностика, клиника и лечение).

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

На примере курируемого больного проделать следующее:

1. Ознакомиться с тематикой ЛОР-заболевания больного.
2. Выполнить правила, установленные Национальным госпиталем МЗКР.
3. Установить доверительный контакт с пациентом.
4. Собрать жалобы, анамнез болезни и жизни больного.
5. Произвести терапевтический осмотр.
6. Описать ЛОР-статус.
7. Поставить предварительный диагноз.
8. Анализировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования больного.
9. Провести дифференциальный диагноз.
10. Поставить клинический диагноз.
11. Определить тактику предполагаемого лечения.
12. Написать дневники, этапный или выписной эпикриз в учебной истории больного.
13. Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение ЛОР-заболевания по данным современных литературных источников.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Фронтальный опрос
Тесты
Ситуационная задача
Доклад с презентацией
Курация больного
Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 2

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	В.Т. Пальчун	Оториноларингология. Национальное руководство: учебник	"ГЭОТАР-Медиа" Москва 2016

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Богомильский М.Р., Чистякова В.Р.	Детская оториноларингология: Учебник	М.: ГЭОТАР-МЕД 2002
Л2.2	Сабилов И.С., Сарыбаев А.Ш., Марипов А.М., Юсупов С.А., Миррахимов М.М.	Острые респираторные вирусные инфекции и острые воспалительные заболевания глотки в условиях амбулаторной практики: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009
Л2.3	В.А. Насыров, Т.А. Изаева и другие	Диагностика кохлеарных и вестибулярных расстройств: методическое пособие	Бишкек 2013
Л2.4	Бабияк В.И., Накатис Я.А.	Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей	СПб.: Гиппократ 2005

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Неотложная помощь в оториноларингологии	http://www.sciecedireet.com
Э2	Клиническая оториноларингология	http://elibrary.ru
Э3		

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий	
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии	
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: для организации изучения дисциплины используются репродуктивные образовательные технологии, к которым относятся пояснительно иллюстративные лекции, объяснительно-разъяснительные практические занятия. Решение ситуационных задач и разбор учебных историй болезней по ноологиям.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: интерактивная форма образовательной технологии – даются темы для изучения, контроль которых производится в виде презентаций – докладов с использованием мультимедиа. Обходы профессора и преподавателей кафедры в клинических отделениях, демонстрация и разбор больных.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии: Самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	http://elibrary.ru
6.3.2.2	http://sciencedirect.com

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Лекционная аудитория на 100 посадочных мест на базе Национального госпиталя при МЗКР (кафедра оториноларингологии)
7.2	Учебные аудитории для проведения практических занятий 4 учебные аудитории на базе Национального госпиталя при МЗКР (кафедра оториноларингологии, ул. Т.Молдо 1.)
7.3	Специально оборудованные аудитории с комплексом учебно-методического обеспечения на базе Национального госпиталя при МЗКР (кафедра оториноларингологии)
7.4	Помещения, предусмотренные для оказания квалифицированной оториноларингологической медицинской помощи пациентам, оснащены специализированным оборудованием и медицинскими изделиями (оториноларингологический набор для осмотра ЛОР-органов, рефлектор, отоскоп, микроскоп для микрохирургии)
7.5	Набор для оказания экстренной медицинской хирургической ЛОР-помощи (трахеостомии, вскрытия флегмоны шеи и т.д.), противошоковый набор (на базе Национального госпиталя при МЗКР (кафедра оториноларингологии)
7.6	Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор)
7.7	Набор слайдов по реализуемым тематикам
7.8	Учебные таблицы
7.9	Учебные плакаты и стенды

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
<p>Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 3</p> <p>МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы; 2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательным компонентом модульного контроля; 3. Промежуточный контроль: определение достигнутого уровня знаний или выявления разницы между реальным уровнем освоения учебной дисциплины и совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей. <p>ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ</p> <p>Промежуточный контроль позволяет определить совокупность знаний и умений у студента по завершению изучения дисциплины в виде дифференцированного зачета.</p> <p>Преподавателю предоставляется право поставить зачет без опроса студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежные контроли.</p> <p>На промежуточном контроле студент должен правильно ответить на теоретические вопросы билета и решить ситуационную задачу.</p> <p>Студенты могут использовать наглядные пособия, технические средства, учебные программы.</p> <p>Оценка промежуточного контроля:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 баллов – Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формирует основные понятия) -20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению) -25-30 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания) <p>МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:</p> <p>Обучение складывается из аудиторных занятий (54ч.), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (18ч.).</p> <p>Основное учебное время выделяется на практическую работу по определенным нозологическим формам ЛОР-заболеваний. При изучении болезней уха, горла и носа необходимо дополнять аудиторные занятия демонстрациями больных, курацией</p>

больных, клиническими разборами и практическими навыками осмотра больных с ЛОР-патологией. Практические занятия проводятся в виде устного опроса заданного материала, демонстрацией практических навыков осмотра ЛОР-органов у больного, демонстрации видеоматериала и других наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических примеров, проведения деловых ролевых игр.

При разборе нозологических форм ЛОР - заболеваний рекомендовано придерживаться следующей последовательности:

- определение;
- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса;
- этиология;
- патогенез, роль экзогенных и эндогенных факторов в развитии заболевания;
- клиническая картина;
- критерии оценки тяжести заболевания в зависимости от стадии заболевания;
- осложнения;
- возможные исходы заболевания, критерии выздоровления, причины летальных исходов;
- обоснование диагноза в зависимости от стадии заболевания;
- лечение: обоснование консервативного и хирургического методов лечения, показания и противопоказания для оперативных вмешательств с учетом возраста, стадии заболевания и наличия сопутствующей патологии. Оказание неотложной ЛОР-помощи в условиях поликлиники и стационара.
- диспансеризация и реабилитация больных;
- профилактика.

В соответствии с ФГОС ВПО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет – ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендуемые учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисково-исследовательского характера с помощью интернет ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.

По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а так же, методические указания для преподавателей.

Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с пациентом. Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения. Аккуратности и дисциплинированности.

Исходный уровень знаний студентов на зачетном занятии определяется тестированием по всем пройденным темам в виде компьютерного тестирования или с применением бумажных носителей и устным опросом по всем пройденным темам дисциплины «оториноларингология». Текущий контроль усвоения предмета определяется в ходе практических занятий, комплексным путем, на основании устного опроса, во время клинических разборов больных, при решении типовых ситуационных задач, фото-задач и тестовых контрольных заданий.

Вопросы по оториноларингологии включены в Итоговую государственную аттестацию выпускников по специальности «Стоматология».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. Эталоны ответов

Задача №1.

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

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

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Диагноз "Вазомоторный ринит", поставлен на основании жалоб больной, данных анамнеза болезни и жизни, риноскопической картины.
2. Дифференциальная диагностика: аллергический ринит, хронический гипертрофический ринит, полипы носа.
3. Консервативное (антигистаминные препараты - лоратад, лоратадин, эбастин, назальные гормональные спреи - этоцид, нособек, авамис и т.д.) и хирургическое лечение (криодеструкция, гальванокаустика, вазотомия или конхотомия).

ЗАДАЧА №2

Больной, 32 года, обратился к оториноларингологу с жалобами на боли в правом ухе, гнойные выделения, снижение слуха,

припухлость в височно-скуловой области.

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

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

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

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Диагноз "Зигоматит" поставлен на основании жалоб больной, данных анамнеза болезни и жизни, отоскопии и осмотра сосцевидного отростка.
2. Дифференциальная диагностика: мастоидит, остеомиелит скуловой кости, новообразование скуловой кости.
3. Консервативное (антибактериальная - цефалоспорины 3-го поколения, патогенетическая и местная терапии) и хирургическое (мастоидотомия и т.д.) лечение.

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написание:

Устное выступление-доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта. Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

- выбор темы;
- консультация преподавателя;
- подготовка плана доклада;
- работа с источниками и литературой, сбор материала;
- написание текста доклада;
- выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

Мультимедийные презентации – это современный высокотехнологический вид самостоятельной работы студентов, по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint, способный донести информацию до студентов. Этот вид работы позволяет приобрести студентам навыки по сбору, систематизации, переработке информации и оформлению ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы в электронном виде. Материалы презентации представлены студентом в виде слайдов, с использованием программы PowerPoint.

Требования к студентам при подготовке презентации и ее защите на занятии :

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС, должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия;
2. Этапы подготовки презентации: план презентации включает цель и задачи данной работы, содержание и выводы презентации. Нельзя забывать, что презентация – это сопровождение доклада или выступления, а ни в коем случае его замена. Поэтому сначала необходимо разработать концепцию выступления. А затем уже браться за составление презентации. Для этого необходимо ответить на следующие вопросы:
 - какова цель презентации?
 - какова продолжительность презентации и планируемое содержание?
3. Изготовление презентации с помощью Microsoft PowerPoint:
 - Не размещайте на одном слайде несколько блоков зрительной или текстовой информации. Это отвлекает, рассеивает внимание и ухудшает концентрацию; текст должен контрастировать с фоном, иначе слайд будет плохо читаться; слайды не должны быть пестрыми и разрозненными в шрифте, цвете, так как это вредит формированию устойчивых зрительных образов; материал на слайде можно разделить на главный и дополнительный; что бы была хорошая «читаемость» слайда, для заголовка рекомендуется использовать шрифт 22-28, подзаголовок 20-24, текст и подписи и заголовки осей в диаграммах , информация в таблицах 18-22; не выносите на слайд излишне много текстового материала, из-за чего восприятие слушателей перегружается, нарушается концентрация внимания; количество слайдов не более 30.
4. Не читайте слайд дословно, лучше будет, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл, информация на слайде может быть более формальной чем в речи; оптимальная скорость переключения 1-2 минуты; студент должен сообщать новую информацию; хорошо ориентироваться в теме презентации; уметь дискутировать и быстро отвечать на поставленные вопросы.
5. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное преподавателем время; соблюдать установленный регламент: доклад – 10 минут, дискуссия – 5 минут .

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ.

Раздел №1

1. Отток крови наружного носа происходит в:
 - а) глазничную вену
 - б) переднюю лицевую вену
 - в) щитовидную вену
 - г) язычную вену

2. Хоана – это:
 - а) задние отделы верхнего носового хода
 - б) отверстие из полости носа в носоглотку
 - в) задние отделы нижнего носового хода
 - г) задние отделы общего носового хода

3. Сошник входит в состав стенки полости носа:
 - а) верхней
 - б) нижней
 - в) латеральной
 - г) медиальной

4. Толщина продырявленной пластинки решетчатой кости:
 - а) 1 мм
 - б) 2 – 3 мм
 - в) 4 – 5 мм
 - г) 5 – 6 мм

5. В состав наружной стенки полости носа входит:
 - а) носовая кость
 - б) лобная, теменные кости
 - в) основная кость
 - г) небная кость

6. В состав верхней стенки полости носа не входит:
 - а) лобная кость
 - б) небная кость
 - в) носовая кость
 - г) основная кость

7. Глабелла – это:
 - а) точка над передней носовой осью
 - б) зона перехода корня носа к уровню бровей
 - в) область спинки носа
 - г) зона передней выступающей части подбородка

8. Зона Киссельбаха в полости носа находится:
 - а) в передненижнем отделе носовой перегородки
 - б) в верхнем отделе носовой перегородки
 - в) в слизистой нижней носовой раковины
 - г) в слизистой средней носовой раковины

9. В нижний носовой ход открывается:
 - а) верхнечелюстная пазуха
 - б) лобная пазуха
 - в) задние клетки решетчатого лабиринта
 - г) носослезный канал

10. Основную роль в согревании воздуха в носовой полости играет:
 - а) костная ткань
 - б) хрящевая ткань
 - в) кавернозная ткань
 - г) слизистые железы

11. Особенностью строения слизистой оболочки носа является:

- а) наличие бокаловидных клеток
- б) наличие слизистых желез
- в) наличие в подслизистом слое кавернозных сплетений
- г) наличие мерцательного эпителия

12. К верхним резонаторам не относятся:

- а) нос и пазухи
- б) глотка и преддверие гортани
- в) подскладковое пространство гортани
- г) полость черепа

13. Молекулы пахучих веществ называются:

- а) опсоины
- б) одоривекторы
- в) эндопорфирины
- г) отоконии

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

- а) от 8 до 20
- б) 20-40
- в) 0-60
- г) 24

15. С медиальной стенкой орбиты граничат околоносовые пазухи:

- а) верхнечелюстные
- б) лобные
- в) решетчатые
- г) основная

16. Клетки решетчатого лабиринта резонируют на:

- а) более высокие звуки
- б) высокие и низкие тона
- в) более низкие тона
- г) в резонаторной функции носа не участвуют

17. Выводное отверстие задних клеток решетчатого лабиринта открывается:

- а) в нижний носовой ход
- б) в средний носовой ход
- в) в верхний носовой ход
- г) в хоану

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

- а) средней
- б) нижний и средний
- в) только верхний
- г) средний и верхний

19. Основная часть воздуха поступает в околоносовые пазухи носа:

- а) при вдохе
- б) при выдохе
- в) одинаково при вдохе и выдохе
- г) зависит от возраста

20. Наиболее информативный метод исследования решетчатого лабиринта:

- а) рентгенография
- б) контрастная рентгенография
- в) компьютерная томография
- г) диафаноскопия

21. В резонаторной функции носа участвуют:

- а) все пазухи носа
- б) только гайморовы пазухи
- в) только задние клетки решетчатой кости
- г) только основная пазуха

22. Задние клетки решетчатого лабиринта чаще граничат с нервом:

- а) тройничным
- б) зрительным
- в) блоковым
- г) отводящим

23. Участок ушной раковины не имеет хряща:

- а) завиток
- б) противозавиток
- в) мочка
- г) противокозелок

24. На ушной раковине кожа плотно сращена с надхрящницей в области:

- а) выпуклой поверхности
- б) вогнутой
- в) мочки
- г) не сращена

25. Длина наружного слухового прохода у взрослого:

- а) 1,5 см
- б) 2,0 см
- в) 2,5 см
- г) 3,0 см

26. Просвет слухового прохода в диаметре у взрослого:

- а) 0,5 – 0,6 см
- б) 0,6 – 0,7 см
- в) 0,7 – 0,9 см
- г) 1,0 – 1,1 см

27. Наружный слуховой проход состоит только:

- а) из перепончато-хрящевого отдела
- б) из костного и фиброзного
- в) из фиброзно-соединительной ткани
- г) из перепончато-хрящевого и костного

28. Санториниевы щели расположены на стенке наружного слухового прохода:

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

29. Благодаря рыхлой клетчатке слуховой проход граничит с околоушной железой:

- а) снизу
- б) сверху
- в) спереди
- г) сзади

30. Для осмотра барабанной перепонки у взрослого ушную раковину оттягивают:

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

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

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

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

- а) у входа в наружный слуховой проход
- б) в середине перепончато-хрящевого отдела

- в) на границе перепончато-хрящевого и костного отделов
- г) на границе с барабанной перепонкой

Правильный ответ: в

33. Перепончатохрящевой отдел наружного слухового прохода не содержит:

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

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

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

35. Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит:

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

36. Задняя стенка наружного слухового прохода граничит:

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

37. Барабанная перепонка является стенкой барабанной полости:

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

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

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

39. Наибольшее расстояние барабанной перепонки от медиальной стенки полости:

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

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

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

41. Это образование на барабанной перепонке не является анатомическим:

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

42. Не относится к опознавательным пунктам барабанной перепонки:

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

43. Не относится к опознавательным пунктам барабанной перепонки:

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

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

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

45. Это образование не относится к звукопроводящей системе:

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

46. Истинный объем барабанной полости:

- а) 0,5 см³
- б) 1,0 см³
- в) 2,0 см³
- г) 2,5 см³

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

- а) кавернозным синусом
- б) яремной веной
- в) позвоночной артерией
- г) внутренней сонной артерией

48. Слуховые косточки в основном расположены:

- а) в эпитимпануме
- б) в мезотимпануме
- в) в гипотимпануме
- г) во всех отделах барабанной полости

49. Овальное окно преддверия прикрыто:

- а) вторичной барабанной перепонкой
- б) подножной пластинкой стремечка
- в) наковальней
- г) барабанной струной

50. Эта линия не является границей треугольника Шипо:

- а) сверху-височная линия-продолжение скуловой дуги
- б) прямая, проходящая по задней стенке наружного слухового прохода до височной линии
- в) вертикаль, соединяющая задний край верхушки сосцевидного отростка и височную линию
- г) вертикаль, соединяющая передний край верхушки сосцевидного отростка и височную линию

51. Кровоснабжение сосцевидной области осуществляется за счет:

- а) задней ушной артерии
- б) лицевой
- в) затылочной
- г) челюстной

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

- а) вибрирующая поверхность барабанной перепонки, которая в 17 раз больше основания стремени, т.е. энергия возрастает в 17 раз
- б) рукоятка молоточка, которая в 1,3 раза длиннее короткого отростка наковальни
- в) вибрация барабанной перепонки и рычажный механизм цепи слуховых косточек, приводящие к возрастанию силы в 22 раза (до 25дБ)
- г) наличие дегисценций на верхней стенке барабанной полости

53. Костный лабиринт внутреннего уха не включает:

- а) улитку
- б) внутренний слуховой проход
- в) преддверие
- г) полукружные каналы

54. Информация не верна:

- а) в каждом полукружном канале имеется гладкое и расширенное колено
- б) у переднего и заднего каналов гладкие колена слиты в одно общее
- в) все пять колен обращены к эллиптическому карману преддверия
- г) все пять колен обращены к сферическому карману

55. Перепончатые полукружные каналы сообщаются с:

- а) улиткой
- б) с эллиптическим мешочком
- в) с эдолимфатическим протоком
- г) со сферическим мешочком

56. Улитка – костный спиральный канал имеющий у человека:

- а) 1 оборот вокруг костного стержня – modiolus
- б) 1,5
- в) 2
- г) 2,5

57. Перстневидный и щитовидный хрящи гортани являются:

- а) гиалиновыми
- б) эластическими
- в) смешанными (геалиново - эластическими)
- г) рудиментарными

58. Перстневидный хрящ состоит из:

- а) 2 – х пластинок сросшихся под углом
- б) основания и лепестка
- в) печатки и дуги
- г) арки и тела

59. Надгортанник является:

- а) не хрящевой тканью
- б) смешанным хрящем
- в) гиалиновым хрящем
- г) эластическим хрящем

60. Перстневидный и щитовидный хрящи соединены между собой:

- а) плотно – неподвижно
- б) посредством сустава
- в) одной единственной мышцей и висят друг на друге
- г) не соединяются между собой

61. Черпаловидный хрящ имеет отростки в количестве:

- а) двух
- б) трех
- в) четырех
- г) одного

62. Голосовая мышца задним концом прикрепляется к:

- а) рожковидному хрящу
- б) голосовому отростку черпаловидного хряща
- в) мышечному отростку черпаловидного хряща
- г) основанию черпаловидного хряща

63. К парным хрящам гортани относится:

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

64. К парным хрящам гортани относится:

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

65. К парным хрящам гортани относится:

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

66. Непарными хрящами гортани являются:

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

67. Непарными хрящами гортани являются:

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

68. Непарными хрящами гортани являются:

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

69. Перстневидный и черпаловидный хрящи соединены между собой:

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

Раздел №2

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

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

2. При остром гнойном среднем отите барабанная перепонка:

- а) перламутрового цвета
- б) с наличием перфорации с оmozоленными краями
- в) гиперемирована
- г) с известковыми отложениями в ней

3. Причиной развития острого гнойного среднего отита могут быть только:

- а) стрептококки, стафилококки
- б) вирусы, аденовирусы, анаэробы
- в) синегнойная и кишечная палочка, протей
- г) все вышеперечисленное

4. Парацентез при остром гнойном среднем отите не показан при:

- а) гиперемии, выбухании барабанной перепонки
- б) высокой температуре тела 38-39°C
- в) менингизме
- г) краевой перфорации барабанной перепонки

5. Первый период острого гнойного среднего отита характеризуется:

- а) возникновением и развитием воспалительного процесса в среднем ухе
- б) прободением барабанной перепонки
- в) гноетечением из уха
- г) прекращением воспалительного процесса

6. Распространение гноя при гнойном отите в область верхушки сосцевидного отростка называется:

- а) петрозит
- б) верхушечно-шейный (Бецольдовский мастоидит)

- в) зигоматитит
г) апицит
7. Характерный отоскопический симптомом мастоидита:
а) нависание задневерхней стенки в костном отделе наружного слухового прохода
б) гноеетечение
в) укорочение светового конуса
г) втянутость барабанной перепонки
8. При мастоидите на рентгенограмме определяется только:
а) снижение пневматизации клеток сосцевидного отростка
б) завуалированность антрума (пещеры)
в) разрушение костных перегородок между клетками сосцевидного отростка
г) все перечисленное верно
9. Для развития мастоидита наилучшие условия создаются при типе строения сосцевидного отростка:
а) склеротическом
б) диплоэтическом
в) пневматическом
г) смешанном
10. Слуховая функция при мастоидите чаще:
а) нормальная
б) снижена
в) полное отсутствие слуха
г) обостренный слух
11. Стойкая перфорация барабанной перепонки характерна для:
а) острого гнойного среднего отита
б) хронического гнойного среднего отита
в) острого экссудативного среднего отита
г) рецидивирующего острого среднего отита
12. Перфорация в расслабленной части барабанной перепонки характерна для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) хронического гнойного эпитимпанита
в) хронического экссудативного среднего отита
г) хронической сенсоневральной тугоухости
13. Перфорация в натянутой части барабанной полости характерна для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) хронического гнойного эпитимпанита
в) хронического экссудативного среднего отита
г) хронической сенсоневральной тугоухости
14. Красная перфорация барабанной перепонки характерна для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) хронического гнойного эпитимпанита
в) хронического экссудативного среднего отита
г) хронической сенсоневральной тугоухости
15. Гнойное отделяемое с неприятным запахом характерно для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) хронического гнойного эпитимпанита
в) острого гнойного среднего отита
г) хронического экссудативного среднего отита
16. При наличии кариозного процесса в височной кости при эпитимпаните показано:
а) только консервативная терапия
б) только saniрующая операция с удалением измененной кости
в) при отсутствии обострения лечение не проводится
г) saniрующая операция на ухе и консервативная терапия
17. Для хронического гнойного мезотимпанита справа и здоровом левом ухе характерно:
а) Опыт Вебера - латерализация звука вправо
б) Швабах - укорочен справа
в) Ринне - положительный
г) Федеричи – положительный
18. Для хронического гнойного среднего отита характерно:
а) выделение из уха крови

- б) выделение из уха серозногеморрагической жидкости
 - в) гноетечение из уха
 - г) выделение из уха ликвора
19. Амнестическая афазия является ведущим симптомом у правшей для:
- а) субдурального абсцесса
 - б) менингита
 - в) абсцесса левой височной доли мозга у правшей
 - г) абсцесса мозжечка
20. Характерный симптом абсцесса левой височной доли мозга у правшей:
- а) нарушение сознания
 - б) амнестическая афазия
 - в) ригидность затылочных мышц
 - г) симптом Кернига
21. При отогенном абсцессе височной доли головная боль чаще всего локализуется:
- а) на стороне поражения
 - б) в затылочной области
 - в) в теменной области
 - г) на противоположной стороне
22. Двигательные нарушения при абсцессе левой височной доли мозга возникают:
- а) на стороне поражения
 - б) на противоположной стороне
 - в) на обеих сторонах
 - г) не возникают
23. При абсцессе левой височной доли мозга у правшей может быть:
- а) только амнестическая афазия
 - б) только сенсорная афазия
 - в) только моторная афазия
 - г) все перечисленное
24. При абсцессе правой височной доли мозга головная боль наиболее часто локализуется:
- а) в височнотеменной области справа
 - б) в височнотеменной области слева
 - в) в затылочной области
 - г) в лобной области
25. Основным локальным симптомом абсцесса правой височной доли является:
- а) афазия
 - б) гемианопсия
 - в) появление спонтанного нистагма
 - г) нарушение координации
26. Наиболее точным методом диагностики абсцессов мозга является:
- а) ангиография
 - б) рентгенография черепа и височных костей
 - в) компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс
 - г) вентрикулография
27. При абсцессе височной доли мозга показано срочное хирургическое лечение в виде:
- а) мастоидотомии
 - б) тимпанопластики
 - в) антродренажа
 - г) расширенной радикальной операции
28. Мутный ликвор, цитоз до 30000 клеток в 1 мкл, выделяется из иглы под давлением 500 мм вод. ст. при:
- а) абсцессе мозга
 - б) арахноидите
 - в) менингите
 - г) в норме
29. При лечении гнойного отогенного менингита проводится только:
- а) расширенная радикальная операция
 - б) антибиотикотерапия, дегидратационная и дезинтоксикационная
 - в) антромастоидэктомия, антибиотикотерапия
 - г) расширенная радикальная операция с обнажением dura mater и сигмовидного синуса, антибиотикотерапия, дегидратация и дезинтоксикация
30. Патогномоничный симптом при отосклерозе:
- а) приступы системного лабиринтного головокружения
 - б) шум в больном ухе
 - в) паракузис Willisii
 - г) гноетечение из больного уха
32. При отосклерозе слух снижен по типу нарушения только:

- а) звуковосприятия
 - б) звукопроведения
 - в) с костно-воздушным разрывом между кривыми
 - г) все верно
33. При отосклерозе опыты Ринне, Желле, Федеричи:
- а) Ринне и Федеричи положительные
 - б) Ринне положительный, Федеричи отрицательный
 - в) Желле отрицательный, Ринне положительный
 - г) Ринне, Желле, Федеричи отрицательный
34. Носовое кровотечение чаще возникает из:
- а) нижней носовой раковины
 - б) средней носовой раковины
 - в) переднее - нижнего отдела перегородки носа
 - г) заднего отдела перегородки носа
35. Носовые кровотечения чаще всего бывают из слизистой:
- а) дна полости носа
 - б) нижней носовой раковины
 - в) средней носовой раковины
 - г) перегородки носа
- Правильный ответ: г
36. В зависимости от причины носовые кровотечения делятся на:
- а) сосудистые
 - б) общие и местные
 - в) атрофические
 - г) травматические
37. Местной причиной носового кровотечения является:
- а) артериальная гипертензия
 - б) атеросклероз
 - в) лейкоз
 - г) травма носа
38. Причины носового кровотечения это только:
- а) атеросклероз
 - б) гипертоническая болезнь
 - в) болезни крови
 - г) все перечисленное
39. Стадия раздражения при остром рините обычно продолжается:
- а) от нескольких часов до 1 – 2 суток
 - б) от 30 минут до 2 часов
 - в) 3 – 4 суток
 - г) до недели
40. В клинике острого ринита выделяют:
- а) 2 стадии
 - б) 3 стадии
 - в) 4 стадии
 - г) 5 стадий
41. 1 стадия острого ринита называется:
- а) сухого раздражения
 - б) серозной экссудации
 - в) слизисто – гнойного отделяемого
 - г) бессимптомных проявлений
42. Передний сухой ринит, одна из форм:
- а) атрофического ринита
 - б) вазомоторного ринита
 - в) гипертрофического ринита
 - г) аллергического ринита
43. При лечении атрофического ринита используют:
- а) препараты Вит. А, Е
 - б) 3% эуфиллин
 - в) препараты висмута
 - г) раствор протаргола
44. Первичный атрофический ринит может быть проявлением:
- а) железодефицитной анемии
 - б) В12 дефицитной анемии

- в) апластической анемии
г) гемобластозов
45. Триадой симптомов вазомоторного ринита является:
а) перемеживающаяся заложенность носа, слизистогнойные выделения, головная боль
б) многократное чихание, затрудненное носовое дыхание, выделения из носа
в) нарушение носового дыхания, сухость в носу, anosmia
г) головная боль, гипосмия, многократное чихание
46. Для аллергического ринита характерно отделяемое:
а) слизистое
б) геморрагическое
в) гнойное
г) серозное
47. Для аллергической формы вазомоторного ринита характерно увеличение в крови:
а) эозинофилов
б) нейтрофилов
в) базофилов
г) моноцитов
48. Симптомом вазомоторного ринита не является:
а) заложенность носа
б) выделения из носа
в) нарушение обоняния
г) боли в горле
49. Аденоиды это:
а) железа
б) гипертрофия глоточной миндалины
в) лимфатический узел
г) разрастание соединительной ткани
- Правильный ответ: б
50. При гипертрофии глоточной миндалины I степени лимфаденоидная ткань прикрывает:
а) верхнюю треть сошника
б) верхние две трети сошника
в) весь сошник
г) устья слуховых труб
51. Аденоиды II степени прикрывают сошник:
а) на одну треть
б) на две трети
в) полностью
г) не прикрывают
53. При гипертрофии глоточной миндалины III степени сошник прикрыт:
а) на одну треть
б) на две трети
в) полностью
г) не прикрыт
54. Абсолютным показанием для проведения аденотомии является:
а) искривление носовой перегородки
б) вазомоторный ринит
в) рецидивирующий средний отит
г) хоанальный полип
55. Ведущие этиологические факторы для фарингитов:
а) алкоголь, курение
б) чрезмерные голосовые нагрузки, холодная или горячая пища, нарушение носового дыхания
в) нарушение голосового режима, застойные явления в глотке при декомпенсации сердечной деятельности
г) работа в холодном помещении
56. Формы хронических фарингитов:
а) гиперпластический и некротический
б) серозный и гнойный
в) катаральный, атрофический, гипертрофический
г) катаральный, аллергический, некротический
57. Розовые гранулы на задней стенке глотки характерны для хронического фарингита:
а) гипертрофического
б) атрофического

- в) субатрофического
- г) катарального

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

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

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

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

60. Для катаральной ангины характерно:

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

61. Для лакунарной ангины характерно:

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

62. Для фолликулярной ангины характерно:

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

63. Налеты желто-белого цвета в устьях лакун характерны для ангины:

- а) лакунарной
- б) катаральной
- в) фолликулярной
- г) некротической

64. Для лечения вульгарных ангин наиболее эффективно применение антибиотиков группы:

- а) сульфаниламиды (бисептол)
- б) синтетические пенициллины (амоксиклав)
- в) тетрациклины (доксицилин)
- г) фторхинолоны (ципрофлоксацин)

65. Осложнением ангины у взрослых может быть абсцесс:

- а) эпидуральный
- б) заглоточный
- в) паратонзиллярный
- г) надгортанника

66. Первое место среди осложнений ангин занимают:

- а) парафарингиты и парафарингеальный абсцесс
- б) паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
- в) ларингиты
- г) отиты

67. При заболевании крови вторичная ангина наблюдается при:

- а) гемофилии
- б) лейкозе
- в) капилляротоксикозе
- г) гемморагическом васкулите

68. Плотные, грязно-серые, плохо снимаемые налеты на миндалинах, распространяющиеся на небные дужки свидетельствуют о:

- а) фолликулярной ангине
- б) лакунарной ангине
- в) некротической ангине

г) дифтерии

69. При ангине налеты с миндалин удалять:

а) следует всегда

б) только при лакунарной

в) только при язвенно-пленчатой

г) не следует

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

Диагноз:

а) дифтерия зева

б) флегмонозная ангина

в) агранулоцитарная ангина

г) язвенно-пленчатая ангина

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

а) удушье

б) боль

в) озноб, ознобление

г) огонь

72. Возбудителем ангины Симоновского – Венсана является:

а) симбиоз спирохеты полости рта и веретенообразной палочки

б) симбиоз В – гемолитического стрептококка и грибов рода Candida

в) симбиоз эпидермального стрептококка и синегнойной палочки

г) спирохеты полости рта и стрептококка

73. Самое опасное осложнение паратонзиллярного абсцесса:

а) абсцесс язычка

б) медиастинит

в) тромбоз сигмовидного синуса

г) менингит

74. Для паратонзиллита характерно:

а) нагноение ткани миндалин

б) воспаление околоминдаликовой клетчатки

в) инфильтрация зачелюстной оболочки

г) воспаление заглочных лимфатических узлов

75. Для фарингоскопической картины при одностороннем паратонзиллярном абсцессе характерно:

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

б) только гиперемия и инфильтрация небной миндалины

в) только смещение язычка в сторону поражения

г) все перечисленное

76. При паратонзиллярном абсцессе необходимо провести:

а) пункцию с последующим вскрытием абсцесса

б) физиолечение

в) полоскание антисептиками

г) все перечисленное

77. Паратонзиллярный абсцесс можно не дифференцировать с:

а) дифтерией

б) опухолью миндалин

в) туберкулезом глотки

г) паратонзиллитом

78. Односторонняя боль при глотании, температура 38 градусов, инфильтрация над миндалиной слева, язычок смещен вправо. Ваш диагноз:

а) заглочный абсцесс

б) окологлочный абсцесс

в) острый аденоидит

г) паратонзиллярный абсцесс слева

80. Различают 2 формы хронического неспецифического тонзиллита по И.Б.Солдатову:

а) туберкулезный и сифилитический

б) простая и токсикоаллергическая

в) компенсированный и субкомпенсированный

г) компенсированный и декомпенсированный

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

а) санации лакун

б) системной антибиотикотерапии

в) полоскания глотки

г) физиолечения

82. К консервативному лечению хронического тонзиллита относится:

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

83. К консервативному лечению хронического тонзиллита относятся:

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

84. Показанием к тонзиллэктомии является:

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

85. Хронический тонзиллит дифференцируют с:

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

86. К осложнениям после тонзилэктомии относится только:

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

87. Для юношеской ангиофибромы характерна триада симптомов:

- а) носоглоточная опухоль, заложенность носа, рецидивирующие носовые кровотечения
- б) аденоиды, опухоль в носоглотке, субфебрилитет
- в) изменение мягкого неба, насморк, приступы удушья
- г) опухоль носовой перегородки, бледная слизистая полости носа, инъеция сосудов полости носа

88. Юношескую ангиофиброму необходимо дифференцировать с:

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

89. Наиболее часто встречаются следующие ожоги пищевода:

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

90. Ятрогенными чаще бывают следующие ожоги пищевода:

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

91. Электрические ожоги пищевода относятся к следующим поражениям:

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

92. В клинике острых ожогов пищевода выделяют:

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

93. Коликвационный (мокнущий) некроз пищевода образуется:

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

94. Коагуляционный некроз пищевода образуется:

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

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

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

96. Для коникотомии при стенозе гортани необходимо произвести разрез:

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

97. Причиной хронического рубцового стеноза гортани чаще всего является:

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

98. «Ложный» круп развивается:

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

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

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

100. Для «ложного» крупа характерно:

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

101. Наиболее достоверный признак злокачественной опухоли складкового отдела гортани:

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

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

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

103. Основным методом лечения рака гортани является:

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

104. К облигатным предракам гортани относится:

- а) фиброма гортани
- б) пахидермия и лейкоплакия
- в) хронический ларингит
- г) склеродермия

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 25 закрытых вопросов.
2. К заданию даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Студенту необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильный ответ - 4 балла.
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в%).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ (РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ)

1. Поставить правильный диагноз – 25%.
2. Выбрать правильный план обследования – 25%.
3. Провести дифференциальную диагностику – 25%.
4. Назначить правильное лечение – 25%.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО (текущий контроль)

1. Ознакомиться с тематикой больного, страдающий хроническим средним отитом – 5%.
2. Выполнить правила, установленные НГ МЗ КР - 5%.
3. Установить доверительный контакт с пациентом - 5%.
4. Произвести сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни больного – 5%.
5. Произвести осмотр и обследование по внутренним органам – 10%.
6. Описать ЛОР-статус - 15%.
7. Поставить предварительный диагноз – 5%.
8. Собрать лабораторные и инструментальные данные исследования - 5%.
9. Провести дифференциальный диагноз хронических средних отитов – 10%.
10. Поставить клинический диагноз - 15%.
11. Определить тактику предполагаемого лечения – 10%.
12. Написать дневники, этапный или выписной эпикриз в учебной истории больного - 5%.
13. Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение дерматоза по современным данным литературных источников - 5%.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка в %
ФОРМА		10
1.	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2.	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а так же внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1.	Соответствие теме по разделу оториноларингологии	0-10
2.	Наличие основной темы(тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3.	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами по этиологии, патогенезу, клинике и лечению больного с ЛОР-заболеванием)	0-15
4.	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1.	Титульный лист с заголовком по разделу оториноларингологии	0-2
2.	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3.	Текст презентации написан кратко, хорошо сформулированные идеи, четко и ясно изложены, раскрывают основные моменты этиологии, патогенеза, клиники и лечения ЛОР-заболевания	0-10
4.	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5.	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15

1.	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2.	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3.	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание анатомии, физиологии и методов обследования ЛОР-органов, этиологии, патогенеза, клиники и методов лечения ЛОР-заболеваний.
2. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
3. Владение терминологией и использование его при ответе.
4. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Отметкой (16-20 баллов) оценивается ответ, который изложен в доступной форме соответственно терминологии применяемой в оториноларингологии, а так же в целом в медицине; отличные знания анатомии, физиологии и методов исследования ЛОР-органов; глубокие познания в области этиологии и патогенеза ЛОР-заболеваний; хорошо разбирается в клинических проявлениях, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении ЛОР-заболеваний.

Отметкой (10-15 баллов) оценивается ответ, который показывает прочные знания терминологии, применяемой в оториноларингологии и в целом в медицине; хорошие знания анатомии, физиологии и методов исследования ЛОР-органов; не достаточно глубокие познания в области этиологии и патогенеза ЛОР-заболеваний; разбирается в клинических проявлениях, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении ЛОР-заболеваний.

Отметкой (5-10 баллов) оценивается ответ, который показывает средние знания анатомии, физиологии и методов исследования ЛОР-органов; средние познания в области этиологии и патогенеза ЛОР-заболеваний; не глубоко разбирается в клинических проявлениях, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении ЛОР-заболеваний.

Отметкой (1-4 баллов) оценивается ответ, который показывает слабое владение медицинской терминологией; слабые знания анатомии, физиологии и методов исследования ЛОР-органов; плохие познания в области этиологии и патогенеза ЛОР-заболеваний; относительно свободно ориентируется в клинических проявлениях, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении ЛОР-заболеваний и допускает серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой (8-10 баллов) оценивается ответ, при котором студент ставит постановку диагноза ЛОР-заболевания самостоятельно; владеет методами обследования ЛОР-органов, профессионально выражает и обосновывает свою позицию по основным клиническим нозологиям, по организации и структуре оториноларингологической помощи, по современным подходам в комплексном лечении ЛОР-заболеваний (этиотропная и патогенетическая терапии); выявляет степень и характер поражения ЛОР-органов, умеет анализировать при постановке диагноза, дифференциальной диагностике и назначении терапии при различных ЛОР-заболеваниях.

Отметкой (4-7 баллов), оценивается ответ, при котором студент ставит постановку диагноза ЛОР-заболевания самостоятельно, но не оценивает альтернативные решения диагностики; недостаточно профессионально выражает и обосновывает свою позицию по основным клиническим формам ЛОР-заболеваний, по современным подходам в комплексном лечении ЛОР-заболеваний(этиотропная и патогенетическая терапии); достаточно глубоко выявляет степень и характер поражения ЛОР-органов, достаточно умеет анализировать при постановке диагноза, дифференциальной диагностике и назначении терапии при различных ЛОР-заболеваниях; демонстрирует достаточное понимание проблемы, большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО проводится по следующей схеме:

1. Теоретическая подготовка к курации больного (ознакомление с тематикой хронического мезотимпанита);
2. Соблюдение режима и правил, установленные Национальным госпиталем МЗ КР, нахождения студентов в стационаре (наличие санитарной книжки и т.д.);
3. На одного пациента приходится 2 студента;
4. Установление доверительного контакта с пациентом;
5. Сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни больного;
6. Осмотр и обследование больного по системам внутренних органов;
7. Осмотр и описание ЛОР-статуса;
8. Постановка предварительного диагноза;
9. Сбор лабораторных и инструментальных методов обследования;
10. Проведение дифференциального диагноза хронических отитов;
11. Постановка клинического диагноза;
12. Описание тактики предполагаемого лечения;
13. Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в учебной истории больного;
14. Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению хронического среднего отита по данным современных литературных источников;
15. Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и преподавателей кафедры.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

Курс 5, семестр 9, количество ЗЕТ – 3, отчетность –диф.зачет.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График Контроля (неделя семестра)
Модуль 1					
1.Анатомия, физиология и методы исследования ЛОР-органов	Текущий контроль	Посещаемость Ведение конспекта Фронтальный опрос Доклад с презентацией	10	15	3
	Рубежный контроль	Тест	5	10	
Модуль 2					
2. Заболевания уха	Текущий контроль	Посещаемость Ведение конспекта Фронтальный опрос Доклад с презентацией	5	10	5
	Рубежный контроль	Тест Ситуационная задача	5	10	
Модуль 3					
3. Заболевания верхних дыхательных путей	Текущий контроль	Посещаемость Ведение конспекта Фронтальный опрос Доклад с презентацией	10	15	7
	Рубежный контроль	Тест Ситуационная задача	5	10	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль			20	30	8
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное практическое и лекционное занятие снимается 1 балл

