

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Багрий Андрей Эдуардович

Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному

развитию здравоохранения

Дата подписания: 31.03.2025 16:48:58

Уникальный программный ключ:

2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.58 ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ
(2025 ГОД ПРИЕМА)**

ДОНЕЦК - 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	История развития оториноларингологии.
2.	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух. Острый ринит. Хронические риниты.
3.	Травма носа, носовые кровотечения.

4.	Диагностика и хирургическое лечение основных внутриносовых аномалий. Искривление носовой перегородки.
5.	Диагностика и лечение воспалительных заболеваний клеток передней группы решётчатого лабиринта
6.	Диагностика и лечение одонтогенного гайморита
7.	Диагностика и лечение воспалительных заболеваний задних клеток решётчатого лабиринта
8.	Диагностика и лечение воспалительных заболеваний клиновидной пазухи
9.	Риногенные внутречерепные осложнения
10.	Диагностика и лечение назального полипоза при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух
11.	Диагностика и лечение назального полипоза при бронхиальной астме, аспириновой триаде
12.	Диагностика и лечение новообразований носа, околоносовых пазух и носоглотки
13.	Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с хронической патологией носа и околоносовых пазух. Профилактика интраоперационных и послеоперационных осложнений
14.	Предраковые состояния носа и придаточных пазух
15.	Доброкачественные опухоли носа и околоносовых пазух
16.	Злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух
17.	Клиническая анатомия, физиология, методы исследования наружного, среднего и внутреннего уха. Острые воспалительные заболевания наружного уха
18.	Острые воспалительные заболевания среднего уха. острый средний отит. клиника, диагностика, лечение. Мастоидит. виды мастоидитов. клиника, диагностика, лечение. Мастоидотомия. особенности оперативной техники при различных видах мастоидита
19.	Хронические гнойный средние отиты. клиника, диагностика, лечение. Особенности хирургического лечения хронических гнойный средних отитов. открытая и закрытая техника оперативных вмешательств.
20.	Отогенные внутречерепные осложнения. отогенный лабиринтит, отогенный менингит, синус тромбоз, отогенный менингоэнцефалит, отогенный сепсис.
21.	Отосклероз.
22.	Острая и хроническая сенсоневральная тугоухость
23.	Доброкачественные и злокачественные опухоли уха
24.	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования глотки. Ангины неспецифические и специфические. Клиника, диагностика, лечение.
25.	Хронический тонзиллит. клиника, диагностика, лечение.
26.	Гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца.
27.	Доброкачественные опухоли глотки. Ювенильная ангиофиброма носоглотки.
28.	Злокачественные опухоли глотки
29.	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани. Острые воспалительные заболевания гортани. Клиника, диагностика, лечение.
30.	Хронические воспалительные заболевания гортани. Клиника, диагностика, лечение.
31.	Предраковые заболевания гортани. Респираторный папилломатоз.

32.	Доброкачественные и злокачественные опухоли гортани.
33.	Хронические инфекционные и неинфекционные гранулемы лор-органов. Гранулематоз Вегенера, гранулёма Стюарта.
34.	Поражение ЛОР-органов при туберкулёзе, сифилисе, склероме, лепре.
35.	Травма пищевода.
36.	Химические ожоги пищевода и дыхательных путей.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. Современная концепция хирургического лечения хронического гнойного гайморита предполагает проведение

- А. Микрогайморотомии
- Б. Эндоназальной эндоскопической гайморотомии
- В. Эндоназального вскрытия через нижний носовой ход
- Г. Радикальной операции по Колдуеллу-Люку

2. При хроническом эпимезотимпаните, сопровождающимся кариесом, грануляциями и холестеатомой, основным методом лечения является

- А. Тимпанотомия
- Б. Санирующая общеполостная операция
- В. Удаление грануляций и холестеатомы через слуховой проход
- Г. Антромастоидотомия

3. Тризм жевательной мускулатуры характеризует

- А. Флегмону шеи
- Б. Острый гнойный лимфаденит
- В. Паратонзиллярный абсцесс
- Г. Заглоточный абсцесс

4. Заподозрить инородное тело в гортани можно при появлении

- А. Болей в горле и поперхивании при еде
- Б. Покраснения в области гортани и шеи
- В. Затруднения дыхания и нарушения голоса
- Г. Сухого кашля и затруднения глотания

5. Сфеноидит наиболее точно диагностируется при проведении

- А. Перкуссии передней стенки верхнечелюстной пазухи
- Б. Лазерной доплеровской флоуметрии
- В. Магнитно-резонансной томографии головного мозга
- Г. Компьютерной томографии околоносовых пазух

6. Возбудителями ангины Симановского–Плаута–Венсана являются спирохета полости рта и

- А. Веретенообразная палочка
- Б. Зелёный стрептококк
- В. Симбиоз спирохеты полости рта и веретенообразной палочки
- Г. Хламидии

7. При кисте клиновидной пазухи показано проведение
- А. Фронтотомии
 - Б. Вскрытия верхнечелюстной пазухи
 - В. Этмоидотомии
 - Г. Сфеноидотомии
8. Первым этапом лечения хронического тонзиллита является
- А. Гипосенсибилизирующая терапия
 - Б. Тонзиллотомия
 - В. Промывание лакун миндалин
 - Г. Тонзиллэктомия
9. Наиболее эффективным методом остановки массивного носового кровотечения является
- А. Передняя тампонада
 - Б. Задняя тампонада
 - В. Прижатие крыла носа к носовой перегородке
 - Г. Холод на нос
10. Ларинготрахеальный стеноз имеет стадии компенсации, Субкомпенсации, декомпенсации и
- А. Острую
 - Б. Асфиксии
 - В. Персистирующую
 - Г. Хроническую
11. Для острого фарингита характерны
- А. Боль в горле
 - Б. Осиплость
 - В. Нарушение носового дыхания
 - Г. Закрытая гнусавость
12. Самой ранней жалобой при раке среднего отдела гортани является
- А. Приступообразный кашель
 - Б. Осиплость
 - В. Смешанная одышка
 - Г. Инспираторная одышка
13. Гиперемия и отёк в области щеки являются проявлением
- А. Верхнечелюстного синусита
 - Б. Фронтита
 - В. Этмоидита
 - Г. Сфеноидита
14. Типичная ларингоскопическая картина при хроническом ларингите, инициированном гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, представлена
- А. Стекловидным отёком надгортанника
 - Б. Гиперемией слизистой оболочки преддверия гортани
 - В. Утолщением слизистой оболочки межчерпаловидного пространства
 - Г. Стекловидным отеком подскладочного отдела гортани

15. Поверхностные язвы одной нёбной миндалины, покрытые зелёным налётом, имеющие гнилостный запах характеризуют
- А. Интратонзиллярный абсцесс
 - Б. Хронический тонзиллит
 - В. Паратонзиллярный абсцесс
 - Г. Ангину Симановского-Плаута-Венсана
16. У ребёнка 2 лет на фоне орви появление ночью грубого «лающего» кашля, затрудненного дыхания позволяет заподозрить
- А. Острый фаринголарингит
 - Б. Острый стенозирующий ларинготрахеобронхит (ложный круп)
 - В. Заглоточный абсцесс
 - Г. Дифтерия гортани (истинный круп)
17. При подозрении на риногенный ретробульбарный абсцесс необходима консультация
- А. Нейрохирурга
 - Б. Офтальмолога
 - В. Анестезиолога
 - Г. Челюстно-лицевого хирурга
18. Пациентке удалено округлое новообразование нёбной занавески. Патогистологический ответ: ороговевающий са. Дальнейшее лечение осуществляет
- А. Гематолог
 - Б. Челюстно-лицевой хирург
 - В. Онколог
 - Г. Семейный врач
19. Дифтерия глотки бывает распространённая и
- А. Конусовидная
 - Б. Локализованная
 - В. Диффузная
 - Г. Островчатая
20. У детей до 3 лет при вирусном поражении околоносовых пазух обычно развивается острый
- А. Этмоидит
 - Б. Гайморит
 - В. Сфеноидит
 - Г. Фронтит
21. При наличии пломбировочного материала в верхнечелюстной пазухе развивается
- А. Верхнечелюстной синусит
 - Б. Сфеноидит
 - В. Этмоидит
 - Г. Фронтит
22. Носовые кровотечения чаще всего бывают из слизистой оболочки
- А. Перегородки носа
 - Б. Средней носовой раковины
 - В. Дна полости носа
 - Г. Нижней носовой раковины

23. При проведении лечебно-диагностической пункции верхне-челюстной пазухи игла куликовского должна быть направлена
- А. В сторону наружного угла глаза
 - Б. Перпендикулярно дну полости носа
 - В. В сторону внутреннего угла глаза
 - Г. Параллельно дну полости носа
24. При юношеской ангиофибrome носоглотки обычно применяется
- А. Оперативное лечение
 - Б. Консервативное лечение
 - В. Химиотерапия
 - Г. Лучевое лечение
25. Основными методами хирургического вскрытия околоносовых пазух являются
- А. Эндоназальный
 - Б. Экстраназальный
 - В. Интрахоанальный
 - Г. Открытый
26. При лечении гнойного синусита у детей в возрасте 4-7 лет противопоказано использование
- А. Фторхинолонов
 - Б. Цефалоспоринов II поколения
 - В. Цефалоспоринов IV поколения
 - Г. Макролидов
27. При гнойном гайморите, вызванном *staphylococcus aureus* и *bacteroides fragilis*, наиболее эффективен
- А. Оксациллин
 - Б. Цефазолин
 - В. Ко-тримоксазол
 - Г. Моксифлоксацин
28. При неосложнённой форме риносинусита стартовым препаратом для детей является
- А. Ампициллин
 - Б. Левофлоксацин
 - В. Амоксициллин
 - Г. Гентамицин
29. Для лечения гематомы носа применяют
- А. Дренирование
 - Б. Вскрытие и дренирование
 - В. Физиотерапию
 - Г. Заднюю тампонаду носа
30. Эффективное лечение гнойного этмоидита, осложнённого риногенным абсцессом орбиты, достигается при
- А. Этмоидотомии с вскрытием абсцесса орбиты
 - Б. Экстраназальной этмоидотомии с вскрытием абсцесса орбиты
 - В. Орбитотомии
 - Г. Консервативной терапии

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больной А., 4 лет, предъявляет жалобы на периодическую заложенность левого уха, при отоскопии врач обнаружил в поражённом ухе сужение светового конуса барабанной перепонки.

Вопросы:

1. Где и кем должна оказываться медицинская помощь данному пациенту?
2. Дополнительные методы обследования при данной патологии среднего уха?
3. Какие анатомические особенности слуховой трубы у детей раннего возраста?
4. Каковы особенности слуховой трубы у детей?
5. К какому возрасту слуховая труба завершает своё формирование?

2. Больной Д., 11 лет, обратился к отоларингологу с жалобами на периодическое гноетечение из правого уха, нарушения слуха на него. Болеет в течение 5-ти лет. Отоскопия: АД - в слуховом проходе сухо, барабанная перепонка розового цвета, определяется центральная субтотальная перфорация. Слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости без признаков воспаления. Слух АД / АС – Ш.Р. 2 м / 6 м, Р.Р. 4 м / > 6 м.

Вопросы:

1. Какой синдром является ведущим в данном случае?
2. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ?
3. Какой план лечения в данном случае?
4. Каков план наблюдения данного ребёнка?
5. Какие осложнения отита возможны в этом случае?

3. Больной В., 49 лет, обратился к отоларингологу с жалобами на боль в носу, затрудненное носовое дыхание, головную боль, однократное носовое кровотечение. При эндориноскопии: на латеральной стенке носа справа определяется полипозное новообразование на уровне задних отделов средней носовой раковины, которое располагается в среднем носовом ходе, в общем носовом ходе и переходит на носоглотку. При осмотре: больной бледный, артериальное давление 130/80 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин., в общем анализе крови: Нb 95 г/л, Эр. 3,5 x 10(12), Л 9,2 x 10(9), СОЭ 30 мм/ч. На КТ ОНП – новообразования латеральной стенки носа справа с вовлечением решётчатого лабиринта, медиальных отделов верхнечелюстной пазухи, полости носа справа и носоглотки.

Вопросы:

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?
3. Какое исследование является необходимым на госпитальном этапе для уточнения диагноза и врачебной тактики?
4. Какова естественная эволюция данной опухоли при отказе от радикального оперативного лечения?
5. Каков прогноз заболевания?

Заведующий кафедрой
оториноларингологии ФНМФО,
д.мед.н., доц.



Д.С. Боенко