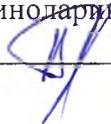


Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 04.03.2026 21:07:23  
Уникальный программный ключ:  
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры  
оториноларингологии  
протокол № 6 от «28» 10 2025 г.  
заведующий кафедрой  
оториноларингологии  
профессор  В.С.Пискунов

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании ученого совета  
Института непрерывного образования  
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.  
председатель ученого совета  
Института непрерывного образования  
доцент  Л.Л. Квачахия



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ  
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ  
38.08.58. Оториноларингология**

**Разработчики рабочей программы:**

Профессор кафедры д.м.н. В.С.Пискунов

Курск – 2025

Программа государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности **38.08.58 Оториноларингология** обсуждена на методическом совете факультета последипломного образования « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности **38.08.58 Оториноларингология**

**1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА)** является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности **38.08.58 Оториноларингология**, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

## **2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

## **3. Программа государственного экзамена**

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА  
Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очередности. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании об-

суждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утверждёнными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

#### **Критерии оценки результатов государственного экзамена**

<b>Оценка в баллах</b>	<b>Содержание ответа</b>
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

#### **4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.**

##### 4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

### **I**

1. Основные этапы развития отечественной оториноларингологии.
2. Анатомия слухового анализатора.
3. Сосцевидный отросток, типы его строения, возрастные особенности.
4. Анатомия внутреннего уха.
5. Анатомия наружного носа.
6. Анатомия полости носа и околоносовых пазух. Работы Н.И. Пирогова.

7. Анатомия околоносовых пазух, их физиологическая роль.
8. Анатомия барабанной полости.
9. Анатомия и физиология глотки, лимфатическое кольцо Н.И. Пирогова-Вальдейера.
10. Анатомия гортани, фонология.
11. Клиническая анатомия среднего уха.
12. Лимфаденоидное глоточное кольцо, его физиологическая роль в детском возрасте.
13. Анатомия и физиология слуховой трубы.
14. Судебно-медицинские аспекты неоказания медицинской помощи в оториноларингологической практике.
15. Внутренние мышцы гортани, их физиологическая роль.
16. Клиническая анатомия околоносовых пазух носа.
17. Возможные ошибки оториноларинголога в хирургической практике.
18. Значение носового дыхания для организма.
19. Звукопроводящий отдел слухового анализатора.
20. Строение улитки, кортиева орган.
21. Анатомия хрящей гортани.
22. Клиническая анатомия трахеи и бронхов.
23. Клиническая анатомия пищевода.
24. Социальное значение голоса и речи. Сурдология, фонология, логопедия.
25. Клиническая анатомия клиновидной пазухи.
26. Клиническая анатомия верхнечелюстной пазухи.
27. Анатомо-морфологические связи носа и околоносовых пазух с полостью черепа и орбиты.
28. Клиническая анатомия решетчатого лабиринта.
29. Клиническая анатомия лобной пазухи.
30. Анатомические связи среднего и внутреннего уха с полостью черепа, их значение в возникновении внутричерепных осложнений.
31. Мукоцилиарная транспортная система, клиренс слизистой оболочки дыхательных путей.
32. Направление движения слизи в полости носа, околоносовых пазухах, нижних дыхательных путях.
33. Значение состояния выводных отверстий околоносовых пазух в патогенезе синуситов.
34. Значение верхних дыхательных путей, связь патологических процессов верхних дыхательных путей с заболеваниями других органов и систем.
35. Принципы рентгенологической диагностики заболеваний околоносовых пазух, контрастирование околоносовых пазух.

## II

1. Язвенно-пленчатая ангина Симановского-Венсана, клиника, диагностика, лечение
2. Острые риниты, причины, стадии; особенности течения ринита у детей.
3. Инородные тела полости носа. методы их удаления. Ринолиты. Врачебные ошибки при оказании помощи больным с инородными телами носа.

4. Внутриорбитальные осложнения при заболеваниях околоносовых пазух.
5. Особенности заболевания околоносовых пазух в детском возрасте.
6. Инородные тела наружного слухового прохода. Типичные ошибки медицинских работников при удалении инородных тел.
7. Озена, клиника, лечение.
8. Заболевания наружного уха (фурункул, отгематома).
9. Хирургические методы лечения гнойных средних хронических отитов.
10. Искривление носовой перегородки, лечение.
11. Классификация хронического тонзиллита.
12. Носовое кровотечение, причины, лечение. Наиболее типичные ошибки при оказании помощи больным с носовыми кровотечениями.
13. Аденоиды, их значение в патологии детского возраста.
14. Острые и хронические фарингиты.
15. Место оториноларингологии среди других клинических дисциплин. Законы о хирургических операциях.
16. Дифференциальная диагностика поражений лабиринта и мозжечка.
17. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов; клиника, диагностика, лечение. Трахеобронхоскопия. Тактика оказания врачебной помощи. Возможные врачебные ошибки.
18. Показания к антротомии и радикальной операции на ухе, тимпанопластика.
19. Отогенный сепсис, синустромбоз, клиника, лечение.
20. Отосклероз, клиника, диагностика, лечение. Стапедопластика.
21. Отогенные абсцессы височной доли мозга, клиника, диагностика, лечение.
22. Отогенный экстрадуральный абсцесс. Клиника, диагностика, лечение.
23. Мастоидит, формы, клиника, диагностика, лечение. Антротомия.
24. Химические ожоги пищевода, рубцовые сужения, клиника, диагностика, лечение. Бужирование пищевода.
25. Фурункул носа, клиника, лечение, возможные осложнения.
26. Отогенный менингит, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
27. Принципы хирургического лечения отогенных внутричерепных осложнений.
28. Риногенные внутричерепные осложнения, клиника, лечебная тактика.
29. Хронические стенозы гортани, причины, клиника, лечение.
30. Острые стенозы гортани, причины, стадии, диагностика, лечение.
31. Катаральный средний отит, адгезивный отит: этиология, диагностика, принципы лечения.
32. Болезнь Менъера: симптомы, формы, лечебная тактика.
33. Отосклероз, этиология, патогенез, формы, принципы хирургического лечения. Стапедопластика.

### III

1. Клиника, диагностика, профилактика и лечение ангин.

2. Трахеостомия, показания, техника выполнения операции. Юридические положения о получении согласия больного на операцию трахеостомия.
3. Хронические ларингиты (катаральный, гипертрофический, атрофический).
4. Ложный и истинный круп.
5. Глухота и тугоухость, тимпанопластика. Сурдология.
6. Доброкачественные и злокачественные опухоли гортани (фиброма, папиллома, рак).
7. Врачебно-трудовая экспертиза, профотбор, профориентация, диспансеризация.
8. Хронические риниты, причины, клиника, лечение, профилактика.
9. Связь оториноларингологии с другими медицинскими дисциплинами.
10. Паратонзиллярный абсцесс, клиника, диагностика, лечение.
11. Острый гнойный средний отит.
12. Фиброма носоглотки, клиника, диагностика, лечение.
13. Инородные тела пищевода. Эзофагоскопия как диагностический и лечебный метод. Ошибки в диагностике и лечении при инородных телах пищевода.
14. Склерома, приоритет отечественных ученых в ее изучении (Н.И. Волкович).
15. Хронический тонзиллит, клиника, классификация, лечение.
16. Современная классификация ринитов.
17. Стенозы гортани, оказание экстренной помощи.
18. Ангины при заболеваниях крови (моноцитарная и агранулоцитарная), клиника, диагностика, лечение.
19. Хронические гаймориты, клиника, диагностика, лечение.
20. Хронический тонзиллит, клиника, формы, диагностика, лечение.
21. Опухоли носа и околоносовых пазух.
22. Заглочный абсцесс, клиника, диагностика, лечение.
23. Трахеостомия, показания, осложнения при ее выполнении.
24. Принципы хирургической обработки травматических повреждений гортани и глотки.
25. Отогенный абсцесс мозжечка, клиника, диагностика, лечение.
26. Дифференциальная диагностика истинного и ложного крупа.
27. Тугоухость, ее причины, слухопротезирование.
28. Адгезивный средний отит и его лечение.
29. Дифференциальная диагностика лакунарной ангины и дифтерии миндалин.
30. Передняя и задняя тампонада при носовых кровотечениях, врачебные ошибки при ее выполнении.
31. Кохлеарный неврит, причины, диагностика, лечение.
32. Гранулематоз Вегенера.
33. Риновирусы, персистирующая вирусная инфекция, значение ее в патогенезе заболеваний верхних дыхательных путей.
34. Причины нейросенсорной тугоухости.
35. Певческий голос, классификация мужского и женского певческого голоса.

#### 4.2. Ситуационные задачи

1. После острого насморка у больного появились отёк, гиперемия и болезненность кожи носа, больше слева. Боль иррадирует в зубы, висок и область левой орбиты. Температура тела повысилась до 38°C, появилось ощущение познобливания. Объективно: ограниченный отёк и инфильтрация кожи ярко красного цвета с гнойничком в центре на крыле носа слева. Диагноз? Определите тактику лечения.

2. У больного 36 лет, через сутки после того, как он выдавил гнойный стержень фурункула на крыле носа слева, общее состояние ухудшилось. Появились сильный озноб, обильное потоотделение, гектическая температура тела (колебания до 3 градусов в течение дня), сильная головная боль. Местно в окружности крыла носа, где находится фурункул, появились отёк и инфильтрация мягких тканей, распространяющиеся на область щеки и губы слева. Поставьте диагноз и определите форму осложнения.

3. Больная 27 лет, жалуется на ощущение заложенности носа, водянистые выделения из носа, чихание, слезотечение, першение в глотке, повышение температуры тела до 37,3°C. Эти симптомы появились после переохлаждения 3 дня назад. При осмотре: кожный покров наружного носа в области крыльев слегка гиперемирован. Кожа лица и туловища обычной окраски, слегка влажная. Пульс – 82 уд./мин, голос с гнусавым оттенком. Слизистая оболочка носа гиперемирована, инфильтрирована, в общих носовых ходах значительное количество слизистого экссудата. Пальпация и перкуссия лицевых стенок околоносовых пазух безболезненна. Носовое дыхание затруднено, обоняние снижено. Поставьте диагноз, определите стадию заболевания. Изложите основные принципы лечения. Нужно ли в данном случае применять сосудосуживающие препараты? Если да, то какое место сосудосуживающая терапия занимает среди остальных способов лечения?

4. Больная 32 лет, жалуется на постоянное затруднение носового дыхания, периодические прозрачные выделения из обеих половин носа, расстройство обоняния. Перечисленные симптомы особенно усилились за последние 2 года в

течение работы больной в цеху металлургического завода. Объективно: слизистая оболочка носа отёчна, неравномерно окрашена – на её поверхности местами сизые, местами – белые пятна. Окраска слизистой оболочки меняется при направлении на неё концентрированного пучка света лобного рефлектора. Нижние носовые раковины выглядят увеличенными, общие носовые ходы сужены. После анемизации раковины заметно уменьшаются в размерах. Пальпация лицевых стенок околоносовых пазух безболезненна. Остальные ЛОР органы не изменены. Поставьте диагноз, определите его основные опорные признаки.

5. К ЛОР врачу обратился больной с жалобами на резко выраженное постоянное затруднение носового дыхания справа. Из анамнеза удалось выяснить, что 3 года назад была травма носа, за медицинской помощью не обращался. Объективно: деформации наружного носа нет. При передней риноскопии перегородка носа S-образно искривлена, отклонена вправо и соприкасается с нижней носовой раковиной, отчего общий носовой ход полностью закрыт. Слева нижняя носовая раковина отёчна, розовой окраски, носовые ходы свободны. Остальные ЛОР органы без патологических изменений. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

6. В ЛОР кабинет поликлиники обратилась больная с жалобами на приступообразно возникающую заложенность носа, сопровождающуюся чиханием и обильными водянистыми выделениями. Из анамнеза удалось выяснить, что проявления заболевания возникли 3 года назад, приступы становятся всё более частыми, протекают бурно, сопровождаются зудом в полости носа, слезотечением, крапивницей. При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа резко отёчна, белой, как бы мраморной окраски. Анемизация слизистой оболочки не уменьшает отёк. При исследовании периферической крови – выраженная эозинофилия. При микроскопии отделяемого из носа также обнаруживаются эозинофилы. Поставьте диагноз, обоснуйте его. Определите дополнительные способы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

7. Больная 40 лет, жалуется на постоянное затруднение носового дыхания. Этот симптом особенно сильно выражен в тёплом помещении. На холодном воздухе носовое дыхание почти полностью восстанавливается. Из анамнеза вы-

яснено, что 2 года назад больная перенесла острый риносинусит. Одним из элементов лечения было вливание в нос нафтизина. Через 10 дней после начала лечения больная выздоровела, однако уже не смогла отказаться от нафтизина. В настоящее время флакона нафтизина хватает на 2-3 дня. При передней риноскопии слизистая оболочка носа отёчна, с багрово-синюшным оттенком, нижние носовые раковины увеличены в размерах, после анемизации хорошо сокращаются. Экссудата в полости носа нет. Средние носовые ходы сужены, открыты, без содержимого. Пальпация лицевых стенок околоносовых пазух безболезненна. Остальные ЛОР органы не изменены. Диагноз?

8. Больной 40 лет, жалуется на постоянное нарушение носового дыхания. Считает себя больным в течение 4 лет, когда после перенесенных нескольких острых ринитов, носовое дыхание осталось нарушенным. В последующем присоединились расстройство обоняния и густые скудные выделения из носа. Периодически, после переохлаждения, возникают обострения заболевания, во время которых носовое дыхание полностью блокируется, количество слизистых выделений значительно увеличивается. В настоящее время, по мнению больного, обострения нет. При передней риноскопии определяются отёк и умеренная инфильтрация слизистой оболочки носа, её гиперемия. Общие носовые ходы сужены за счёт увеличения в объёме средних и, особенно, нижних носовых раковин, после анемизации слизистая оболочка бледнеет, но практически не сокращается. При зондировании ватником нижней носовой раковины определяется плотная эластичная консистенция тканей. Поставьте диагноз.

9. Больной 37 лет, жалуется на нарастающее затруднение носового дыхания в течение последних 2-х лет. Начало заболевания связывает с острым насморком. Сосудосуживающие капли в последнее время стали неэффективны. При передней риноскопии определяется умеренное увеличение объёма нижних носовых раковин за счёт инфильтрации слизистой оболочки. Общие и средние носовые ходы сужены. Экссудата в полости носа нет. При задней риноскопии определяется изменение задних концов нижних носовых раковин – они бледно-синюшного цвета, заполняют большую часть хоан, слизистая оболочка имеет вид тутовой ягоды (или ягоды малины). Определите диагноз и тактику лечения.

10. Больной 45 лет, шахтёр по профессии, жалуется на сухость в носу, густые скудные выделения из носа, быстро высыхающие в корки, резкое снижение чувствительности к запахам. Кроме того, больного беспокоят частые простудные заболевания, особенно после пребывания на холодном воздухе (без общего переохлаждения). При передней риноскопии слизистая оболочка носа истончена, светло-розового цвета, сухая. На нижних носовых раковинах и перегородке носа несколько сухих корок. На дне полости носа небольшое количество густого слизисто-гнойного экссудата жёлто-коричневого цвета. Носовые раковины уменьшены в размерах, средние носовые ходы расширены. При орофарингоскопии аналогичные изменения определяются на задней стенке глотки – слизистая оболочка сухая, производит впечатление покрытой лаком. Остальные ЛОР органы не изменены. Поставьте диагноз.

11. Больная 27 лет, жалуется на ощущение сухости в носу, образование в полости носа сухих корок с неприятным запахом, которые часто нарушают носовое дыхание, снижение обоняния. При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа сухая, истончённая. Носовые раковины уменьшены в размерах, носовые ходы широкие. В полости носа определяются сухие зелёные корки с примесью зловонного гноя. Слизистая оболочка задней стенки глотки также истончена, выглядит покрытой лаком. Запах из носа больная не ощущает, в то время как окружающие отмечают его, как крайне неприятный. Поставьте диагноз.

12. Больной 15 лет, жалуется на сильную спонтанную боль в области лба справа, заложенность носа, гнойные выделения из правой половины носа, повышение температуры тела до  $37,8^{\circ}\text{C}$ . Все симптомы появились 4 дня назад после перенесённого гриппа. Пальпация правой лобной области резко болезненна. При попытке перкуссии этой области больной непроизвольно дёргается, отмечая резкое усиление боли. При передней риноскопии отмечается асимметрия слизистой оболочки носа – резкая гиперемия и инфильтрация справа, при почти нормальной слизистой оболочке слева. Отмечается также локальное усиление гиперемии, инфильтрации и отёка в области переднего конца средней носовой раковины справа. Правый средний носовой ход закрыт. В переднем его отделе, а

также в общем носовом ходе определяется сливкообразный гнойный экссудат. Пальпация и перкуссия в области щёчных ямок безболезненна. На рентгенограмме околоносовых пазух в полуаксиальной проекции определяется горизонтальный уровень жидкости в области правой лобной пазухи, утолщение слизистой оболочки в области правой челюстной пазухи. Поставьте диагноз. Определите варианты тактики лечения больного.

13. К ЛОР врачу поликлиники обратился больной с жалобами на неприятное чувство давления и тяжести в области щёчной ямки справа, периодически возникающую головную боль с иррадиацией в теменную область и верхнюю челюсть. Болен в течение 5 лет. За это время неоднократно появлялись обильные выделения из правой половины носа, которые прекращались также внезапно, как и возникали. После прекращения выделений головные боли исчезали. Однако по прошествии 2-3 недель вновь начинала усиливаться головная боль. Риноскопически изменений со стороны полости носа не обнаружено. На рентгенограмме околоносовых пазух в полуаксиальной проекции в нижних отделах правой челюстной пазухи определяется полукруглая тень с ровными краями. Границы костных стенок чёткие. Во время пункции пазухи в шприце получена янтарная опалесцирующая жидкость. Поставьте диагноз. Какие дополнительные способы исследования могут его уточнить? Определите тактику лечения.

14. Больная, 17 лет, жалуется на сильные боли в глотке, усиливающиеся при глотании. Наиболее болезненным является полный глоток. Кроме того, больную беспокоит повышение температуры тела, общее недомогание, отсутствие аппетита. Заболела остро 3 дня назад после переохлаждения. При осмотре: температура  $38,8^{\circ}$ , кожные покровы влажные. При орофарингоскопии: нёбные миндалины отёчны, инфильтрированы, на их поверхности определяются налёты белого цвета. Их расположение соответствует устьям лакун миндалин. Налёты легко снимаются шпателем. Определяется также увеличение лимфатических узлов в проекции угла нижней челюсти с обеих сторон. Пальпация их умеренно болезненна. Остальные ЛОР органы не изменены. Поставьте диагноз. определите основные принципы антибактериальной терапии.

15. Больной 12 лет, обратился в поликлинику с жалобами на затруднение носового дыхания, повышенную умственную утомляемость. Со слов матери, ребёнок учится «на тройки», невнимателен, не может сосредоточиться на одном деле, рассеянный. Затруднённое носовое дыхание беспокоит с 5-летнего возраста. При объективном исследовании: носогубные складки сглажены, рот полуоткрыт. Слизистая оболочка нижних носовых раковин слегка отёчна. Твёрдое нёбо готическое, прикус неправильный. В куполе носоглотки, при задней риноскопии, определяется разрастание глоточной миндалины, прикрывающей глоточные устья слуховых труб. На рентгенограмме околоносовых пазух в полуаксиальной проекции патологии не выявлено. Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

16. Больной, 27 лет, жалуется на спонтанную постоянную боль в глотке, резко усиливающуюся при глотании. Глотание твёрдой пищи затруднено из-за усиления боли. Кроме того больного беспокоит головная боль, повышение температуры тела, общее недомогание, снижение работоспособности. Заболел 4 дня назад после локального переохлаждения (попал под дождь и промочил ноги).

При осмотре: кожные покровы влажные, бледные. Температура  $39,6^{\circ}$ . Углочелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Кожа над ними не изменена. При орофарингоскопии: нёбные миндалины увеличены в размерах за счёт отёка и инфильтрации, под слизистой оболочкой видны пузырьки, заполненные гнойным экссудатом. Слизистая оболочка задней стенки глотки и дужек умеренно гиперемирована, отёка и инфильтрации нет. Остальные ЛОР органы не изменены. Ваш диагноз.

17. Ребёнок 3-х лет, доставлен в приёмник ЛОР отделения из дома ребёнка. Со слов воспитателя, состояние ребёнка в последние 5 дней прогрессивно ухудшается, сегодня ребёнок отказался от пищи, в связи с чем педиатром направлен в ЛОР отделение. При осмотре: ребёнок гипотрофичен, имеются признаки истощения. Обращают на себя внимание вынужденное положение головы – она запрокинута резко назад, имеется стридорозное (клокочущее) дыхание в горизонтальном положении. Состояние ребёнка тяжёлое, температура фебрильная, выражены симптомы интоксикации. При осмотре слизистая оболочка миндалин и

задней стенки глотки умеренно гиперемирована, инфильтрирована, отёчна. На задней стенке глотки, больше слева, определяется выпячивание, распространяющееся вверх в носоглотку и вниз в гортаноглотку. Поставьте клинический диагноз.

18. Молодой человек 23 лет, ремонтировал квартиру. После применения водорастворимой краски внезапно у него появилось чувство нехватки воздуха, сухой кашель. Затем присоединилась и стала нарастать инспираторная одышка. Больной вызвал скорую помощь. Врач ввёл лекарство внутримышечно, через 20 минут одышка значительно уменьшилась, затем и вовсе исчезла. Врач сказал, что такое заболевание требует врачебного наблюдения в стационаре, а также предупредил, что больному нельзя использовать краску этой марки для ремонта. Поставьте клинический диагноз. Чем вызвана одышка и чувство нехватки воздуха? Какое лекарство ввёл врач?

19. У трёхлетнего ребёнка во сне неожиданно начался лающий кашель, дыхание стало шумным. В акте дыхания участвовала вся вспомогательная мускулатура, ребёнку явно не хватало воздуха, губы посинели, ребёнок покрылся холодным потом. Голос оставался звучным. Температура тела незначительно повышена. Приступ удушья возник ночью, на фоне полного благополучия. Поставьте клинический диагноз.

20. У ребёнка 3 лет внезапно появились одновременно сухой кашель, выделения из носа слизистого характера, через несколько часов повысилась температура до  $38,5^{\circ}$ . Ночью кашель усилился, приобрёл лающий оттенок, появилась постепенно нарастающая одышка. Врач скорой помощи отметил несколько симптомов: инспираторный характер одышки, втяжение межрёберных промежутков, над- и подключичных ямок, выраженное беспокойство ребёнка. Врач сказал, что необходима срочная госпитализация в специализированное инфекционное отделение. Поставьте диагноз.

### Пример решения ситуационных задач

1. Больная 27 лет, жалуется на ощущение заложенности носа, водянистые выделения из носа, чихание, слезотечение, першение в глотке, повышение температуры тела до 37,3°C. Эти симптомы появились после переохлаждения 3 дня назад. При осмотре: кожный покров наружного носа в области крыльев слегка гиперемирован. Кожа лица и туловища обычной окраски, слегка влажная. Пульс – 82 уд./мин, голос с гнусавым оттенком. Слизистая оболочка носа гиперемирована, инфильтрирована, в общих носовых ходах значительное количество слизистого экссудата. Пальпация и перкуссия лицевых стенок околоносовых пазух безболезненна. Носовое дыхание затруднено, обоняние снижено. Поставьте диагноз, определите стадию заболевания. Изложите основные принципы лечения. Нужно ли в данном случае применять сосудосуживающие препараты? Если да, то какое место сосудосуживающая терапия занимает среди остальных способов лечения?

**Острый ринит, вторая стадия. Вливание сосудосуживающих капель в нос является симптоматической терапией.**

2. Ребёнок 5 лет, госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом «лакунарная ангина». Несмотря на активную антибактериальную терапию в течение 2 дней, состояние ребёнка продолжало прогрессивно ухудшаться – температура оставалась фебрильной, появился гепато-лиенальный синдром. При поступлении определялся углочелюстной лимфаденит, однако на вторые сутки лечения стали пальпироваться паховые, локтевые и затылочные лимфатические узлы. Поставьте клинический диагноз. Какие дополнительные способы исследования позволят его уточнить? Опишите предполагаемые изменения. **Инфекционный мононуклеоз. В лейкоцитарной формуле ОАК 40% одноядерных элементов, в крови антитела к вирусу Эпштейна – Барра.**

.....

### 3.5. Тестовые задания

1. Отток крови наружного носа происходит в:

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

2. У взрослого человека обычно бывает развито придаточных пазух:

- а) 4
- б) 6
- в) 8

г) 10

3. Задние клетки решетчатого лабиринта чаще граничат с нервом:

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

4. Участок ушной раковины не имеет хряща:

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

5. Это образование на барабанной перепонке не является анатомическим:

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

6. К звуковоспринимающему аппарату относится:

- а) барабанная перепонка
- б) слуховые косточки
- в) кортиева орган
- г) перилимфа

7. Ототопика - это:

- а) способность определять интенсивность звука
- б) способность определять направление звука
- в) способность определять частоту тона
- г) способность адаптироваться к тишине

8. Гортань – это полый орган, основу которого составляют:

- а) костные структуры
- б) мышцы
- в) хрящи, мышцы, связки
- г) эластичный конус

9. Самый крупный хрящ гортани:

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

10. Бифуркация трахеи – это:

- а) место перехода гортани в трахею

- б) перепончатая задняя стенка трахеи
- в) хрящевые полукольца трахеи
- г) место деления трахеи на два главных бронха

11. Стенка пищевода состоит из:

- а) 3 – х слоев
- б) 2 – х слоев
- в) 4 – х слоев
- г) 5 – ти слоев

12. Слизистая оболочка носоглотки покрыта:

- а) многорядным мерцательным эпителием
- б) многослойным плоским эпителием
- в) лимфатическим эпителием
- г) железистым эпителием

13. Основные функции миндалин отражены в выражении:

- а) «лифоэпителиальный симбиоз»
- б) «физиологическая рана»
- в) «входные ворота» инфекции
- г) карманы для инфекции

14. Носоглотку исследуют с помощью:

- а) задней риноскопии
- б) передней риноскопии
- в) фарингоскопии
- г) ларингоскопии

15. 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

16 . Гнойный очаг при остром гнойном среднем отите не может быть в:

- а) аттике
- б) барабанной полости
- в) клетках сосцевидного отростка
- г) лабиринте

17. В воспалительный процесс при остром гнойном среднем отите вовлекаются:

- а) 2 слоя
- б) все 3 слоя барабанной перепонки
- в) 1 слой
- г) барабанная перепонка не вовлекается

18. Впервые возникшая боль в ухе, гиперемия барабанной перепонки и ее выпячивание характерно для:

- а) острого гнойного среднего отита в перфоративной стадии
- б) острого гнойного среднего отита в неперфоративной стадии
- в) хронического гнойного мезотемпанита
- г) хронического гнойного эпитемпанита

19. Ушная раковина при мастоидите обычно оттопыривается:

- а) кпереди
- б) кзади
- в) смещения нет
- г) кверху

20. Признаком мастоидита является:

- а) нависание тканей задневерхней стенки слухового прохода
- б) втянутость барабанной перепонки
- в) кровоизлияние в толщу барабанной перепонки
- г) гиперемия и отек в перепончатохрящевом отделе слухового прохода

21. При перихондрите ушной раковины пальпация болезненна:

- а) всей ушной раковины
- б) мочки уха
- в) заушной области
- г) всей раковины, кроме мочки

22. Боль при фурункуле слухового прохода главным образом иррадирует:

- а) в руку на стороне поражения
- б) в глаз, зубы, шею
- в) в верхние и нижние конечности
- г) диффузно распространяется по всему телу

23. Возбудитель отомикоза:

- а) синегнойная палочка
- б) стафилококки
- в) грибы
- г) стрептококки

24. 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

25. При мезотимпаните слух не:

- а) улучшается
- б) изменен
- в) понижен
- г) нарушается

26. Головокружение - симптом раздражения или нарушения симметрии тонуса анализатора:

- а) вестибулярного
- б) слухового
- в) обонятельного
- г) зрительного

27. Головная боль при отогенных абсцессах мозга и мозжечка чаще:

- а) интенсивная, локализованная, приступообразная
- б) диффузная, интенсивная, распирающая
- в) отсутствует
- г) иррадиирующая в глотку

28. Наиболее точным методом диагностики абсцессов мозга является:

- а) ангиография
- б) рентгенография черепа и височных костей
- в) компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс
- г) вентрикулография

29. Пульс при отогенном менингите, как правило:

- а) частый - тахикардия
- б) редкий – брадикардия
- в) не изменен - нормальный
- г) с выраженной экстрасистолией

30. Отосклероз чаще встречается у:

- а) мужчин 40-60 лет
- б) женщин 20-40 лет
- в) в раннем детском возрасте
- г) в грудном возрасте

31. В клинике отосклероза наблюдается:

- а) шум в ушах, понижение слуха
- б) понижение слуха, периодическое гноетечение из уха
- в) головокружение, боли в ухе
- г) шум и боли в ушах

32. В основе патогенеза болезни Меньера лежит:

- а) деструкция отолитовых мембран
- б) снижение внутрилабиринтного давления
- в) повышение давления эндолимфы и отек (гидропс) лабиринта

г) ничего из перечисленного

33. Дифференциальную диагностику болезни Меньера необходимо проводить с:

- а) рассеянным склерозом
- б) острым средним отитом
- в) менингитом
- г) абсцессом головного мозга

34. Гидропс лабиринта подтверждается:

- а) пневматической пробой
- б) пробой Эвальда
- в) опытом Ринне
- г) глицерол-тестом

35. Хирургический метод лечения болезни Меньера – это:

- а) вскрытие (декомпрессия) эндолимфатического мешка
- б) антротомия
- в) транстимпанальное нагнетение гидрокортизона
- г) мирингопластика

36. Антибиотики не ототоксического действия:

- а) мономицин
- б) канамицин
- в) гентамицин
- г) цефтриаксон

37. По частоте различают тугоухость только:

- а) общую
- б) басовую
- в) дискантовую
- г) все верно

38. Сенсоневральная тугоухость является вторичной только при:

- а) хроническом гнойном среднем отите
- б) адгезивном отите
- в) отосклерозе
- г) все верно

39. Внезапная нейросенсорная тугоухость развивается в течении:

- а) 1 месяца
- б) суток
- в) нескольких часов
- г) недели

40. Чаще фурункул носа возникает у больных с:

- а) нарушением обмена веществ
- б) патологией нервной системы
- в) врожденной аномалией носа
- г) гипертонической болезнью

41. Этиологическим фактором фурункула носа является:

- а) стафилококк
- б) вульгарный протей
- в) вирус герпеса
- г) аллергия

42. Слияние двух или более фурункулов называется:

- а) фурункулез
- б) карбункул
- в) сикоз
- г) остиофолликулит

43. Иностранное тело в полости носа чаще локализуется в:

- а) верхнем носовом ходе
- б) среднем носовом ходе
- в) общем носовом ходе
- г) нижнем носовом ходе

44. Показанием к операции при деформации перегородки носа является:

- а) нарушение носового дыхания
- б) атрофический ринит
- в) острый ринит
- г) хронический тонзиллит

45. Наиболее частая причина возникновения гематомы носовой перегородки:

- а) травма носа
- б) инфекционное заболевание
- в) вирусное заболевание
- г) вазотомия

46. Абсцесс перегородки носа чаще является осложнением:

- а) острого ринита
- б) вазомоторного ринита
- в) аденоидных вегетации

г) гематомы

47. Гипосмия - это:

- а) извращенное обоняние
- б) отсутствие обоняния
- в) ухудшение обоняния
- г) обонятельные галлюцинации

48. Местной причиной носового кровотечения является:

- а) артериальная гипертензия
- б) атеросклероз
- в) лейкоз
- г) травма носа

49. Для остановки носового кровотечения из передних отделов полости носа не применяют:

- а) коагуляцию сосуда
- б) введение в полость носа тампона, смоченного 2 % перекисью водорода
- в) заднюю тампонаду
- г) прижатие крыльев носа к носовой перегородке

50. В клинике острого ринита выделяют:

- а) 2 стадии
- б) 3 стадии
- в) 4 стадии
- г) 5 стадий

## 5. Список рекомендуемой литературы

### Основная литература:

1. Пальчун, В. Т. Болезни уха, горла и носа : учебник / Пальчун, А. В. Гуров. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 336 с. URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447581.html>  
- Режим доступа : по подписке.
2. Оториноларингология : национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1024 с. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970471968.html?SSr=07E80A123633B> - Режим доступа : по подписке.
3. Богомильский, М. Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте : национальное руководство / под ред. М. Р. Богомильского. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1072 с. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970461402.html?SSr=07E80A12378FF> - Режим доступа : по подписке.

4. Оториноларингология: учебник [Электронный ресурс] / В.В. Вишняков - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970430132.html?SSr=07E80A122B189>
5. Оториноларингология : национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. Серия "Национальные руководства" - Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970471968.html>

#### **Дополнительная литература:**

1. Крюков, А. И. Аденоиды. Современные подходы к диагностике и лечению : руководство для врачей / А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. С. Товмасын, А. Ю. Ивойлов, Г. Ю. Царапкин, С. Г. Арзамазов, А. Е. Кишиневский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 96 с. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467923.html> - Режим доступа : по подписке.
2. Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями глаз и ЛОР-органов : учебное пособие / под ред. А. Ю. Овчинникова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 272 с. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970474877.html?SSr=07E80A1232044> - Режим доступа: по подписке.
3. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте : национальное руководство : краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 544 с. - Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970449172.html?SSr=07E80A122C9A6>
4. Панкова, В. Б. Профессиональные заболевания ЛОР-органов : руководство / В. Б. Панкова, И. Н. Федина ; под общ. ред. И. В. Бухтиярова, Н. А. Дайхеса. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 544 с. : ил. - 544 с. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469484.html> - Режим доступа : по подписке.
5. Неотложные и угрожающие состояния в оториноларингологии. Иллюстрированное руководство для врачей / А. А. Блоцкий, С. А. Карпищенко, В. В. Антипенко, Р. А. Блоцкий. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 240 с. URL: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970481288.html?SSr=07E80A1C36467> - Режим доступа: по подписке.

#### **Периодические издания:**

1. Российская ринология. Доступ на платформе East View. URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/118646/udb/12/российскаяринология>
2. Вестник оториноларингологии. Доступ на платформе East View. URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/117553/udb/12/вестникоториноларингологии>

#### **Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных.**

1. Электронная библиотека Курского государственного медицинского университета "Medicus" URL: [http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r\\_plus/jrbis\\_webcgi.exe?C21COM=F&I21DBN=ECAT\\_FULLTEXT&P21DBN=ECAT&Z21D=&S21CNR=5](http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_plus/jrbis_webcgi.exe?C21COM=F&I21DBN=ECAT_FULLTEXT&P21DBN=ECAT&Z21D=&S21CNR=5)
2. «Консультант студента». Студенческая электронная библиотека. URL: <https://www.studentlibrary.ru/>
3. Справочно-информационная система «MedBaseGeotar» URL: <https://mbasegeotar.ru/>
4. Цифровой образовательный ресурс IPR SMART URL: <https://www.iprbookshop.ru/>
5. Электронная библиотечная система «BookUp» URL: <https://www.books-up.ru/>
6. Электронные газеты и журналы на платформе East View URL: <https://dlib.eastview.com/login>

7. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU» URL: <https://elibrary.ru/defaultx.asp>
8. Рубрикатор клинических рекомендаций URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
9. Федеральная электронная медицинская библиотека URL <https://femb.ru/>
10. Российская государственная библиотека. Электронный каталог URL: <https://search.rsl.ru/#colf=18.09.2024>

**Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности:**

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22 мая 2006 г. № 375 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием полости носа и придаточных пазух». URL:

<https://minzdrav.gov.ru/special/documents/7911-prikaz-minzdravsotsrazvitiya-rossii-375-ot-22-maya-2006-g>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 марта 2007 г. № 212 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным туботимпанальным гнойным средним отитом и хроническим эптитимпано-антральным гнойным средним отитом». URL:

<http://kr-puomc.ru/sites/default/files/%D0%9E%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%BE%D1%82%2028%20%D0%BC%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B0%202007%20%D0%B3.%20%E2%84%96%20212.pdf>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 марта 2007 г. № 209 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со смещенной носовой перегородкой». URL:

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084469/#4084469>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 марта 2007 г. № 208 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным паратонзиллярным абсцессом». URL:

<https://docs.cntd.ru/document/902276234>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 апреля 2006 г. № 314 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным гнойным и не уточненным средним отитом». URL:

<https://docs.cntd.ru/document/901979837>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 апреля 2006 г. № 311 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным нейросенсорной потерей слуха двухсторонней». URL:

<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4082653/>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 09 марта 2006 г. № 140 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с врожденными аномалиями (пороками развития) носа». URL:

[http://minzdrav.saratov.gov.ru/activities/monitoring/index.php?SECTION\\_ID=172&ELEMENT\\_ID=17671](http://minzdrav.saratov.gov.ru/activities/monitoring/index.php?SECTION_ID=172&ELEMENT_ID=17671)

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14 февраля 2006 г. № 81 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным отосклерозом». URL:

<https://rdkb.ru/spetsialistam/standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoshchi/klass-viii-bolezni-ukha-i-sostsevidnogo-otrostka-h60-h95.php>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13 января 2006 г. № 20 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с врожденными аномалиями (пороками развития) уха, вызывающими нарушение слуха и другими врожденными аномалиями (пороками развития) уха, травматической ампутацией уха». URL:

[http://skpgp1.ru/files/prikaz\\_minzdravsocrazvitiya\\_rf\\_ot\\_13\\_01\\_2006\\_n\\_20\\_pdf.pdf](http://skpgp1.ru/files/prikaz_minzdravsocrazvitiya_rf_ot_13_01_2006_n_20_pdf.pdf)

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 ноября 2004 г. № 292 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным средним отитом». URL:

[http://www.medkirov.ru/docs/id/381681/\\$File/29112004\\_292.pdf](http://www.medkirov.ru/docs/id/381681/$File/29112004_292.pdf)

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 ноября 2004 г. № 291 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным кондуктивной и нейросенсорной потерей слуха». URL:

<https://rdkb.ru/spetsialistam/standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoshchi/klass-viii-bolezni-ukha-i-sostsevidnogo-otrostka-h60-h95.php>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 ноября 2004 г. № 290 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным нарушением вестибулярной функции». URL:

<https://www.webapteka.ru/phdocs/doc8733.html>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 ноября 2004 г. № 289 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным синуситом». URL:

<https://www.webapteka.ru/phdocs/doc8732.html>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 ноября 2004 г. № 275 «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями уха и сосцевидного отростка верхних дыхательных путей». URL:

<https://www.webapteka.ru/phdocs/doc8623.html>

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. № 155 н «О порядке оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология» URL:

<https://docs.cntd.ru/document/499000919>

#### **Утвержденные клинические рекомендации и стандарты лечения:**

КР Аллергический ринит URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82-1.pdf>

КР Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин. URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D1%8F-%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B2.pdf>

КР Наружные отиты. URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%9D%D0%B0%D1%80%D1%83%D0%B6%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%82%D1%8B-1.pdf>

КР Наружный отит URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%9D%D0%B0%D1%80%D1%83%D0%B6%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%82.pdf>

КР Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит. URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9-%D0%BE%D0%B1%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%BB%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%82.pdf>

КР Острый синусит. URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9-%D1%81%D0%B8%D0%BD%D1%83%D1%81%D0%B8%D1%82.pdf>

КР Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит). URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9-%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D1%82-%D0%B8-%D1%84%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%82.pdf>

КР Отит средний острый URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%9E%D1%82%D0%B8%D1%82-%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9.pdf>

КР Паратонзиллярный абсцесс. URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%B0%D0%B1%D1%81%D1%86%D0%B5%D1%81%D1%81.pdf>

КР Рак гортани URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%A0%D0%B0%D0%BA-%D0%B3%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8.pdf>

КР Рак гортаноглотки URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%A0%D0%B0%D0%BA-%D0%B3%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%B8.pdf>

КР Рак носоглотки URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%A0%D0%B0%D0%BA-%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%B8-2.pdf>

КР Рак полости носа и придаточных пазух URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%A0%D0%B0%D0%BA-%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8-%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B0-%D0%B8-%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D1%85-%D0%BF%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%85.pdf>

КР Хронический тонзиллит URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%A5%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D1%82.pdf>

КР Сенсоневральная тугоухость у детей URL: [https://pro-audiologia.ru/images/pdf/Sensonevralnaja\\_tugouhost\\_u\\_detej.pdf](https://pro-audiologia.ru/images/pdf/Sensonevralnaja_tugouhost_u_detej.pdf)

КР Хронический средний отит URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%A5%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%82.pdf>

КР Сенсоневральная тугоухость у взрослых URL: <https://xn--80axcg.xn--p1ai/wp-content/uploads/2022/09/%D0%A1%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D1%82%D1%83%D0%B3%D0%BE%D1%83%D1%85%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C-%D1%83-%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf>

## **6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации**

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.