

КМ-ОРЛ-24

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методического
совета от 20 февраля 2024 г. протокол №3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

**по получению профессиональных умений и опыта профессиональной
деятельности (производственной) аспиранта**

Группа научных специальностей **3.1 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.**
Научная специальность **3.1.3 оториноларингология**

Форма обучения _____ **очная**

Срок освоения ОПОП ВО _____ **3 года**
(нормативный срок обучения)

Рассмотрено и одобрено на заседании
Цикловой учебно-методической комиссии
20 февраля 2024 г. протокол №3

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
26 января 2024 г. (протокол №6)

Заведующий кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э. Т.

г. Владикавказ 2024 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
 - экзаменационные вопросы по практическим навыкам
 - тестовые вопросы
 - ситуационные задачи

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

РЕЦЕНЗИЯ

на фонд оценочных средств для программы «Практики»

направление подготовки: Группа научных специальностей **3.1**
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. Научная специальность **3.1.3. оториноларингология**,
разработанного на кафедре оториноларингологии с офтальмологией.

Фонд оценочных средств «Практики» для научной специальности 3.1.3. оториноларингология содержит вопросы для оценки практических навыков, эталоны тестовых заданий. Содержание фонда оценочных средств соответствует научной специальности 3.1.3. оториноларингология, ФОС (аспиранты) по направлению подготовки Группы научных специальностей **3.1 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА** образовательной программы по данной специальности, одобрено на заседании Цикловой учебно-методической комиссии от 20 февраля 2024 г. протокол №3 и соответствует учебному плану аспирантуры по научной специальности 3.1.3. оториноларингология.

Фонд оценочных средств «Практики» для научной специальности 3.1.3. оториноларингология содержит валидные контрольно - измерительные материалы, в которых полностью отражены методы исследования ЛОР-органов, практические навыки, методики диагностических и лечебных манипуляций, а также хирургические вмешательства. Материалы соответствуют содержанию уровня обучения и сформулированным критериям оценки.

Фонд оценочных средств «Практики» для научной специальности 3.1.3. оториноларингология полным и адекватным образом отображает требования, предъявляемые для аспирантов, обеспечивает решение оценочной задачи соответствия общекультурных и профессиональных компетенций выпускника этим требованиям.

Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств научной специальности 3.1.3. оториноларингология способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств научной специальности 3.1.3. оториноларингология может быть рекомендован к использованию для ИГА аттестации аспирантов.

Рецензент:

Зав. каф, хирургии ФПДО
ФГБОУ ВО СОГМА, д.м.н.,
Профессор

Кульчиев А.А.

«__»_____2024 г.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

РЕЦЕНЗИЯ

на фонд оценочных средств для программы **«Практики»**

направление подготовки направление подготовки: Группа научных специальностей
3.1 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. Научная специальность 3.1.3.

оториноларингология, разработанного на кафедре оториноларингологии с офтальмологией, разработанного на кафедре оториноларингологии с офтальмологией.

Фонд оценочных средств **«Практики»** для научной специальности 3.1.3. оториноларингология содержит вопросы для оценки практических навыков, эталоны тестовых заданий.

Содержание фонда оценочных средств соответствует научной специальности 3.1.3. оториноларингология, ФОС (аспиранты) по направлению подготовки (специальности) научной специальности 3.1.3. оториноларингология образовательной программе по данной специальности, одобрено на заседании Цикловой учебно-методической комиссии от 20 февраля 2024 г. протокол №3 и соответствует учебному плану аспирантуры по специальности научной специальности 3.1.3. оториноларингология. Фонд оценочных средств **«Практики»** для научной специальности 3.1.3. оториноларингология содержит валидные контрольно - измерительные материалы, в которых полностью отражены методы исследования ЛОР-органов, практические навыки, методики диагностических и лечебных манипуляций, а также хирургические вмешательства.

Материалы соответствуют содержанию уровня обучения и сформулированным критериям оценки.

Фонд оценочных средств **«Практики»** для научной специальности 3.1.3. оториноларингология полным и адекватным образом отображает требования, предъявляемые для аспирантов, обеспечивает решение оценочной задачи соответствия общекультурных и профессиональных компетенций выпускника этим требованиям.

Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств научной специальности 3.1.3. оториноларингология способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств научной специальности 3.1.3. оториноларингология может быть рекомендован к использованию для ИГА аттестации аспирантов.

Рецензент:

Доцент каф. химии и физики,

к.п.н.

Боциева Н.И.

«__» _____ 2024 г.

Контрольные вопросы

1. Сифилис верхних дыхательных путей. Клиника, диагностика и лечение.
2. Роль С. П. Боткина и Г. А. Захарьина в развитии отечественной оториноларингологии.
3. Оториноларингология, как раздел медицины.
4. Работа ЛОР-врача в допризывных и призывных комиссиях при военкомате.
5. Деонтология в оториноларингологии.
6. Развитие оториноларингологии в нашей стране.
7. Антибиотики в ЛОР-патологии. Антибиотики ототоксического действия.
8. Бластомикоз. Эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
9. Туберкулез верхних дыхательных путей. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
10. Показания к назофарингеальной интубации.
11. Риноспоридиоз. Эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
12. Волчанка верхних дыхательных путей.
13. Гранулематоз Вегенера.
14. Склерома верхних дыхательных путей.
15. Поражение ЛОР-органов при ВИЧ-инфекции.
16. Туберкулезный средний отит.

Нос.

1. Особенности строения слизистой оболочки полости носа (обонятельная, дыхательная, кровотоочивая зоны).
2. Носовое кровотечение. Причины, способы остановки носового кровотечения.
3. Внутриглазные осложнения заболеваний носа и околоносовых пазух. Патогенез, клиника, лечение.
4. Внутричерепные осложнения заболеваний носа и околоносовых пазух. Патогенез, клиника, лечение.
5. Методы исследования носа.
6. Роль носового дыхания в физиологическом развитии организма.
7. Дифференциальная диагностика вазомоторных и аллергических ринитов.
8. Острый ринит. Особенности его проявления и лечения у грудных детей.
9. Абсцесс перегородки носа. Причина, клиника, лечение.
10. Клиническая анатомия наружного носа.
11. Острый гнойный гайморит. Клиника, диагностика, лечение.
12. Гематома перегородки носа. Причины, клиника, лечение.
13. Строение и топография придаточных пазух носа.
14. Хронические риниты. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
15. Физиология околоносовых пазух.
16. Острый гнойный этмоидит и сфеноидит. Клиника, диагностика, лечение.
17. Защитная функция носа.
18. Травмы носа, переломы костей носа. Клиника, диагностика, лечение.
19. Хронический гайморит. Клиника, диагностика, лечение.
20. Методы исследования придаточных пазух носа.
21. Фурункул носа. Особенности течения.
22. Дифтерия носа. Отличия острого ринита. Клиника, диагностика, лечение.
23. Строение латеральной стенки носа.
24. Хронический этмоидит и сфеноидит. Клиника, диагностика, лечение.
25. Исследование дыхательной функции носа.

26. Исследование обонятельной функции носа.
27. Деформация наружного носа и методы их коррекции.
28. Острый гнойный фронтит. Причины, клиника, диагностика и лечение.
29. Механизм рефлекторной функции носа.
30. Инородные тела носа, ринолиты- диагностика и лечение .
31. Защитная функция носа.
32. Хронический фронтит. Клиника, диагностика, лечение.
33. Озена. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
34. Анатомия перегородки носа.
35. Искривление носовой перегородки.
36. Острый ринит у грудных детей.
37. Злокачественные опухоли носа, околоносовых пазух. Клиника, диагностика, принципы лечения.
38. Возрастные особенности развития придаточных пазух носа и их связь с полостью носа.
39. Особенности кровоснабжения полости носа.
40. Венозный отток из наружного носа.
41. Вазомоторные риниты. Формы, этиология, клиника, диагностика, лечение.

Глотка.

1. Аденоиды. Клиника, диагностика, лечение.
2. Заглочный абсцесс. Клиника, диагностика, лечение.
3. Гипертрофия небных миндалин. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травмы и ожоги глотки. Клиника, лечение.
5. Фаринго-и кандидомикоз. Причины. Диагностика, лечение.
6. Злокачественные тонзиллярные опухоли глотки. Клиника, диагностика, лечение.
7. Физиология небных миндалин.
8. Основные формы хронического фарингита. Диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика.
9. Дифтерия глотки с ангинами. Дифференциальная диагностика.
10. Ангина при инфекционном мононуклеозе. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
11. Клиническая анатомия глотки. Отделы, слои.
12. Язвенно-пленчатая ангина. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
13. Лимфаденоидное кольцо глотки, его компоненты.
14. Паратонзиллярный абсцесс. Причины, клиника, лечение. Неотложная помощь.
15. Инородные тела глотки. Клиника, диагностика, неотложная помощь, тактика врача.
16. Юношеская ангиофиброма (ЮАН) носоглотки.
17. Агранулоцитозная ангина.
18. Ангина при лейкозе.
19. Хронический тонзиллит. Классификация по И.П.Солдатову.
20. Аденоиды.
21. Консервативное лечение хронического тонзиллита.
22. Первичные ангины.
23. Формы неспецифического хронического тонзиллита. Клиника, диагностика Лечение.
24. Определение понятий «фарингит» и «ангина». Причины, клиника и лечение острого фарингита.
25. Аденоидит.
26. Анатомо-морфологическое строение небных миндалин.
27. Патологические изменения ткани небных миндалин при хроническом тонзиллите.

28. Острый фарингит. Клиника, диагностика. Лечение.
29. Хронический фарингит. Клиника, диагностика. Лечение.
30. Паратонзиллит.
31. Ранения глотки.

Гортань. Трахея. Бронхи. Пищевод.

1. Физиология трахеи, бронхов, пищевода.
2. Отек гортани. Этиология, клиника, лечение.
3. Острый подскладковый ларингит. Этиология, клиника, лечение.
4. Анатомия трахеи, бронхов.
5. Анатомия пищевода. Значение физиологических сужений в клинике инородных тел.
6. Связки и мышцы гортани.
7. Лимфатическая система гортани и ее значение в развитии злокачественных опухолей.
8. Хронические ларингиты. Классификация. Причины. Клиника, лечение.
9. Рак гортани. Клиника, диагностика, лечение.
10. Классификация опухолей по Карпову.
11. Травмы и ожоги гортани. Клиника, лечение.
12. Острый ларингит. Гортанная ангина-причины, диагностика, лечение.
13. Парезы и параличи мышц гортани. Клиника, лечение.
14. Методы исследования трахеи, бронхов, пищевода.
15. Показания и техника трахеостомии.
16. Инородные тела пищевода. Причины, клиника, диагностика, лечение.
17. Особенности строения слизистой оболочки гортани.
18. Клиническая анатомия гортани. Хрящевой остов. Связки.
19. Дифтерия гортани. Клиника, диагностика, лечение.
20. Папилломатоз гортани у детей и взрослых. Клиника, лечение.
21. Функции гортани.
22. Острый ларинготрахеит у детей. Этиология, клиника, диагностика. Организация помощи, лечение, неотложная помощь.
23. Доброкачественные опухоли гортани.
24. Показания к интубации и техника интубации.
25. Инородные тела гортани. Клиника, неотложная помощь.
26. Доброкачественные опухоли гортани.
27. Хронический стеноз гортани. Причины, методы лечения.
28. Формы стенозов гортани.
29. Острый стеноз гортани. Стадии, клиника, лечение.
30. Инородные тела трахеи и бронхов. Классификация, клиника, диагностика, неотложная помощь.
31. Иннервация гортани.
32. Острый катаральный ларингит. Этиология, клиника, диагностика
33. Хондроперихондрит гортани. Этиология, клиника, диагностика
34. Ожоги гортани и трахеи. Этиология, клиника, диагностика.

Ухо.

1. Отогенные абсцессы мозга. Клиника, диагностика, лечение.
2. Дифференциальная диагностика мезо- и эпитимпанитов.
3. Исследование остроты слуха речью, камертонами, аудиологическое, ультразвуковое.
4. Инородные тела уха. Серная пробка. Классификация. Принципы их удаления.
5. Клиническая анатомия преддверия и полукружных каналов.
6. Типы строения сосцевидных отростков и их значение в клинике гнойных отитов.

7. Механизм звукопроводения. Теория Гельмгольца, ее подтверждение опытами Андреева.
8. Фурункул и флегмона наружного слухового прохода. Причины, клиника, лечение.
9. Пневматическая проба и отолитовая реакция по Воячеку. Их клиническое толкование.
10. Механизм звукопроводения. Роль всех компонентов звукопроводящей системы.
11. Исследование вестибулярного анализатора (поза Ромберга, походка, указательная проба).
12. Аномалии развития уха.
13. Физиология вестибулярного анализатора.
14. Отогенный менингит. Клиника, диагностика, лечение.
15. Топографические особенности лицевого нерва и их значение для отогенных парезов и параличей.
16. Строение улитки и ее рецепторного анализатора.
17. Основные закономерности нистагма. Законы Эвальда и В.И.Воячека.
18. Хронический гнойный отит. Виды, причины, роль верхних дыхательных путей в развитии хронических отитов.
19. Особенности строения барабанной перепонки у взрослых и детей раннего возраста, их клиническое значение.
20. Вращательная и калорическая пробы. Их клиническая трактовка.
21. Болезнь Меньера. Клиника, диагностика, лечение.
22. Острое гнойное воспаление среднего уха. Причины, клиника, лечение.
23. Анатомо-топографические особенности наружного слухового прохода, их значение в патологии уха и клинике других заболеваний.
24. Тромбоз сигмовидного синуса и отогенный сепсис. Этиология, клиника, лечение.
25. Определение подвижности барабанной перепонки и проходимости слуховой трубы. Ушная монометрия.
26. Техника проведения и клиническое толкование опытов Вебера и Швабаха.
27. Отогенные внутричерепные осложнения. Пути проникновения инфекции в полость черепа.
28. Строение рецепторного аппарата мешочков преддверия и полукружных каналов. Адекватные раздражители этих рецепторов.
29. Анатомические особенности строения наружного слухового прохода у детей раннего возраста, их значение при отоскопии и в клинике отитов.
30. Гидродинамическая теория Бекеш-Флетчер.
31. Острый и хронический катаральный отит. Причины, клиника, лечение.
32. Повреждения и ранения ушной раковины, наружного слухового прохода, барабанной перепонки. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
33. Строение и функции слуховой трубы у взрослых и детей и ее роль в развитии отитов, тугоухость и слухоулучшающие операции.
34. Показания к парацентезу, техника парацентеза.
35. Операции на ухе с целью реабилитации слуха.
36. Отоскопия и опознавательные знаки барабанной перепонки.
37. Тимпаногенные лабиринтиты.
38. Система полостей среднего уха, топография барабанной полости.
39. Спонтанный нистагм и его характеристика.
40. Острый мастоидит. Формы, причины, клиника, лечение.
41. Пробы Рине, Желе, их клиническая трактовка.
42. Сенсоневральная тугоухость. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
43. Невринома VIII пары. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Анатомия, физиология и методы исследования слухового анализатора

1. Во внутреннем ухе имеются жидкости:
 - 1) плазма крови, перилимфа
 - 2) экссудат, эндолимфа
 - 3) перилимфа, эндолимфа
 - 4) эндолимфа, транссудат
 - 5) транссудат, ликвор.
2. При исследовании слуха не используется камертон:
 - 1) С 128
 - 2) С 586
 - 3) С 1024.
3. У детей младшего возраста не используется метод исследования слуха:
 - 1) определение кохлеопальпебрального, кохлеопупиллярного
 - 2) кохлеоларингеального рефлексов
 - 3) поворот глаз и головы под воздействием звука
 - 4) объективная аудиометрия
 - 5) надпороговая аудиометрия.
4. Способ исследования слуха с использованием речи:
 - 1) камертональное исследование
 - 2) аудиометрия
 - 3) акуметрия
 - 4) безусловные рефлексy
 - 5) импедансометрия.
5. К звукопроводящему отделу слухового анализатора не относится:
 - 1) ушная раковина
 - 2) улитка
 - 3) наружный слуховой проход
 - 4) барабанная полость.
6. Среди опознавательных пунктов барабанной перепонки нет:
 - 1) короткого отростка молоточка
 - 2) рукоятки молоточка
 - 3) передней и задней складок
 - 4) светового конуса
 - 5) квадрантов.
7. Санториниевы щели в перепончато-хрящевом отделе слухового прохода располагаются на:
 - 1) передне-нижней стенке
 - 2) задне-нижней стенке
 - 3) верхней стенке.
8. В раннем детском возрасте наружный слуховой проход состоит из:
 - 1) перепончато-хрящевого отдела
 - 2) костного отдела
 - 3) перепончато-хрящевого отдела и костного отдела.
9. В состав среднего уха не входят:
 - 1) барабанная полость
 - 2) клетки сосцевидного отростка
 - 3) улитка
 - 4) слуховая труба.

10. Водопровод улитки открывается в:
 - 1) переднюю черепную ямку
 - 2) заднюю черепную ямку
 - 3) среднюю черепную ямку
 - 4) ромбовидную ямку
 - 5) сильвиев водопровод.
11. Ухо человека лучше всего слышит тоны в зоне:
 - 1) 50-100 Гц
 - 2) 8000-10000 Гц
 - 3) 800-2000 Гц
 - 4) 10000-13000 Гц
 - 5) 10-50 Гц.
12. Наружный слуховой проход состоит из отделов:
 - 1) перепончатый и костный
 - 2) хрящевой и соединительно-тканый
 - 3) перепончато-хрящевой и костный
 - 4) костный и мышечный
 - 5) мышечно-эпителиальный и костный.
13. Отдел височной кости, в котором находится внутреннее ухо:
 - 1) сосцевидный отросток
 - 2) чешуя височной кости
 - 3) пирамида
 - 4) улитка
 - 5) затылочная кость.
14. Периферический рецептор звукового анализатора:
 - 1) ампулярный аппарат
 - 2) кортиев орган
 - 3) отолитовый аппарат.
15. Звукопроводящий аппарат:
 - 1) перилимфа
 - 2) кортиев орган
 - 3) среднее ухо
 - 4) спиральный ганглий.
16. К звуковоспринимающему аппарату относится:
 - 1) рейсснера мембрана
 - 2) покровная пластинка
 - 3) кортиев орган
 - 4) эндолимфа.
17. Перешеек - это образование:
 - 1) костного отдела
 - 2) перепончато-хрящевого отдела
 - 3) перехода перепончато-хрящевого отдела в костный.
18. Из чего состоит внутреннее ухо?
 - 1) костного лабиринта
 - 2) хрящевых образований
 - 3) связок
 - 4) мышц.
19. Где находится костный лабиринт?
 - 1) пирамида височной кости
 - 2) улитка
 - 3) полукружные каналы
 - 4) кортиев орган.

20. На сколько отделов подразделяется костный лабиринт?
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4.
21. Барабанная струна является ветвью нерва:
- 1) слухового
 - 2) вестибулярного
 - 3) лицевого
 - 4) тройничного.
22. Сигмовидный синус находится в черепной ямке
- 1) передней
 - 2) средней
 - 3) задней.
23. Санториниевы щели находятся на стенке наружного слухового прохода
- 1) нижней
 - 2) верхней
 - 3) передней
 - 4) задней.
24. В раннем детском возрасте наружный слуховой проход представлен отделом
- 1) перепончато-хрящевым
 - 2) костным
 - 3) перепончато-хрящевым отделом и костным.
25. Натянутая часть барабанной перепонки состоит из слоев
- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 4
 - 4) 5.
26. Первый нейрон звукового анализатора находится в
- 1) барабанной полости
 - 2) улитке
 - 3) внутреннем слуховом проходе
 - 4) продолговатом мозге.
27. Барабанная полость посредством слуховой трубы сообщается с
- 1) носоглоткой
 - 2) полостью носа
 - 3) улиткой
 - 4) антрумом.
28. Водопровод улитки открывается в черепную ямку
- 1) переднюю
 - 2) заднюю
 - 3) среднюю.
29. Перешеек в наружном слуховом проходе находится в
- 1) костном отделе
 - 2) перепончато-хрящевом отделе
 - 3) переходе перепончато-хрящевого отдела в костный.
30. Высоочастотные звуки воспринимаются в улитке в:
- 1) области основания
 - 2) области среднего отдела
 - 3) области верхушки
 - 4) всей улитке.

Анатомия и физиология вестибулярного анализатора

1. В каком анатомическом образовании внутреннего уха находятся мешочки саккулюс и утрикулюс?

- 1) улитка
- 2) преддверие
- 3) полукружные каналы
- 4) кортиев орган.

2. Что является адекватным раздражителем вестибулярных рецепторов преддверия?

- 1) круговое ускорение
- 2) левостороннее ускорение
- 3) правостороннее ускорение
- 4) прямолинейное ускорение.

3. Что является адекватным раздражителем вестибулярных рецепторов полукружных каналов?

- 1) угловое ускорение
- 2) гравитация
- 3) прямолинейное ускорение
- 4) круговое ускорение.

4. Какая из перечисленных дуг не входит в систему вестибулярного аппарата?

- 1) вестибуло-глазодвигательная
- 2) вестибуло-спинальная
- 3) вестибуло-мышечная
- 4) вестибуло-корковая.

5. Что не входит в анатомическое строение вестибулярного аппарата?

- 1) костное преддверие
- 2) полукружные каналы
- 3) улитка
- 4) отолитовый аппарат.

6. Что с анатомической точки зрения не входит в вестибулярный аппарат?

- 1) саккулюс
- 2) утрикулюс
- 3) полукружные каналы
- 4) кортиев орган.

7. Чем выстлана внутренняя поверхность перепончатых каналов, за исключением ампулярной части?

- 1) эпителием
- 2) эндотелием
- 3) хрящом
- 4) мышцами.

8. Что находится на внутренней поверхности ампул?

- 1) гребешок
- 2) гребень
- 3) отросток
- 4) мешочки преддверия.

9. Аппаратом преддверия регистрируются:

- 1) прямолинейное ускорение, ускорение силы тяжести
- 2) угловое ускорение, прямолинейное ускорение
- 3) ускорение силы тяжести, угловое ускорение

- 4) земное притяжение, угловое ускорение
 - 5) прямолинейное ускорение, угловое ускорение.
10. Степени отклонения туловища при пробе Воячека:
- 1) одна
 - 2) две
 - 3) три
 - 4) четыре
 - 5) пять.
11. Какое образование лабиринта наиболее древнее в филогенетическом аспекте?
- 1) полукружные каналы
 - 2) улитка
 - 3) преддверие
 - 4) мешочки преддверия.
12. Какая жидкость находится в преддверии лабиринта?
- 1) кровь
 - 2) лимфа
 - 3) ликвор
 - 4) перилимфа.
13. Сколько отверстий находится на задней стенке преддверия лабиринта?
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 4
 - 4) 5.
14. Что находится на латеральной стенке преддверия лабиринта?
- 1) овальное окно
 - 2) улитка
 - 3) полукружные каналы
 - 4) утрикулус.
15. Какой из названных полукружных каналов не относится к вестибулярному анализатору?
- 1) горизонтальный
 - 2) фронтальный
 - 3) сагитальный
 - 4) продольный.
16. Положительная прессорная проба наблюдается при фистуле
- 1) улитки
 - 2) преддверия лабиринта
 - 3) полукружных каналов.
17. Рейсснера мембрана находится в:
- 1) барабанной лестнице
 - 2) лестнице преддверия
 - 3) преддверии улитки
 - 4) барабанной полости.
18. Адекватный раздражитель отолитового аппарата
- 1) прямолинейное ускорение, ускорение силы тяжести
 - 2) угловое ускорение, прямолинейное ускорение
 - 3) ускорение силы тяжести, угловое ускорение
 - 4) прямолинейное ускорение, угловое ускорение.
19. Направление нистагма определяется направлением
- 1) медленного компонента нистагма при крайнем отведении глаз
 - 2) быстрого компонента нистагма при крайнем отведении глаз
 - 3) медленного компонента нистагма при взгляде прямо

4) быстрого компонента нистагма при взгляде прямо.

Анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух

1. В какой носовой ход открываются передние клетки решетчатого лабиринта:
 - 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
2. В какой носовой ход открываются средние клетки решетчатого лабиринта:
 - 1) общий
 - 2) нижний
 - 3) средний
 - 4) верхний.
3. В какой носовой ход открываются задние клетки решетчатого лабиринта?
 - 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
4. В какой носовой ход открывается клиновидная пазуха?
 - 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
5. Какие из перечисленных методов позволяют изучить дыхательную функцию полости носа?
 - 1) эндоскопия полости носа
 - 2) ольфактометрия
 - 3) ринопневмометрия
 - 4) передняя риноскопия
 - 5) задняя риноскопия.
6. Носовую перегородку образуют:
 - 1) треугольный хрящ, решетчатый лабиринт, сошник
 - 2) перпендикулярная пластинка решетчатой кости, сошник, четырехугольный хрящ, носовой гребешок верхней челюсти
 - 3) небная кость, сошник, четырехугольный хрящ
 - 4) носовая кость, четырехугольный хрящ, сошник.
7. К функциям полости носа не относятся:
 - 1) дыхательная
 - 2) защитная
 - 3) резонаторная
 - 4) обонятельная
 - 5) вкусовая.
8. Лимфоотток из наружного носа не осуществляется в лимфоузлы:
 - 1) поднижнечелюстные
 - 2) подбородочные
 - 3) поверхностные шейные
 - 4) глубокие шейные.
9. Нижняя стенка полости носа образована:
 - 1) крыловидный отросток клиновидной кости и небный отросток верхней челюсти

- 2) горизонтальная пластинка небной кости и крыловидный отросток клиновидной кости
 - 3) небный отросток верхней челюсти и горизонтальная пластинка небной кости
 - 4) сошник и крыловидный отросток клиновидной кости
 - 5) носовые кости и небный отросток верхней челюсти.
10. В формировании верхней стенки полости носа не участвуют:
- 1) носовые кости
 - 2) продырявленная пластинка решетчатой кости
 - 3) лобная кость
 - 4) передняя стенка клиновидной пазухи.
11. В формировании костного отдела наружного носа не участвуют:
- 1) носовые кости
 - 2) лобные отростки верхней челюсти
 - 3) носовые отростки лобной кости
 - 4) сошник.
12. На латеральной стенке полости носа имеются раковины:
- 1) верхняя, нижняя, средняя
 - 2) верхняя, нижняя, медиальная
 - 3) латеральная, медиальная
 - 4) верхняя, нижняя
 - 5) латеральная, нижняя.
13. В каждой половине полости носа имеется носовых ходов:
- 1) два
 - 2) три
 - 3) четыре
 - 4) пять
 - 5) шесть.
14. В какой носовой ход открывается слезно-носовой канал?
- 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
15. В какой носовой ход открывается верхнечелюстная пазуха?
- 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
16. В какой носовой ход открывается лобная пазуха?
- 1) общий
 - 2) нижний
 - 3) средний
 - 4) верхний.
17. Мышцы наружного носа иннервируются нервом
- 1) первой ветвью тройничного
 - 2) второй ветвью тройничного
 - 3) третьей ветвью тройничного
 - 4) лицевым.
18. В формировании ската носа участвует
- 1) передняя стенка клиновидной пазухи
 - 2) продырявленная пластинка решетчатой кости
 - 3) носовая кость

- 4) лобная кость.
- 19. Носовую перегородку образуют:
 - 1) треугольный хрящ, решетчатый лабиринт, сошник
 - 2) небная кость, сошник, четырехугольный хрящ
 - 3) перпендикулярная пластинка решетчатой кости, сошник, четырехугольный хрящ, носовой гребешок верхней челюсти
 - 4) носовая кость, четырехугольный хрящ, сошник.
- 20. Лобная пазуха открывается в носовой ход
 - 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
- 21. Задние клетки решетчатого лабиринта открываются в носовой ход
 - 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
- 22. Внутренняя стенка верхнечелюстной пазухи наиболее тонкая на уровне носового хода
 - 1) нижнего
 - 2) среднего
 - 3) верхнего.
- 23. В формировании латеральной стенки полости носа участвует
 - 1) четырехугольный хрящ
 - 2) сошник
 - 3) решетчатая кость
 - 4) крыловидный отросток клиновидной кости.
- 24. В формировании верхней стенки полости носа участвует
 - 1) лобный отросток верхней челюсти
 - 2) передняя стенка клиновидной пазухи
 - 3) перпендикулярная пластинка решетчатой кости
 - 4) продырявленная пластинка решетчатой кости.
- 25. Обонятельная зона в полости носа находится в области носового хода
 - 1) нижнего
 - 2) среднего
 - 3) верхнего
 - 4) общего.
- 26. Кожа наружного носа иннервируется нервами
 - 1) первой и второй ветвями тройничного
 - 2) лицевым нервом и первой ветвью тройничного
 - 3) второй и третьей ветвями тройничного
 - 4) лицевым и второй ветвью тройничного.
- 27. Решетчатый лабиринт граничит с черепной ямкой

- 1) передней
 - 2) средней
 - 3) задней.
28. Клиновидная пазуха открывается в носовой ход
- 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
29. В формировании медиальной стенки полости носа участвует
- 1) горизонтальная пластинка небной кости
 - 2) лобные отростки верхней челюсти
 - 3) носовые отростки лобной кости
 - 4) перпендикулярная пластинка решетчатой кости.
30. Верхнечелюстная пазуха открывается в носовой ход
- 1) верхний
 - 2) средний
 - 3) нижний
 - 4) общий.
31. Нижнюю стенку полости носа образуют
- 1) крыловидный отросток клиновидной кости и небный отросток верхней челюсти
 - 2) небный отросток верхней челюсти и горизонтальная пластинка небной кости
 - 3) горизонтальная пластинка небной кости и крыловидный отросток клиновидной кости
 - 4) сошник и крыловидный отросток клиновидной кости.
32. Мышцы наружного носа иннервируются нервом
- 1) первой ветвью тройничного
 - 2) второй ветвью тройничного
 - 3) третьей ветвью тройничного
 - 4) лицевым.
33. Самая толстая стенка лобной пазухи
- 1) нижняя
 - 2) задняя
 - 3) передняя
 - 4) медиальная.

Анатомия и физиология глотки

1. Глотка соответствует шейным позвонкам
 - 1) I - III
 - 2) I - IV
 - 3) I - V

- 4) I –VI.
2. Чувствительная иннервация гортаноглотки осуществляется в основном за счет нерва
- 1) тройничного
 - 2) блуждающего
 - 3) языкоглоточного
 - 4) лицевого.
3. Кровоснабжение небных миндалин осуществляется из
- 1) наружной и внутренней сонной артерии
 - 2) наружной сонной артерии
 - 3) внутренней сонной артерии
 - 4) лицевой артерии.
4. Границей бокового окологлоточного клетчаточного пространства является
- 1) верхний констриктор глотки
 - 2) средний констриктор глотки
 - 3) шилоглоточная мышца
 - 4) медиальная крыловидная мышца.
5. Количество миндалин, располагающихся в носоглотке
- 1) одна
 - 2) две
 - 3) три
 - 4) четыре.
6. Чувствительная иннервация ротоглотки осуществляется в основном за счет нерва
- 1) тройничного
 - 2) блуждающего
 - 3) языкоглоточного
 - 4) лицевого.
7. Средняя часть глотки (ротоглотка) соответствует шейному позвонку
- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 4
 - 4) 5.
8. Устье слуховой трубы открывается на стенке носоглотки
- 1) верхней
 - 2) задней
 - 3) боковой
 - 4) передней.
9. Чувствительная иннервация носоглотки осуществляется в основном за счет нерва
- 1) тройничного
 - 2) блуждающего
 - 3) языкоглоточного
 - 4) лицевого.
10. Количество миндалин, располагающихся в глотке
- 1) шесть
 - 2) пять
 - 3) четыре
 - 4) три.
11. Границей между носоглоткой и ротоглоткой является
- 1) горизонтальная плоскость, проведенная через поверхность языка

- 2) верхний полюс небных миндалин
 - 3) горизонтальная плоскость, проведенная через твердое небо
 - 4) край мягкого неба.
12. Крупная артерия, расположенная вблизи нижнего полюса небной миндалины
- 1) наружная сонная
 - 2) внутренняя сонная
 - 3) общая сонная
 - 4) щитовидная.
13. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка обусловлено поражением нерва
- 1) лицевого
 - 2) тройничного
 - 3) языкоглоточного
 - 4) блуждающего.
14. Чувствительная иннервация глотки осуществляется нервами
- 1) второй веточкой тройничного нерва, блуждающим и подъязычным
 - 2) второй веточкой тройничного нерва, блуждающим и языкоглоточным
 - 3) первой и второй ветвями тройничного нерва, блуждающим
 - 4) первой и второй ветвями тройничного нерва и языкоглоточным.

Анатомия, физиология гортани, трахеи и бронхов

1. Укажите изменения, происходящие в гортани при движениях черпаловидных хрящей в перстнечерпаловидных суставах:
- 1) изменяется натяжение голосовых связок
 - 2) изменяется ширина голосовой щели
 - 3) поднимается надгортанник
 - 4) опускается надгортанник.
2. Укажите, между какими анатомическими образованиями располагается перстнещитовидная (коническая) связка:
- 1) между щитовидным хрящом и подъязычной костью
 - 2) между перстневидным хрящом и трахеей
 - 3) между щитовидным хрящом и перстневидным хрящом
 - 4) между щитовидным хрящом и надгортанником.
3. Укажите, частями какого анатомического образования являются срединная и боковая щитоподъязычные связки:
- 1) перстне-щитовидной (конической) связки
 - 2) фиброзно-эластической мембраны гортани
 - 3) щитоподъязычной мембраны
 - 4) лопаточно-ключичной фасции.
4. Укажите образования, через которые в гортань проникают внутренние ветви верхних гортанных нервов
- 1) через щитоперстневидную связку
 - 2) через щитоподъязычную мембрану
 - 3) через щитовидный хрящ
 - 4) через пластинки перстневидного хряща.
5. Назовите функциональную роль парной задней перстнечерпаловидной мышцы
- 1) суживает голосовую щель
 - 2) расслабляет голосовые складки
 - 3) расширяет просвет гортани при вдохе
 - 4) расслабляет складки и суживает голосовую щель.
6. Укажите те мышцы, которые изменяют натяжение голосовых складок:
- 1) задняя перстнечерпаловидная

- 2) боковая перстнечерпаловидная
 - 3) щиточерпаловидная
 - 4) косая черпаловидная
 - 5) перстнещитовидная
7. Укажите, к каким хрящам гортани прикрепляются мышцы, опускающие надгортанник?
- 1) перстневидному
 - 2) щитовидному
 - 3) черпаловидному
 - 4) рожковидному.
8. Укажите, сколько отделов выделяют в гортани?
- 1) два
 - 2) три
 - 3) четыре
 - 4) пять.
9. Голосовую щель расширяет мышца:
- 1) щитоперстневидная
 - 2) щиточерпаловидная
 - 3) задняя перстне-черпаловидная
 - 4) голосовая мышца
 - 5) щитоподъязычная мышца.
10. Основные функции гортани:
- 1) дыхательная голосообразовательная, защитная
 - 2) голосообразовательная, рефлекторная
 - 3) рефлекторная, защитная, иммунологическая
 - 4) дыхательная, пищепроводная, голосообразовательная
 - 5) дыхательная, рефлекторная.
11. Сустав гортани:
- 1) черпалонадгортанный
 - 2) перстнещитовидный
 - 3) щитонадгортанный
 - 4) надгортанно-перстневидный.
12. Не относится к наружным мышцам гортани:
- 1) грудино-подъязычная
 - 2) щитоперстневидная
 - 3) грудино-щитовидная
 - 4) щитоподъязычная.
13. Укажите, сколько пар суставных поверхностей имеет перстневидный хрящ?
- 1) одну пару
 - 2) две пары
 - 3) три пары
 - 4) четыре пары.
14. Укажите, с каким хрящом соединяются суставами черпаловидные хрящи?
- 1) со щитовидным хрящом
 - 2) с перстневидным хрящом
 - 3) с рожковидными хрящами
 - 4) с клиновидными хрящами.
15. Укажите характер движений в перстнещитовидном суставе:
- 1) щитовидный хрящ наклоняется вперед-назад
 - 2) щитовидный хрящ отклоняется вправо-влево
 - 3) перстневидный хрящ наклоняется вперед-назад
 - 4) перстневидный хрящ отклоняется вправо-влево.

16. Назовите функциональную роль движений в перстнещитовидном суставе:
- 1) расширение голосовой щели
 - 2) сужение голосовой щели
 - 3) изменение натяжения голосовых складок
 - 4) опускание надгортанника.
17. Верхняя и нижняя границы гортани у взрослых:
- 1) надгортанник и щитовидный хрящ
 - 2) вестибулярные складки и 6 шейный позвонок
 - 3) надгортанник и 7 шейный позвонок
 - 4) 4 и 6 шейный позвонок
 - 5) 7 шейный позвонок и щитовидный хрящ.
18. Границы трахеи:
- 1) 4-5 шейный позвонок и 6 грудной позвонок
 - 2) 6-7 шейный позвонок и 4-5 грудной позвонок
 - 3) 4-5 шейный позвонок и 5-6 грудной позвонок
 - 4) нижний край щитовидного хряща и 5 грудной позвонок
 - 5) нижний край черпаловидного хряща и 6 грудной позвонок.
19. Внутренние мышцы гортани делятся на группы:
- 1) поднимающие и опускающие гортань и надгортанник
 - 2) суживающие голосовую щель, расширяющие голосовую щель, натягивающие голосовые складки
 - 3) натягивающие голосовые складки, суживающие голосовую щель
 - 4) расширяющие и суживающие голосовую щель
 - 5) натягивающие, расширяющие голосовые складки, поднимающие гортань.
20. Лимфатическая сеть гортани наиболее выражена в отделе:
- 1) вестибулярном
 - 2) среднем
 - 3) подскладочном.
21. Сколько существует хрящей гортани у человека
- 1) 3 парные, 3 непарные
 - 2) 2 парные, 3 непарные
 - 3) 6 парных
 - 4) 3 парные и 1 непарный
 - 5) 1 парный, 2 непарные
22. Иннервация слизистой оболочки гортани происходит
- 1) внутренней ветвью верхнегортанного нерва
 - 2) нижним гортанным нервом
 - 3) наружной ветвью верхнегортанного нерва
 - 4) возвратным нервом
 - 5) блуждающим нервом.
23. Функция, которую гортань не выполняет
- 1) глотание
 - 2) дыхание
 - 3) голосообразование
 - 4) защитная

- 5) правильного ответа нет.
24. Нижняя гортанная артерия является ветвью артерии
- 1) внутренней сонной
 - 2) наружной сонной
 - 3) нижней щитовидной
 - 4) подключичной.
25. Гортань у взрослого человека находится на уровне шейных позвонков
- 1) III-V
 - 2) IV-VI
 - 3) IV-VII
 - 4) V-VII.
26. Верхним гортанным нервом иннервируется мышца
- 1) голосовая
 - 2) задняя перстнечерпаловидная
 - 3) черпалонадгортанная
 - 4) перстнещитовидная.
27. Основной отток венозной крови из гортани осуществляется в вену
- 1) наружную яремную
 - 2) переднюю яремную
 - 3) внутреннюю яремную
 - 4) позадищелюстную.
28. К параличу гортани приводит поражение нерва
- 1) нижнего гортанного
 - 2) тройничного
 - 3) верхнего гортанного
 - 4) языкоглоточного.
29. Верхний и нижний гортанные нервы отходят от нерва
- 1) языкоглоточного
 - 2) тройничного
 - 3) добавочного
 - 4) блуждающего.
30. К нарушению чувствительности слизистой оболочки верхнего и среднего этажа гортани приводит поражение нерва
- 1) нижнего гортанного
 - 2) тройничного
 - 3) верхнего гортанного
 - 4) языкоглоточного.
31. Углубления между складками преддверия и голосовыми складками называются
- 1) грушевидные карманы
 - 2) гортанные желудочки
 - 3) ямки Розенмюллера
 - 4) валлекулы.
32. Верхняя гортанная артерия является ветвью
- 1) внутренней сонной артерии
 - 2) верхней щитовидной артерии
 - 3) подключичной артерии
 - 4) щитошейного ствола.
33. Иннервация гортани осуществляется нервом
- 1) тройничным
 - 2) языкоглоточным
 - 3) блуждающим
 - 4) подъязычным.

34. Парные хрящи гортани
 - 1) щитовидный
 - 2) надгортанник
 - 3) перстневидный
 - 4) черпаловидный.
35. Лимфа из гортани оттекает в лимфатические узлы
 - 1) подчелюстные
 - 2) глубокие шейные
 - 3) подбородочные
 - 4) заглоточные.
36. Внутренние мышцы гортани делятся на группы
 - 1) суживающие голосовую щель, расширяющие голосовую щель, натягивающие голосовые складки
 - 2) натягивающие голосовые складки, суживающие голосовую щель
 - 3) расширяющие и суживающие голосовую щель
 - 4) натягивающие, расширяющие голосовые складки, поднимающие гортань.

Заболевания наружного уха

1. Для лечения больных с хондроперихондритом ушной раковины не используют:
 - 1) антибиотики
 - 2) эндауральный электрофорез с лидазой
 - 3) смазывание пораженного места 10% раствором нитрата серебра
 - 4) УФО
 - 5) УВЧ.
2. Причиной скопления серы в слуховом проходе не является:
 - 1) узость и извилистость наружного слухового прохода
 - 2) гиперфункция серных желез
 - 3) повышенная вязкость серы
 - 4) оттопыренные ушные раковины.
3. Симптомом обтурации слухового прохода серной пробкой не является:
 - 1) ощущение заложенности
 - 2) шум в ухе
 - 3) аутофония
 - 4) гиперакузия
 - 5) головная боль.
4. Для промывания серных пробок температура воды должна быть:
 - 1) 27°
 - 2) 30°
 - 3) 37°
 - 4) 42°
5. При промывании серных пробок струю воды из шприца направляют:
 - 1) по задне-нижней стенке
 - 2) по верхне-задней стенке
 - 3) по передне-нижней стенке
 - 4) по передне-верхней стенке.

6. Для размягчения серных пробок применяют закапывание в ухо:
- 1) дистиллированная вода
 - 2) 3% раствор борного спирта
 - 3) содоглицериновые капли
 - 4) суспензию гидрокортизона.
7. К факторам, способствующим возникновению фурункула наружного слухового прохода, не относится:
- 1) дерматит
 - 2) гнойный средний отит
 - 3) адгезивный средний отит
 - 4) травма кожи
 - 5) сахарный диабет.
8. При лечении больных с фурункулom наружного слухового прохода не используют:
- 1) антибиотики
 - 2) ацетилсалициловую кислоту
 - 3) антигистаминные препараты
 - 4) сосудосуживающие капли в нос
 - 5) УФО.
9. Симптомом наружного диффузного отита не является:
- 1) головокружение
 - 2) зуд в ухе
 - 3) болезненность при надавливании на козелок
 - 4) гнойные выделения из уха.
10. Причиной разлитого воспаления наружного слухового прохода не является:
- 1) мастоидит
 - 2) механическая травма
 - 3) термический фактор
 - 4) химическое раздражение
 - 5) инфекция.
11. Какие препараты не эффективны для лечения грибковых отитов, вызываемых плесневыми грибами:
- 1) амфотерицин В
 - 2) низорал
 - 3) флюконазол
 - 4) полимиксин В.
12. При отомикозе, вызванном грибом рода *Candida*, отделяемое бывает
- 1) черно-коричневым
 - 2) желтоватым
 - 3) зеленоватым
 - 4) бело-серым.
13. Экзему наружного уха не дифференцируют с:
- 1) рожистым воспалением наружного уха
 - 2) диффузным наружным отитом
 - 3) ограниченным наружным отитом
 - 4) отомикозом
 - 5) мастоидитом.
14. Среди возбудителей хондроперихондрита ушной раковины чаще встречается:
- 1) синегнойная палочка
 - 2) стафилококки
 - 3) пневмококки
 - 4) стрептококки

5) плесневые грибы.

15. Назовите инструмент, который используется при удалении инородного тела наружного слухового прохода:

- 1) щипцы
- 2) пинцет
- 3) крючок Воячека.

16. Назовите показания к удалению инородного тела из наружного слухового прохода:

- 1) по жизненным показаниям
- 2) для предупреждения осложнений
- 3) для снятия боли.

17. Назовите метод лечения отогематомы:

- 1) пункция с аспирацией крови и наложение давящей повязки
- 2) физиолечение
- 3) вскрытие отогематомы
- 4) лазерное облучение крови.

18. Следствием отогематомы может быть:

- 1) тугоухость
- 2) аутофония
- 3) хондроперихондрит
- 4) перфорация ушной раковины.

19. При отомикозе, вызванном грибом *aspergillus niger*, цвет отделяемого будет

- 1) черно - коричневым
- 2) желтоватым
- 3) зеленоватым
- 4) бело-серым.

20. При удалении серной пробки из уха струю воды из шприца направляют по стенкам

- 1) нижнезадней
- 2) верхнезадней
- 3) передненижней
- 4) передневерхней.

21. При наличии серной пробки в наружном слуховом проходе отмечается тугоухость

- 1) перцептивная
- 2) смешанная
- 3) кондуктивная.

22. Сужение наружного слухового прохода наблюдается при

- 1) отосклерозе
- 2) хроническом среднем отите
- 3) остром среднем отите
- 4) наружном отите.

23. Основным симптом обтурации слухового прохода серной пробкой

- 1) резкая боль в ухе
- 2) нистагм
- 3) гиперacusия
- 4) односторонняя глухота.

24. Для наружного диффузного отита у взрослых характерно

- 1) болезненность при надавливании на козелок
- 2) болезненность при перкуссии сосцевидного отростка
- 3) головокружение
- 4) нистагм.

25. Для размягчения серной пробки в ухо закапывают
- 1) дистиллированную воду
 - 2) 3% раствор борного спирта
 - 3) содоглицериновые капли
 - 4) суспензию гидрокортизона.
26. Причина фурункула наружного слухового прохода
- 1) травма кожных покровов наружного слухового прохода
 - 2) мастоидит
 - 3) катаральный средний отит
 - 4) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
27. К основным признакам эпитимпанита не относится:
- 1) перфорация в натянутой части барабанной перепонки
 - 2) краевое прободение барабанной перепонки
 - 3) зловонный гнойный секрет
 - 4) снижение слуха
 - 5) поражение костных структур уха.
28. При каком эндокринном заболевании чаще всего образуется серная пробка?
- 1) при сахарном диабете
 - 2) при микседеме
 - 3) при тиреотоксикозе
 - 4) при болезни Иценко-Кушинга.
29. С каким заболеванием чаще всего дифференцируют диффузный наружный отит?
- 1) с экземой
 - 2) с хроническим средним отитом
 - 3) с фурункулом наружного слухового прохода
 - 4) с зигоматицитом.
30. С каким заболеванием чаще всего дифференцировать фурункул наружного слухового прохода?
- 1) с мастоидитом
 - 2) с диффузным наружным отитом
 - 3) с отомикозом
 - 4) с экземой наружного слухового прохода.
31. Какая часть ушной раковины не поражается при перихондрите?
- 1) козелок
 - 2) завиток
 - 3) мочка
 - 4) противозавиток.
32. Какие признаки характерны для перихондрита ушной раковины?
- 1) повышение температуры, рвота

- 2) повышение температуры, боль в ухе, покраснение, припухлость всей ушной раковины
 - 3) покраснение, припухлость всей ушной раковины, боль, регионарный лимфаденит.
33. Какая основная жалоба при отомикозе?
- 1) боль в ухе
 - 2) чувство заложенности и выделения
 - 3) нет жалоб
 - 4) зуд и выделения из уха.
34. Какой вид грибов чаще всего высевается при наружном отомикозе у детей?
- 1) кандида
 - 2) пенициллум
 - 3) аспергиллус
 - 4) альтернария.
35. Какой вид перфораций барабанной перепонки чаще наблюдается при отомикозе?
- 1) округлые
 - 2) с неровными контурами
 - 3) центральные
 - 4) краевые.
36. Какова наиболее частая локализация микоза уха?
- 1) в наружном слуховом проходе
 - 2) на ушной раковине
 - 3) в среднем ухе
 - 4) в послеоперационной полости.
37. Каков основной диагностический алгоритм для отомикоза?
- 1) микроскопия
 - 2) отоскопия
 - 3) цитология
 - 4) аудиометрия.
38. При каком виде грибов отделяемое имеет вид угольной пыли
- 1) при кандида
 - 2) при пенициллум
 - 3) при альтернария
 - 4) при аспергиллус.
39. При поражении наружного уха грибами рода *A.niger* отоскопически выявляются:

- 1) в слуховом проходе беловатые наложения, мацерация кожи наружного слухового прохода
 - 2) обильные казеозные массы черного цвета в костном отделе слухового прохода
 - 3) сукровичное отделяемое в слуховом проходе, появление мирингита.
40. Раздражение кожи слухового прохода с полной obturацией. Какой из перечисленных методов лечения имеет основное значение для лечения отомикоза, обусловленного дрожжеподобными грибами рода *Candida*?
- 1) местное антимикотическое лечение
 - 2) местное лечение – неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами
 - 3) местное лечение – неспецифическая гипосенсибилизация.
41. Какой фактор является ведущим в развитии отомикоза (по мнению В.Я. Кунельской)?
- 1) травматизация эпителиального покрова наружного слухового прохода
 - 2) антибиотикотерапия
 - 3) первичное иммунодефицитное состояние
 - 4) обменные нарушения.
42. Что включает в себя понятие «отомикозы» на современном этапе?
- 1) микоз наружного уха
 - 2) микоз наружного и барабанной перепонки
 - 3) микотический воспалительный процесс среднего уха
 - 4) микотическое поражение наружного уха, среднего уха, а также микоз послеоперационных полостей.
43. Какой симптом, как правило, отсутствует при вялотекущем микотическом наружном отите, особенно при кандидозе?
- 1) зуд в ухе
 - 2) боль в ухе
 - 3) выделения из уха
 - 4) шум в ухе.
44. Как называется I фаза воспалительного процесса?
- 1) фаза пролиферации
 - 2) фаза экссудации
 - 3) фаза альтерации и инфильтрации.
45. Как называется II фаза воспалительного процесса?
- 1) фаза пролиферации
 - 2) фаза экссудации

- 3) фаза альтерации и инфильтрации.
46. Как называется III фаза воспалительного процесса?
- 1) фаза пролиферации
 - 2) фаза экссудации
 - 3) фаза альтерации и инфильтрации.

Заболевания среднего уха

1. При продольном переломе пирамиды височной кости не наблюдается:
 - 1) ступенчатый выступ в костном отделе наружного слухового прохода
 - 2) кондуктивная тугоухость
 - 3) разрыв барабанной перепонки
 - 4) разрыв капсулы лабиринта
 - 5) ликворея.
2. При комбинированных повреждениях наружного и среднего уха не будет отмечаться:
 - 1) кровотечение из сигмовидного синуса и луковицы яремной вены
 - 2) паралич лицевого нерва
 - 3) ограниченный и диффузный лабиринтит
 - 4) ушная ликворея
 - 5) паралич языкоглоточного нерва.
3. К показаниям для проведения общеполостной операции на среднем ухе не относится:
 - 1) хронический гнойно-деструктивный эптитимпанит
 - 2) холестеатома среднего уха
 - 3) хронический гнойный средний отит с внутричерепными осложнениями
 - 4) острый гнойный средний отит
 - 5) хронический гнойный эптитимпанит, парез лицевого нерва.
4. При хроническом катаральном среднем отите наблюдается:
 - 1) утолщение барабанной перепонки
 - 2) выпячивание ее в наружный слуховой проход
 - 3) втянутость и истончение барабанной перепонки
 - 4) гиперемия натянутой части барабанной перепонки
 - 5) хорошо выражен световой конус.
5. Какой признак является непостоянным клиническим симптомом хронического гнойного мезотимпанита:
 - 1) оторея
 - 2) стойкая перфорация барабанной перепонки
 - 3) головокружение
 - 4) снижение слуха.
6. Признаком хронического гнойного среднего отита не является:
 - 1) грануляции
 - 2) длительное гноетечение из уха
 - 3) стойкая перфорация барабанной перепонки
 - 4) снижение слуха.
7. Какое из перечисленных хирургических вмешательств не выполняется при

хроническом экссудативном отите?

- 1) миринготомия
- 2) тимпанопункция
- 3) общеполостная операция на ухе
- 4) шунтирование барабанной полости
- 5) катетеризация слуховой трубы.

8. При каком заболевании не проводится общеполостная операция на ухе

- 1) хронический гнойно-деструктивный эпитимпанит
- 2) холестеатома среднего уха
- 3) хронический гнойный отит с внутричерепными осложнениями
- 4) хронический гнойный мезотимпанит
- 5) хронический гнойный отит, эпитимпанит, парез лицевого нерва.

9. Характерным отоскопическим признаком хронического гнойного среднего отита является:

- 1) рубцы на барабанной перепонке
- 2) отложение извести на барабанной перепонке
- 3) перфорация барабанной перепонки
- 4) тусклый цвет барабанной перепонки.

10. Укажите наиболее частый путь распространения инфекции в полость черепа из среднего и внутреннего уха

- 1) по сосудам (между костью и стенкой сосуда)
- 2) контактный
- 3) лимфогенный
- 4) гематогенный
- 5) лабиринтный.

11. Какое хирургическое вмешательство производится при хроническом гнойном среднем отите, осложненном мастоидитом, менингитом:

- 1) радикальная операция на ухе с ревизией средней и задней черепных ямок
- 2) мастоидотомия
- 3) эндауральная радикальная операция
- 4) консервативно-радикальная операция
- 5) антромастоидотомия, ревизия средней черепной ямки.

12. Для диагностики хронического гнойного среднего отита, осложненного мастоидитом, менингитом проводится

- 1) отоскопия, аудиометрия, акуметрия
- 2) отоскопия, рентгенография сосцевидных отростков и черепа, анализ крови
- 3) отоскопия, рентгенография сосцевидных отростков и черепа, спинномозговая пункция, отоневрологическое обследование
- 4) отоскопия, анализ крови, сбор анамнеза.

13. Характерный отоскопический признак хронического гнойного среднего отита

- 1) рубцы на барабанной перепонке
- 2) отложение извести на барабанной перепонке
- 3) перфорация барабанной перепонки
- 4) тусклый цвет барабанной перепонки.

14. Для экссудативного среднего отита характерен тип тимпанограммы

- 1) А
- 2) В
- 3) С
- 4) D.

15. При остром гнойном среднем отите, осложненном мастоидитом, выполняется

- 1) парацентез барабанной перепонки
 - 2) антротомия
 - 3) аттикотомия
 - 4) антромастотомия.
16. Для петрозита характерно
- 1) парез или паралич лицевого нерва
 - 2) тригеминит
 - 3) двустороннее снижение слуха
 - 4) боль при жевании.
17. Для тубоотита характерен тип тимпанограммы
- 1) А
 - 2) В
 - 3) С
 - 4) D.
18. При хроническом гнойном среднем отите, осложненном менингитом, проводится хирургическое вмешательство
- 1) расширенная радикальная операция на ухе
 - 2) мастотомия
 - 3) эндоауральная аттикоантротомия
 - 4) антромастотомия.
19. При хроническом мезотимпаните процесс преимущественно в этаже барабанной полости
- 1) верхнем
 - 2) среднем
 - 3) верхнем и среднем.
20. Больные с адгезивным средним отитом жалуются на
- 1) тугоухость
 - 2) боль в ухе
 - 3) гноетечение из уха
 - 4) головокружение.
21. При радикальной операции уха объединяют в общую полость
- 1) барабанную полость и наружный слуховой проход
 - 2) наружный слуховой проход и антрум
 - 3) барабанную полость, антрум и наружный слуховой проход
 - 4) сосцевидный отросток и барабанную полость.
22. При остром гнойном среднем отите, осложненном мастотитом и субпериостальным абсцессом, выполняется
- 1) парацентез барабанной перепонки
 - 2) антромастотомия
 - 3) аттикотомия
 - 4) антротомия.
23. Наиболее частый путь распространения инфекции в полость черепа из среднего и внутреннего уха
- 1) контактный
 - 2) лимфогенный
 - 3) гематогенный
 - 4) лабиринтный.
24. При обострении хронического гнойного мезотимпанита наблюдается
- 1) припухлость мягких тканей заушной области
 - 2) усиление гноетечения из уха
 - 3) нистагм
 - 4) ригидность затылочных мышц.

25. Постоянный симптом хронического среднего отита
- 1) повышение температуры тела
 - 2) боль в ухе
 - 3) перфорация барабанной перепонки
 - 4) нарушение фланговой походки.
26. При гнойном мезотимпаните перфорация в
- 1) расслабленной части барабанной перепонки
 - 2) натянутой части барабанной перепонки
 - 3) натянутой и расслабленной части барабанной перепонки
 - 4) отсутствует.
27. У больных с острым средним отитом имеет место тугоухость
- 1) перцептивная
 - 2) смешанная
 - 3) кондуктивная.
28. При экссудативном среднем отите необходимое исследование
- 1) тональная пороговая аудиометрия
 - 2) тональная надпороговая аудиометрия
 - 3) электроакустическая эмиссия
 - 4) тональная пороговая аудиометрия и тимпанометрия.
29. Для диагностики хронического гнойного среднего отита, осложненного менингитом, проводится
- 1) отоскопия, отоневрологическое обследование
 - 2) отоскопия, РКТ черепа, анализ крови
 - 3) отоскопия, РКТ черепа, спинномозговая пункция, отоневрологическое обследование
 - 4) отоскопия, анализ крови, сбор анамнеза.
30. Причиной кондуктивной тугоухости может быть
- 1) тубоотит
 - 2) невринома VII пары ч.м.н.
 - 3) болезнь Меньера
 - 4) атрофия и дегенерация клеток кортиева органа.
31. При гнойном мезотимпаните перфорация в
- 1) расслабленной части барабанной перепонки
 - 2) натянутой части барабанной перепонки
 - 3) натянутой и расслабленной части барабанной перепонки
 - 4) отсутствует.
32. При обострении хронического гнойного мезотимпанита наблюдается
- 1) припухлость мягких тканей заушной области
 - 2) усиление гноетечения из уха
 - 3) нистагм
 - 4) ригидность затылочных мышц.
33. Симптом зигоматита
- 1) тригеминит
 - 2) парез или паралич лицевого нерва
 - 3) боль при жевании
 - 4) гиперacusия.
34. С каким заболеванием чаще всего дифференцировать фурункул наружного слухового прохода?
- 1) с мастоидитом
 - 2) с диффузным наружным отитом

3) с отомикозом

4) с экземой наружного слухового прохода.

35. Что является причиной возникновения перфорации барабанной перепонки при остром гнойном среднем отите?

1) повышение давления в барабанной полости

2) наличие гноя в барабанной полости

3) перерастяжение барабанной перепонки

4) все перечисленное.

36. Какие из указанных факторов чаще predispose к развитию секреторного среднего отита?

1) дисфункция слуховой трубы, нарушение носового дыхания.

2) рецидивирующий средний отит

3) неполное излечение острого среднего отита

4) хронический гипертрофический ринит.

37. Какой признак из перечисленных достоверен при диагностике экссудативного среднего отита?

1) кондуктивная тугоухость

2) ощущение шума и переливания в ухе

3) непроходимость слуховой трубы

4) получение экссудата при мириготомии.

38. Какие наиболее характерные признаки экссудативного среднего отита?

1) зуд в ухе

2) шум в ухе

3) выделения из уха

4) перфорация барабанной перепонки.

39. Какие патологические состояния редко наблюдаются при хроническом гнойном эпитимпаните?

1) образования холестеатомы

2) рост грануляций полипов

3) кариес

4) лабиринтит.

40. Какой фактор лежит в основе экссудативного среднего отита (по Цолнеру)?

1) гнойный синусит

2) аденоидит

3) воспаление слизистой оболочки барабанной полости

- 4) появление грануляций
 - 5) все перечисленное.
40. Каков наиболее частый прогноз при остром среднем отите?
- 1) выздоровление с полным восстановлением слуха
 - 2) выздоровление с частичным восстановлением слуха
 - 3) формирование стойкой перфорации барабанной перепонки
 - 4) образование спаек и рубцов в барабанной полости.
41. Для какого заболевания характерна триада Гетчинсона: особая форма зубов, паренхиматозный кератит, кохлеарный неврит?
- 1) для сифилиса среднего уха
 - 2) для туберкулеза среднего уха
 - 3) для болезни Вегенера
 - 4) для гистиоцитоза.
42. Какое осложнение гнойного среднего отита чаще встречается у детей грудного возраста?
- 1) субпериостальный абсцесс височной кости
 - 2) зигоматит
 - 3) менингит
 - 4) синус-тромбоз.
43. Какова частичная причина неврита лицевого нерва при хроническом гнойном среднем отите?
- 1) инфицирование гематогенным путем
 - 2) инфицирование лимфогенным путем
 - 3) непосредственный переход воспалительного процесса на стенки канала лицевого нерва
 - 4) все перечисленное.

Заболевания внутреннего уха и отогенные внутричерепные осложнения

1. Для отогенного абсцесса левой височной доли у праворуких не характерно:
- 1) головная боль, усиливающаяся при постукивании по черепу
 - 2) гемипарез слева
 - 3) амнестическая афазия
 - 4) брадикардия

- 5) общая вялость, заторможенность, сонливость.
2. Симптомом разлитого отогенного гнойного менингита не является:
- 1) интенсивная головная боль, тошнота
 - 2) тяжелое общее состояние, высокая температура тела
 - 3) положительные симптомы Кернига и Брудзинского, ригидность затылочных мышц
 - 4) тризм жевательной мускулатуры
 - 5) вынужденное положение.
3. Показанием к слухопротезированию является:
- 1) повышение порогов восприятия речевых частот на 20 дБ
 - 2) повышение порогов восприятия речевых частот на 40 дБ и более
 - 3) повышение порогов восприятия речевых частот на 10 дБ
 - 4) повышение порогов восприятия ультразвука
 - 5) повышение порогов восприятия инфразвука.
4. Укажите, что лежит в основе патогенеза болезни Меньера?
- 1) деструкция отолитовых мембран
 - 2) снижение внутрилабиринтного давления
 - 3) повышение давления эндолимфы и отек (гидропс) лабиринта
 - 4) остеодистрофический процесс в лабиринте.
5. Выберите препарат, применяемый для купирования рвоты при болезни Меньера:
- 1) 2,4% раствор эуфиллина 10 мл в вену
 - 2) 0,1% раствор сульфата атропина 1 мл под кожу
 - 3) 50% раствор анальгина 2 мл в мышцу
 - 4) 5% раствор аскорбиновой кислоты 2 мл в вену.
6. Назовите специалиста, у которого не обследуются больные с болезнью Меньера?
- 1) невролог
 - 2) оториноларинголог
 - 3) отоневролог
 - 4) хирург
 - 5) офтальмолог.
7. Укажите, с какими заболеваниями не надо дифференцировать отосклероз?
- 1) кохлеарный неврит
 - 2) адгезивный средний отит
 - 3) хронический гнойный средний отит
 - 4) болезнь Меньера.
8. Укажите, на фоне каких расстройств чаще проявляется болезнь Меньера?
- 1) артериальная гипертензия
 - 2) климактерический невроз и вертебробазилярная недостаточность
 - 3) хронический гнойный средний отит
 - 4) адгезивный средний отит.
9. С какими заболеваниями не надо дифференцировать болезнь Меньера:
- 1) невринома VIII пары ч.м.н.
 - 2) гидроцефалия
 - 3) лептоменингит мостомозжечкового угла
 - 4) лабиринтит
 - 5) вертеброгенная вестибулярная дисфункция.
10. Назовите операции, которые не проводятся для лечения больных с болезнью Меньера:
- 1) дренирование эндолимфатического мешка

- 2) пересечение барабанной струны
 - 3) иссечение барабанного сплетения
 - 4) стапедопластика
 - 5) саккулотомия.
11. Для болезни Меньера не характерно:
- 1) флюктуирующая тугоухость
 - 2) приступы головокружения
 - 3) низкочастотная потеря слуха в ранней стадии заболевания
 - 4) положительный ФУНГ на стороне поражения
 - 5) отрицательный опыт Федеричи на стороне поражения.
12. Для болезни Меньера характерны следующие аудиометрические данные:
- 1) горизонтальный тип костной и воздушной кривых с интервалом между ними в 35 -40 дБ
 - 2) нисходящий тип костной и воздушной кривых с интервалом между ними 5—10 дБ
 - 3) нисходящий тип костной и воздушной кривых без костновоздушного интервала
 - 4) восходящий тип костной и воздушной кривых с интервалом между ними 25 — 30 дБ.
13. Укажите, какая симптоматика не характерна для отогенного абсцесса мозжечка:
- 1) очаговая симптоматика
 - 2) пирамидная симптоматика
 - 3) системное головокружение, зависящее от перемены положения головы
 - 4) головная боль, локализованная в затылочной или теменной области
 - 5) нарушение фланговой походки.
14. Укажите, какие изменения не характерны при исследовании спинномозговой жидкости у больных с отогенным гнойным менингитом:
- 1) повышение давления
 - 2) изменение прозрачности
 - 3) увеличение содержания клеточных элементов (цитоз)
 - 4) увеличение содержания глюкозы и хлоридов
 - 5) увеличение содержания белка.
15. Укажите путь распространения инфекции из лабиринта в полость черепа.
- 1) через круглое окно
 - 2) через овальное окна
 - 3) через водопровод улитки
 - 4) через сильвиев водопровод.
16. Какое из данных заболеваний не относится к отогенным внутричерепным осложнениям:
- 1) эпидуральный абсцесс
 - 2) субдуральный абсцесс
 - 3) синус-тромбоз
 - 4) зигоматицит
 - 5) отогенный менингит.
17. Укажите симптом, диагностируемый при отогенном абсцессе мозжечка:
- 1) резкое снижение слуха до глухоты
 - 2) направление нистагма в сторону пораженного уха
 - 3) падение в сторону медленного компонента нистагма
 - 4) положение больного в позе "легавой собаки"
 - 5) головная боль преимущественно в височной области.

18. Укажите противопоказание к люмбальной пункции:
- 1) наличие менингеальных симптомов
 - 2) появление очаговых симптомов или их сохранение после удаления абсцесса и синус-тромбоза
 - 3) упорная головная боль не уменьшающаяся после радикальной операции на ухе
 - 4) появление симптомов полушарной дислокации.
19. При отосклерозе первичный отосклеротический очаг чаще всего локализуется:
- 1) впереди от окна преддверия
 - 2) в области окна улитки
 - 3) в области пирамидального возвышения
 - 4) в области барабанного отверстия слуховой трубы.
20. Укажите, кого чаще выявляется отосклероз?
- 1) у девочек
 - 2) у мужчин
 - 3) у мальчиков
 - 4) у женщин.
21. Укажите, что лежит в основе патогенеза отосклероза?
- 1) остеодистрофический процесс в лабиринте
 - 2) снижение внутрилабиринтного давления
 - 3) повышение давления эндолимфы и отек (гидропс) лабиринта
 - 4) деструкция отолитовых мембран.
22. Патогномичным симптомом отосклероза является:
- 1) гиперacusia
 - 2) аутофония
 - 3) паракузис Виллиси
 - 4) пресбиакузис.
23. Укажите, каким при отосклерозе будет опыт Ринне?
- 1) укорочен
 - 2) удлинен
 - 3) положительный
 - 4) отрицательный.
24. Отоскопическим признаком отосклероза является:
- 1) утолщение барабанной перепонки
 - 2) перфорация барабанной перепонки в ненапрянутой части
 - 3) нормальный вид или истончение барабанной перепонки
 - 4) перфорация барабанной перепонки в натянутой части
 - 5) наличие петрификатов на барабанной перепонке.
25. К консервативному лечению больных с отосклерозом относится:
- 1) эндауральный электрофорез с фторидом натрия и сульфатом магния
 - 2) эндауральный электрофорез с иодидом калия
 - 3) УФО
 - 4) эндоуральный электрофорез с кавинтоном
 - 5) УВЧ.
26. Укажите вид операции, применяемой для улучшения слуха у больных с отосклерозом:
- 1) антротомия
 - 2) антромастотомия
 - 3) стапедотомия со стапедопластикой
 - 4) аттикоантротомия.
27. Аудиометрическим признаком тимпанальной формы отосклероза является:
- 1) перцептивная тугоухость

- 2) смешанная тугоухость
 - 3) кондуктивная тугоухость
 - 4) скалярная тугоухость.
28. Причиной ушной ликвореи не является:
- 1) черепно-мозговая травма
 - 2) гидроцефалия
 - 3) травма твердой мозговой оболочки во время операции на ухе
 - 4) хронические гнойно-некротические средние отиты
 - 5) новообразования среднего уха, вовлекающие в процесс твердую мозговую оболочку и вызывающую ее деструкцию.
29. К основным лечебным мероприятиям у больных с внутричерепными осложнениями не относится:
- 1) оперативное лечение
 - 2) массивная антибактериальная терапия
 - 3) дегидратационная терапия
 - 4) дезинтоксикационная терапия
 - 5) гормонотерапия.
30. При отогенном абсцессе левой височной доли у праворуких не характерен следующий симптом:
- 1) головная боль, усиливающаяся при постукивании по черепу
 - 2) гемипарез слева
 - 3) амнестическая афазия
 - 4) брадикардия
 - 5) общая вялость, заторможенность, сонливость.
31. К основным методам диагностики отогенного абсцесса височной доли не относится:
- 1) эхоэнцефалография
 - 2) реоэнцефалография
 - 3) каротидная ангиография
 - 4) рентгено-компьютерная томография
 - 5) магнито-резонансная томография.
32. Симптомом отогенного гнойного менингита не является:
- 1) интенсивная головная боль
 - 2) тяжелое общее состояние, фебрильная температура
 - 3) положительные симптомы Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц
 - 4) тризм жевательной мускулатуры.
33. Стадией развития отогенного абсцесса не является:
- 1) явная
 - 2) терминальная
 - 3) острая
 - 4) начальная
 - 5) латентная.
34. Укажите, какой симптом не наблюдается при отогенном гнойном менингите:
- 1) интенсивная головная боль
 - 2) ригидность затылочных мышц
 - 3) адиадохокинез
 - 4) положение больного в позе «легавой собаки».
35. Для лечения больных с болезнью Меньера проводится операция
- 1) стапедопластика
 - 2) стапедэктомия
 - 3) дренирование эндолимфатического мешка

- 4) атромастотомия.
- 36. Патогенетической основой болезни Меньера считается
 - 1) гидропс лабиринта
 - 2) наличие холестеатомы в барабанной полости
 - 3) лабиринтит
 - 4) артериальная гипертензия.
- 37. Холестеатома характерна для
 - 1) отосклероза
 - 2) адгезивного отита
 - 3) хронического гнойного мезотимпанита
 - 4) хронического гнойного эптитимпанита.
- 38. Отосклерозом чаще болеют
 - 1) девочки
 - 2) мальчики
 - 3) мужчины
 - 4) женщины.
- 39. При отосклерозе первичный отосклеротический очаг локализуется в области
 - 1) овального окна
 - 2) круглого окна
 - 3) барабанной перепонки
 - 4) барабанного отверстия слуховой трубы.
- 40. Ведущая причина возникновения сенсоневральной тугоухости
 - 1) инфекционные заболевания и вертебробазиллярная недостаточность
 - 2) острые и хронические средние отиты
 - 3) интоксикация медикаментами и травмы уха
 - 4) работа в условиях шума и вибрации.
- 41. Показанием к слухопротезированию является повышение порогов восприятия
 - 1) речевых частот на 10 дБ
 - 2) речевых частот на 20 дБ
 - 3) речевых частот на 40 дБ и более
 - 4) ультразвука.
- 42. Один из симптомов сенсоневральной тугоухости
 - 1) объективный шум в ухе
 - 2) субъективный шум в ухе
 - 3) паракузис Виллиси
 - 4) аутофония.
- 43. Кохлеарную имплантацию проводят при
 - 1) атрофии и дегенерации клеток кортиевого органа
 - 2) нарушении движения эндолимфы внутри лабиринта
 - 3) механическом сдавлении нерва
 - 4) атрофии нервных клеток слуховой зоны коры головного мозга.
- 44. Из отогенных внутричерепных осложнений наиболее часто встречается
 - 1) арахноидит
 - 2) менингит
 - 3) абсцесс мозга
 - 4) тромбоз сигмовидного синуса.
- 45. Эпилептиформный синдром - один из симптомов при поражении
 - 1) височной доли головного мозга
 - 2) лобной доли головного мозга
 - 3) мозжечка
 - 4) теменной доли головного мозга.
- 46. К отогенным внутричерепным осложнениям относится заболевание

- 1) петрозит
- 2) синус-тромбоз
- 3) зигоматит
- 4) мастоидит Бецольда.

47. При лечении больных с сенсо-невральной тугоухостью, вызванной нарушением кровотока в лабиринте наиболее эффективна

- 1) медикаментозная терапия
- 2) флюктуоризация
- 3) гипербарическая оксигенация
- 4) электропунктура.

48. Отогенным энцефалитом называется

- 1) воспаление вещества мозга, распространяющееся на значительную площадь без образования абсцесса
- 2) воспаление вещества мозга, распространяющееся на значительную площадь с образованием абсцесса
- 3) острый абсцесс мозга
- 4) хронический абсцесс мозга.

49. При проведении тональной пороговой аудиометрии больному с поражением звукопроводящего отдела звукового анализатора мы наблюдаем

- 1) снижение воздушного звукопроводения
- 2) снижение костного и воздушного звукопроводения
- 3) снижение костного звукопроводения
- 4) островки звука.

50. Больные с сенсоневральной тугоухостью жалуются на

- 1) гноетечение из уха
- 2) снижение слуха, субъективный шум в ухе
- 3) зуд в ухе
- 4) улучшение слуха в шумной обстановке.

51. В диагностике болезни Меньера большое значение имеет

- 1) тимпанометрия
- 2) отоскопия
- 3) глицерол тест
- 4) тональная пороговая аудиометрия.

52. Зубец Кархарта на аудиограмме бывает при

- 1) болезни Меньера
- 2) адгезивном среднем отите
- 3) отосклерозе
- 4) экссудативном среднем отите.

53. Наиболее частый путь распространения инфекции в полость черепа из среднего и внутреннего уха

- 1) контактный
- 2) лимфогенный
- 3) гематогенный
- 4) лабиринтный.

54. Для абсцесса височной доли головного мозга характерна температура

- 1) гектическая
- 2) фебрильная
- 3) субфебрильная
- 4) нормальная.

55. При синус-тромбозе наблюдается температура

- 1) фебрильная

- 2) нормальная
 - 3) субфебрильная
 - 4) гектическая.
56. При тимпанальной форме отосклероза выявляется тугоухость
- 1) перцептивная
 - 2) смешанная
 - 3) кондуктивная
 - 4) скалярная.
57. В основе патогенеза отосклероза лежит
- 1) остеодистрофический процесс
 - 2) снижение внутрилабиринтного давления
 - 3) повышение внутрилабиринтного давления и отек (гидропс) лабиринта
 - 4) рубцовый процесс в барабанной полости.
58. При обострении хронического гнойного мезотимпанита наблюдается
- 1) припухлость мягких тканей заушной области
 - 2) усиление гноетечения из уха
 - 3) нистагм
 - 4) ригидность затылочных мышц.
59. Отоскопический признак отосклероза
- 1) утолщение барабанной перепонки
 - 2) нормальный вид или истончение барабанной перепонки
 - 3) перфорация барабанной перепонки в натянутой части
 - 4) наличие рубцов и петрификатов на барабанной перепонке.
60. При сенсоневральной тугоухости снижение слуха обусловлено нарушением
- 1) звукопроведения
 - 2) звуковосприятия
 - 3) звукопроведения и звуковосприятия.
61. Симптом, характерный для отогенного абсцесса мозжечка
- 1) адиадохокинез
 - 2) гиперacusия
 - 3) амнестическая афазия
 - 4) положение больного в позе «легавой собаки».
62. При абсцессе левой височной доли у правой наиболее часто отмечается симптом
- 1) аграфия
 - 2) алексия
 - 3) амнестическая афазия
 - 4) моторная афазия
 - 5) ход в аттик.
63. У больных с сенсоневральной тугоухостью при тональной пороговой аудиометрии выявляется тип костной и воздушной кривых
- 1) нисходящий без костно-воздушного интервала
 - 2) нисходящий с интервалом между ними 5 - 10 дБ
 - 3) восходящий с интервалом между ними 5 — 10 дБ
 - 4) горизонтальный с интервалом между ними в 35 - 40 дБ.
64. При отосклерозе будет тимпанограмма типа
- 1) А
 - 2) В
 - 3) С
 - 4) As.
65. Стапедопластика выполняется при
- 1) хроническом гнойном среднем отите

- 2) болезни Меньера
 - 3) нейросенсорной тугоухости
 - 4) отосклерозе.
66. Адиadoхокинез является специфическим симптомом поражения
- 1) височной доли головного мозга
 - 2) мозжечка
 - 3) лобной доли головного мозга
 - 4) лабиринта.
67. Наиболее частая локализация головной боли при абсцессе мозжечка
- 1) лобная область
 - 2) затылочная область с возможной иррадиацией по задней поверхности шеи
 - 3) теменная область
 - 4) височная область.
68. Для какого заболевания характерны периодические головокружения со снижением слуха и ушным шумом, лабиринтным нистагмом?
- 1) для отосклероза
 - 2) для болезни Меньера
 - 3) для лабиринтита
 - 4) для неврита слухового нерва.

Заболевания носа и околоносовых пазух, риногенные внутричерепные осложнения

1. Укажите симптом, характерный для искривления носовой перегородки:
- 1) ринорея
 - 2) гнилостный запах
 - 3) затруднение носового дыхания
 - 4) носовые кровотечения.
2. Симптомом озоны не является:
- 1) зловонный насморк
 - 2) гипертрофия носовых раковин
 - 3) вязкий секрет
 - 4) широкие носовые ходы.
3. Кровотокающий полип носа локализуется:
- 1) на перпендикулярной пластинке решетчатого лабиринта
 - 2) на дне полости носа
 - 3) на хрящевой части носовой перегородки
 - 4) на костной части носовой перегородки
 - 5) на сошнике.
4. Формой хронического ринита не является:
- 1) катаральная
 - 2) вазомоторная
 - 3) экссудативная
 - 4) атрофическая
 - 5) гипертрофическая.
5. В возникновении патологического процесса в верхнечелюстной пазухе не играет роль:
- 1) состояние выводного отверстия
 - 2) вирулентность микрофлоры
 - 3) гипертрофия нижних носовых раковин
 - 4) состояние местной иммунологической защиты.
6. Фурункул носа не располагается:

- 1) в полости носа
 - 2) в преддверии носа
 - 3) на крыльях носа
 - 4) на скатах носа.
7. Методом лечения хронического гипертрофического ринита, при наличии костной гипертрофии, является:
- 1) подслизистая вазотомия
 - 2) подслизистая конхотомия
 - 3) гальванокаустика
 - 4) внутриносовые блокады.
8. Зловонный насморк наблюдается при:
- 1) озене
 - 2) простом атрофическом рините
 - 3) вазомоторном рините
 - 4) гипертрофическом рините.
9. Исследование мазков из носа и глотки на бациллу Леффлера проводится при:
- 1) остром ларингите
 - 2) гнойном гайморите
 - 3) дифтерии
 - 4) сифилисе.
10. Укажите срок пребывания марлевого тампона в полости носа при передней тампонаде?
- 1) 1 сутки
 - 2) 2-3 суток
 - 3) 3-5 суток
 - 4) 10 суток.
11. Укажите, какой симптом не характерен для хронического полипозного этмоидита:
- 1) затруднение носового дыхания
 - 2) снижение обоняния
 - 3) слизистые выделения из носа
 - 4) рецидивирующие носовые кровотечения.
12. Укажите, что не характерно для риноскопической картины острого неспецифического ринита:
- 1) костная гипертрофия носовых раковин
 - 2) гиперемия слизистой полости носа
 - 3) отек слизистой полости носа
 - 4) наличие слизистого отделяемого в носовых ходах.
13. Укажите, где характерно наличие отделяемого при гнойном сфеноидите:
- 1) в среднем носовом ходе
 - 2) в верхнем носовом ходе
 - 3) в нижнем носовом ходе
 - 4) в общем носовом ходе.
14. Укажите, для какой формы хронического ринита характерно наличие синюшных и белых пятен на слизистой оболочке носовых раковин:
- 1) хронического гипертрофического ринита
 - 2) хронического атрофического ринита
 - 3) хронического вазомоторного ринита
 - 4) острого неспецифического ринита.
15. Укажите рентгенологический признак гнойного гайморита:
- 1) гомогенное интенсивное снижение прозрачности гайморовой пазухи
 - 2) пристеночное затемнение гайморовой пазухи

- 3) неомогенное снижение прозрачности гайморовой пазухи
 - 4) затемнение гайморовой пазухи отсутствует.
16. Укажите предрасполагающий фактор к развитию фурункула носа:
- 1) гемофилия
 - 2) сахарный диабет
 - 3) тиреотоксикоз
 - 4) лейкоз.
17. Укажите местную причину рецидивирующих носовых кровотечений:
- 1) наличие вазомоторного ринита
 - 2) наличие гипертрофического ринита
 - 3) наличие искривления носовой перегородки
 - 4) наличие кровотока полипа.
18. Острый неспецифический ринит не имеет стадию:
- 1) сухого раздражения
 - 2) слизистых выделений
 - 3) слизисто-гнойных выделений
 - 4) сукровичных выделений.
19. При синусите подразумевается воспаление:
- 1) верхнечелюстной пазухи
 - 2) решетчатой пазухи
 - 3) лобной пазухи
 - 4) основной пазухи
 - 5) всех пазух.
20. Гемисинуситом называется воспаление
- 1) верхнечелюстной пазухи
 - 2) решетчатой пазухи
 - 3) лобной пазухи
 - 4) всех придаточных пазух носа справа или слева
 - 5) всех пазух.
21. Как называется одновременное воспаление всех придаточных пазух?
- 1) гайморозтмоидофронтит
 - 2) гайморозтмоидосфеноидит
 - 3) пансинусит
 - 4) гемисинуит
 - 5) риносинусит.
22. Какой из синуситов не встречается у детей?
- 1) гайморит
 - 2) фронтит
 - 3) этмоидит
 - 4) сфеноидит
 - 5) гемисинуит.
23. При воспалении передней группы придаточных пазух носа головная боль чаще наблюдается:
- 1) в висках
 - 2) в затылке
 - 3) в теменной области
 - 4) на лбу
 - 5) вся голова.
24. При воспалении задней группы придаточных пазух носа головная боль чаще наблюдается:
- 1) в висках
 - 2) в затылке

- 3) в теменной области
- 4) на лбу
- 5) вся голова.

25. Какие признаки, определяемые при пункции верхнечелюстной пазухи не характерны для гайморита?

- 1) отрицательное давление
- 2) уменьшение объема пазухи
- 3) жидкость желтого цвета
- 4) гной без запаха
- 5) слизистое отделяемое.

26. У мужчины, 35 лет, отсутствует носовое дыхание, обильное выделение из носа слизистого характера, при задней риноскопии в области хоаны слева выявлены синюшно-серое образование округлой формы с гладкой поверхностью. Ваш предполагаемый диагноз:

- 1) аденоиды
- 2) ангиофиброма носоглотки
- 3) гипертрофические ринит
- 4) опухоль носоглотки
- 5) хоанальный полип.

27. Жалобы на гнойные выделения из носа, затруднение носового дыхания, головную боль, тяжесть в области щеки, повышение температуры тела 37,5 гр. С., больна в течение недели, заболевание связывает с охлаждением. Объективно: слизистая носа гиперемирована, отечна, в среднем носовом ходе полоска гноя. Диагноз?

- 1) острый гнойный этмоидит
- 2) острый гнойный гайморит
- 3) острый гнойный фронтит
- 4) острый гнойный пансинусит
- 5) острый гнойный сфеноидит.

28. Выделение из носа, характерные для одонтогенного гайморита:

- 1) белые без запаха
- 2) зеленые без запаха
- 3) вязкие, бесцветные слизистые
- 4) кровянистые корки
- 5) грязно-зеленые или коричневые гной с запахом.

29. Какая из нижеперечисленных патологий является риногенным внутричерепным осложнением?

- 1) ишемические инсульт
- 2) тромбоз кавернозного синуса
- 3) тромбоз сигмовидного синуса
- 4) апоплексия мозга
- 5) тромбоз средней мозговой артерии.

30. Какое из нижеперечисленных заболеваний носа может привести к риногенным внутричерепным осложнениям?

- 1) хронические ринит
- 2) озена
- 3) хрон. гнойные гаймориты
- 4) гемангиома полости рта
- 5) обострение хронического гнойного фарингита.

31. У больного хроническим фронтитом появились экзофтальм, хемоз, неподвижность глазного яблока, температура 39 градусов, в крови значительный лейкоцитоз. Диагноз?

- 1) хронический фронтит, осложненный синустромбозом

- 2) обострение хронического фронтита
- 3) хронический фронтит
- 4) хронический фронтит, осложненный абсцессом лобной доли мозга
- 5) хронический фронтит, осложненный менингитом.

32. Жалобы на боли в течение недели в левой половине лба и щеки. При риноскопии гнойные выделения в среднем носовом ходе слева. болезненность в области левой верхнечелюстной пазухи и надбровной области слева. диагноз?

- 1) острый сфеноидит
- 2) острый пансинусит
- 3) левосторонний острый гемисинусит
- 4) острый этмоидит
- 5) острый ринит.

33. При каком риногенном осложнении наблюдается хемоз, птоз, экзофтальм, озноб?

- 1) риногенный менингит
- 2) сфеноидит
- 3) сепсис
- 4) пансинусит
- 5) тромбоз кавернозного синуса.

34. Какое из перечисленных заболеваний является причиной развития орбитальных осложнений?

- 1) острый ринит
- 2) вазомоторный ринит
- 3) острый гнойный этмоидит
- 4) инородное тело
- 5) гематома перегородки носа.

35. Какова лечебная тактика врача при орбитальных осложнениях, вызванных острым гнойным гайморитом?

- 1) усиленная антибиотикотерапия
- 2) радикальная операция на пазухе
- 3) дезинтоксикационная терапия
- 4) длительная катетеризация пазухи
- 5) прокол верхнечелюстной пазухи и введение в нее антибиотиков, гормональных препаратов.

36. Какое из нижеперечисленных не является орбитальным риногенным осложнением?

- 1) периостит глазницы
- 2) остеомиелит глазницы
- 3) тромбоз сигмовидного синуса
- 4) флегмона орбиты
- 5) ретробульбарный абсцесс.

37. Какие осложнения могут возникнуть при передней тампонаде носа?

- 1) гнойные заболевания придаточных пазух носа
- 2) остеомиелит глазницы
- 3) периостит глазницы
- 4) вазомоторный ринит
- 5) гематома перегородки носа.

38. На какой срок ставится передняя тампонада при кровотечениях носа?

- 1) 12 часов
- 2) 24 часа
- 3) 36 часов
- 4) 48 часов

5) 72 часа.

39. При фурункуле носа возникает тромбоз синуса

- 1) кавернозного
- 2) сигмовидного
- 3) поперечного

4) продольного.

40. Сколько стадий имеет острый ринит:

- 1) одну
- 2) две
- 3) три
- 4) четыре.

41. При гнойном сфеноидите риноскопически определяется отделяемое в носовом ходе

- 1) среднем
- 2) нижнем
- 3) верхнем
- 4) общем.

42. Трепанопункцию лобной пазухи делают через стенку

- 1) нижнюю
- 2) медиальную
- 3) переднюю
- 4) латеральную.

43. Пункцию верхнечелюстной пазухи проводят через

- 1) верхний носовой ход
- 2) средний носовой ход
- 3) нижний носовой ход
- 4) переднюю стенку пазухи.

44. При абсцедирующей форме фурункула носа необходимо

- 1) назначить симптоматическую терапию и физиолечение
- 2) вскрыть фурункул, назначить антибиотикотерапию, дегидратационную терапию
- 3) назначить антибиотикотерапию, симптоматическую терапию и физиолечение
- 4) назначить антибиотикотерапию, дегидратационную терапию, физиолечение.

45. Рентгенологический признак гнойного гайморита

- 1) пристеночное затемнение верхнечелюстной пазухи
- 2) неомогенное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи
- 3) гомогенное интенсивное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи
- 4) шаровидная тень в проекции верхнечелюстной пазухи.

46. Симптом при хроническом полипозном этмоидите

- 1) истончение слизистой оболочки полости носа
- 2) слизистые выделения из носа
- 3) выделения из носа с гнилостным запахом
- 4) рецидивирующие носовые кровотечения.

47. Трепанопункцию проводят при заболевании

- 1) верхнечелюстной пазухи
- 2) клеток решетчатого лабиринта
- 3) лобной пазухи
- 4) клиновидной пазухи.

48. Метод лечения хронического гипертрофического ринита

- 1) подслизистая вазотомия
- 2) гальванокаустика
- 3) подслизистая конхотомия
- 4) внутриносые блокады.

49. Спустя какое время после электрокаустики раковин носа образуются рубцы?

- 1) через 1 нед.
- 2) через 2-3 нед.
- 3) через 2 мес.
- 4) через 6 мес.

50. Какое наиболее частое осложнение пункции верхнечелюстной пазухи?

- 1) воздушная эмболия
- 2) эмфизема века
- 3) кровотечение
- 4) абсцесс века.

51. Какова тактика ЛОР-врача при полипозно-гнойных гайморитах?

- 1) радикальная операция на пазухе
- 2) криохирургический метод воздействия
- 3) эндоназальная операция на пазухах
- 4) шунтирование и эндоназальная операция.

52. Что чаще всего является причиной абсцесса перегородки носа?

- 1) фурункул носа
- 2) травма носа
- 3) острый гнойный синусит

- 4) снижение реактивности организма.
53. Где в полости носа наиболее часто локализуются туберкулезные бугорки?
- 1) в костном отделе
 - 2) в хрящевом отделе перегородки носа
 - 3) на латеральной стенке
 - 4) на нижних носовых раковинах.
54. В каком возрасте чаще возникает пищевая аллергия?
- 1) в грудном
 - 2) в раннем детском
 - 3) в дошкольном
 - 4) в младшем школьном.
55. Что такое поллиноз?
- 1) сезонный насморк, наблюдающийся в весенне-летний период
 - 2) аллергический ринит
 - 3) атрофический ринит
 - 4) разновидность аллергической ринопатии, наблюдающийся в период цветения злаков, трав, деревьев и других растений.
56. Возникновение каких околоносовых пазух встречается наиболее часто в возрасте до 3 лет?
- 1) лобной и верхнечелюстной
 - 2) решетчатого лабиринта и верхнечелюстной пазухи
 - 3) решетчатого лабиринта.
57. Какова тактика лечения больных с обострением гнойного гайморита, осложненного диффузным негнойным воспалением клетчатки и век?
- 1) пункция верхнечелюстных пазух
 - 2) консервативное воздействие на пораженные веки и глазницу (капли, смазывание, анемизация слизистой оболочки полости носа)
 - 3) пункция верхнечелюстных пазух с противовоспалительной терапией
 - 4) радикальная операция на околоносовых пазухах с последующим консервативным лечением глазничного осложнения.
58. Для какого заболевания у детей младшего возраста характерны одностороннее затруднение дыхания, гнойные выделения из этой половины носа со зловонным запахом, мацерация кожи преддверия носа?
- 1) для атрофического ринита
 - 2) для озы

- 3) для склеромы
 - 4) для инородного тела.
59. Патологией каких околоносовых пазух чаще всего обусловлен абсцесс мозга?
- 1) верхнечелюстных
 - 2) решетчатых
 - 3) лобных
 - 4) клиновидных.
60. Кто чаще болеет озеной?
- 1) мальчики
 - 2) девочки
 - 3) одинаково часто как мальчики, так и девочки.
61. С какого возраста доступна рентгенологическому исследованию лобная пазуха?
- 1) с 2 лет
 - 2) с 4 лет
 - 3) с 7 лет
 - 4) с 10 лет.
62. Сколько групп синуситов различают по классификации Б.С. Преображенского?
- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 4
 - 4) 5.
63. Какие формы синуситов встречаются реже в детской практике?
- 1) катарально-отечные
 - 2) гнойные
 - 3) полипозно-гнойные.
64. Какой метод лечения следует рекомендовать при хроническом гнойном этмоидите у детей?
- 1) пункция решетчатой пазухи
 - 2) дренирование решетчатой пазухи
 - 3) антибиотикотерапия
 - 4) этмоидотомия.
65. Какой метод лечения следует рекомендовать при хроническом полипозном этмоидите у детей?
- 1) этмоидотомия
 - 2) полипотомия

- 3) дренирование решетчатой пазухи
 - 4) антибиотикотерапия.
66. Какому методу следует отдать предпочтение при хроническом катарально-отечном гайморите у детей?
- 1) пункции решетчатой пазухи.
 - 2) дренировании решетчатой пазухи.
 - 3) антибиотикотерапии.
 - 4) методу перемещения.
67. Какие сочетания поражения лобной пазухи встречаются наиболее часто?
- 1) с пазухой решетчатой кости.
 - 2) с клиновидной пазухой.
 - 3) с верхнечелюстной пазухой.
68. Какой фактор способствует экссудативным процессам в лобной пазухе?
- 1) снижение атмосферного давления.
 - 2) повышение содержания кислорода.
 - 3) активность мерцательного эпителия.
69. В каком проценте случаев при воспалении лобной пазухи прозрачность ее на рентгенограмме может не изменяться?
- 1) в 10%
 - 2) в 20%
 - 3) в 50%
 - 4) в 90%.
70. Какой симптом характерен для мукоцеле основной пазухи?
- 1) головная боль
 - 2) нарушение носового дыхания
 - 3) локальная боль в затылке
 - 4) ретробульбарный неврит зрительного нерва.
71. Какой симптом характерен для мукоцеле околоносовых пазух?
- 1) головная боль
 - 2) нарушение носового дыхания
 - 3) локальная боль в затылке
 - 4) смещение глазного яблока.
72. Какая особенность средней носовой раковины заставляет думать о мукоцеле решетчатого лабиринта?
- 1) тесное прилегание к боковой стенке носа

- 2) буллезное утолщение
- 3) полипозное повреждение
- 4) смещение средней носовой раковины.

73. Из какой околоносовой пазухи чаще всего происходит ретроназальный хоанальный полип?

- 1) из пазух решетчатой кости
- 2) из гайморовой пазухи
- 3) из клиновидной пазухи
- 4) из лобной пазухи.

74. Какова тактика лечения при неосложненном остром этмоидите?

- 1) хирургическое лечение
- 2) консервативное лечение
- 3) консервативное и хирургическое лечение.

Заболевания глотки

1. Заглочные абсцессы чаще всего бывают в возрасте:

- 1) до 3-х лет жизни
- 2) 10-летний
- 3) 30-летний
- 4) 50-летний
- 5) старше 60 лет.

2. Формой фарингита не является:

- 1) гранулезный
- 2) катаральный
- 3) боковой
- 4) средний.

3. К рецидиву аденоидов предрасполагает:

- 1) грипп
- 2) технические погрешности при выполнении аденотомии
- 3) ангины
- 4) острый средний отит.

4. К характерным объективным признакам хронического аденоидита не относится:

- 1) слизистое или слизисто-гнойное отделяемое в носу
- 2) утолщение боковых валиков глотки
- 3) готическое небо
- 4) сглаженность носогубной складки.

5. Для язвенно-некротической ангины не характерно:

- 1) наличие язвы у верхнего полюса небных миндалин
- 2) грязно-серый цвет налета
- 3) гнилостный запах изо рта
- 4) отсутствие болей при глотании

- 5) серовато-желтый налет.
6. При лечении острого фарингита необходимо:
- 1) антибиотикотерапия
 - 2) смазывание слизистой задней стенки глотки раствором Люголя
 - 3) внутриглоточные блокады
 - 4) барокамера.
7. К симптомам хронического тонзиллита относятся:
- 1) симптом Зака
 - 2) симптом Брудзинского
 - 3) симптом очков
 - 4) симптом Щеткина Блюмберга.
8. Укажите, какие неприятные ощущения характерны для хронического фарингита:
- 1) насморк
 - 2) першение
 - 3) слезотечение
 - 4) мокрота.
9. Укажите характерное изменение слизистой оболочки задней стенки глотки при атрофическом фарингите:
- 1) истончение
 - 2) яркая гиперемия
 - 3) отечность
 - 4) инъекция сосудов.
10. Выберите заболевание, для которого характерна разлитая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки:
- 1) катаральная ангина
 - 2) лакунарная ангина
 - 3) ангина Симановского-Плаут-Венсана
 - 4) острый фарингит.
11. Выберите, в каком возрастном периоде жизни человека ангины встречаются чаще?
- 1) до 5 лет
 - 2) от 5 до 40 лет
 - 3) от 40 до 50 лет
 - 4) от 50 до 60.
12. Укажите, при каких формах ангин, среди перечисленных, на миндалинах не появляется налет:
- 1) лакунарной
 - 2) скарлатинозной
 - 3) дифтерийной
 - 4) катаральной.
13. Укажите, при каком заболевании, среди перечисленных, появляющийся на миндалинах налет распространяется за ее пределы?
- 1) дифтерия глотки
 - 2) лакунарная ангина
 - 3) язвенно-некротическая ангина
 - 4) катаральная ангина.
14. Назовите причину нарушения подвижности мягкого неба при дифтерии глотки?
- 1) отек мягких тканей глотки
 - 2) токсический парез мышц небной занавески
 - 3) парез лицевого нерва
 - 4) парез языкоглоточного нерва.

15. Выберите заболевания, при которых возникают некротические изменения в миндалинах?
- 1) агранулоцитоз
 - 2) фарингит
 - 3) грипп
 - 4) корь.
16. Причина паратонзиллита
- 1) фарингит
 - 2) ларингит
 - 3) ангина
 - 4) ринит.
17. Лечение паратонзиллярного абсцесса
- 1) физиотерапия
 - 2) гипербарическая оксигенация
 - 3) хирургическое
 - 4) медикаментозное.
18. Для язвенно-некротической ангины характерно
- 1) грязно-серого цвета налет на миндалине
 - 2) серовато-желтого цвета налет на миндалине
 - 3) отсутствие налета на миндалине
 - 4) островки творожистых масс белого цвета на миндалине.
19. При вскрытии паратонзиллярного абсцесса необходимо
- 1) обкалывание абсцесса антибиотиками
 - 2) промывание полости абсцесса
 - 3) пункция абсцесса
 - 4) разведение краев абсцесса.
20. Характерное изменение слизистой оболочки при хроническом атрофическом фарингите
- 1) яркая гиперемия
 - 2) сухость
 - 3) отечность
 - 4) инъекция сосудов.
21. Медиастинитом может осложниться
- 1) острый тонзиллит
 - 2) паратонзиллит
 - 3) парафарингеальный абсцесс
 - 4) фарингит.
22. Юношеская ангиофиброма - доброкачественная опухоль
- 1) основания черепа
 - 2) носоглотки
 - 3) полости носа
 - 4) верхнечелюстной пазухи.
23. Причина нарушения подвижности мягкого неба при дифтерии глотки
- 1) отек мягких тканей глотки
 - 2) токсический парез мышц небной занавески
 - 3) парез языкоглоточного нерва.
24. По локализации паратонзиллярный абсцесс бывает
- 1) латеральным, нижним, задним, передним
 - 2) медиальным, латеральным, передним
 - 3) нижним, медиальным, латеральным
 - 4) задним, латеральным, медиальным, передним.
25. Желтые «просяные» точки на поверхности миндалин наблюдаются при

- 1) катаральной ангине
 - 2) фолликулярной ангине
 - 3) лакунарной ангине
 - 4) герпетической ангине.
26. Заглочные абсцессы чаще бывают в возрасте
- 1) до 3-х лет жизни
 - 2) от 3 до 10 лет
 - 3) от 10 до 20 лет
 - 4) от 20 лет и старше.
27. Для гипертрофического фарингита характерно
- 1) гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, выраженный сосудистый рисунок
 - 2) гипертрофия слизистой оболочки задней стенки глотки и боковых валиков
 - 3) истончение и сухость слизистой оболочки задней стенки глотки
 - 4) гипертрофия небных миндалин, гиперемия небных дужек.
28. Для агранулоцитарной ангины характерно
- 1) гиперемия и резкое увеличение небных миндалин
 - 2) отек слизистой оболочки гортани
 - 3) налеты на небных миндалинах
 - 4) некрозы и глубокие язвы на небных миндалинах и других отделах глотки.
29. Конусообразные желтовато-белые образования на небных миндалинах и на языке являются признаком
- 1) фолликулярной ангины
 - 2) лакунарной ангины
 - 3) фарингомикоза
 - 4) катаральной ангины.
30. Ведущая роль в возникновении ангины принадлежит
- 1) зеленому стрептококку
 - 2) золотистому стафилококку
 - 3) бета-гемолитическому стрептококку группы А
 - 4) аденовирусам.
31. Налет на миндалинах распространяется за ее пределы при
- 1) дифтерии глотки
 - 2) лакунарной ангине
 - 3) язвенно-некротической ангине
 - 4) катаральной ангине.
32. Какая патология глотки не может predispose к нарушению проходимости слуховой трубы?
- 1) аденоиды
 - 2) опухоль носоглотки
 - 3) синдром патологического прикуса
 - 4) хронический тонзиллит.
33. Чем характерна ангина Симановского-Плаута-Венсана?
- 1) слабовыраженными явлениями общей интоксикации и развитием одностороннего язвенно-некротического тонзиллита
 - 2) выраженными явлениями общей интоксикации и развитием одностороннего язвенно-некротического тонзиллита

- 3) высокой температурой, отсутствием болей в ротоглотке и развитием одностороннего язвенно-некротического тонзиллита
- 4) слабовыраженными явлениями общей интоксикации и развитием двустороннего язвенно-некротического тонзиллита.
34. К какому антибиотику наиболее чувствительны стрептококки группы А?
- 1) к эритромицину
 - 2) к пенициллину
 - 3) к тетрациклину
 - 4) к оксациллину.
35. Какой возбудитель чаще всего вызывает острый и хронический аденоидит?
- 1) стрептококк
 - 2) стафилококк
 - 3) аденовирус
 - 4) золотистый стафилококк.
36. Сколько форм хронического фарингита различают?
- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 4
 - 4) 5.
36. Для какого заболевания характерна триада симптомов-признаков Гизе, Зака, Преображенского?
- 1) для паратонзиллита
 - 2) для паратонзиллярного абсцесса
 - 3) для заглоточного абсцесса
 - 4) для хронического тонзиллита.
37. Для какой хронической формы фарингита характерны гиперемия и утолщение слизистой оболочки, поверхностные застойные вены и увеличение отделения слизи?
- 1) для простой (катаральной)
 - 2) для гипертрофической
 - 3) для атрофической
 - 4) для боковой.
38. На какие сутки от начала ангины чаще всего может развиваться паратонзиллярный абсцесс?
- 1) на 1-2-е

- 2) на 3-4-е
- 3) на 7-е
- 4) через 20 дней.

39. Какая форма дифтерии встречается наиболее часто у детей?

- 1) локализованная
- 2) распространенная
- 3) токсическая
- 4) распространенная и токсическая.

40. Из каких отделов тонзиллярной ниши чаще всего возникают кровотечения после тонзилэктомии?

- 1) из верхних
- 2) из средних
- 3) из верхних и средних
- 4) из нижних.

41. В каком отделе чаще всего локализуется воспаление при паратонзиллярном абсцессе?

- 1) в нижнем
- 2) в передневерхнем
- 3) в верхнем
- 4) в среднем.

42. Какое осложнение чаще всего может возникнуть при паратонзиллярном абсцессе у детей?

- 1) кровотечение
- 2) глубокая флегмона шеи
- 3) медиастенит
- 4) все перечисленные осложнения.

43. Какова наиболее характерная фарингоскопическая картина туберкулеза глотки?

- 1) гиперемия слизистой оболочки
- 2) гнойный налет на лакунах миндалин
- 3) плоские язвы на слизистой оболочке
- 4) заболевание не имеет выраженной симптоматики.

44. При каком заболевании чаще всего распространяется налет с миндалин на дужки, мягкое небо и заднюю стенку глотки?

- 1) при язвенно-пленчатой ангине
- 2) при скарлатине

- 3) при дифтерии
 - 4) при кори.
45. Сколько вариантов течения СПИДа выделяют?
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4.
46. Какой симптом наиболее характерен для паратонзиллярного абсцесса?
- 1) выбухание миндалин к центру
 - 2) гиперемия небных дужек
 - 3) боль при глотании
 - 4) тризм жевательной мускулатуры.
47. Какой из возбудителей способствует возникновению фарингомикоза?
- 1) стрептококк.
 - 2) сапрофит лептотрикс
 - 3) грибы рода Кандида
 - 4) стафилококк.
48. В чем заключается признак Гизе при хроническом тонзиллите?
- 1) в валикообразном утолщении краев передней и задней дужек
 - 2) в гиперемии передних дужек
 - 3) в отечности, гиперемии и утолщении небных дужек.
49. В чем заключается признак Б.С. Преображенского при хроническом тонзиллите?
- 1) в валикообразном утолщении краев передней и задней дужек
 - 2) в гиперемии передних дужек
 - 3) в отечности, гиперемии и утолщении небных дужек.
50. При каких острых инфекционных заболеваниях острые вторичные тонзиллиты требуют специфической терапии?
- 1) при дифтерии
 - 2) при скарлатине
 - 3) при туляриемии
 - 4) при брюшном тифе.
51. При каком заболевании системы крови наблюдается острый вторичный тонзиллит при длительном использовании левомицетина, пирамидона, сульфаниламидов?
- 1) при инфекционном мононуклеозе
 - 2) при агранулоцитозе

- 3) при алиментарно-токсической алейкии
- 4) при лейкозах.

52. В каком возрасте у детей чаще встречается паратонзиллярный абсцесс?

- 1) с 1-2 лет
- 2) с 3-4 лет
- 3) с 6-7 лет
- 4) с 7 и старше.

53. При каком заболевании чаще возникает флегмона глотки и инфильтратом и отеком ее стенок, переходящих на гортань и боковые части шеи и иногда достигающих средостения?

- 1) при паратонзиллярном абсцессе
- 2) при дифтерии
- 3) при лакунарной ангине
- 4) при паратонзиллите.

54. В каком возрасте при наличии показаний производят операцию аденотомии?

- 1) с 3 лет
- 2) с 5 лет
- 3) с 3 до 10
- 4) в любом возрасте.

55. Спустя какое время можно сделать тонзиллэктомию ребенку, перенесшему сывороточный гепатит?

- 1) через 4 мес.
- 2) через 6 мес.
- 3) через 9 мес.
- 4) через 12 мес.

56. Какое осложнение наиболее часто может возникнуть при аденотомии?

- 1) кривошея
- 2) открытая гнусавость
- 3) трама сошника
- 4) кровотечение.

57. Сколько разновидностей первичных сифилом различают на миндалинах?

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4

4) 5.

58. Спустя какое время можно делать аденотомию и тозиллэктомию ребенку, перенесшему скарлатину?

- 1) через 1 мес.
- 2) через 2 мес.
- 3) через 3 мес.
- 4) через 4 мес.

59. Какой возбудитель вызывает ангину Симановского-Плаута-Венсана?

- 1) стрептококк группы А
- 2) стафилококк
- 3) веретенообразная палочка со спирохетой полости рта
- 4) веретенообразная палочка.

60. Какая форма тонзиллогенного медиастинита встречается чаще?

- 1) передняя
- 2) переднезадняя
- 3) задняя
- 4) не знаю.

61. Какова локализация околоминдаликового абсцесса, при котором наиболее вероятен тризм?

- 1) верхняя или передневерхняя
- 2) задняя
- 3) нижняя
- 4) наружная.

Заболевания гортани, трахеи и бронхов

1. При подкожной эмфиземе шеи после травмы или трахеостомии наиболее эффективным является:

- 1) давящая повязка
- 2) пункция подкожной клетчатки
- 3) массаж шеи
- 4) широкое раскрытие кожной раны.

2. При асфиксии, вызванной инородными телами гортани, в первую очередь необходимо:

- 1) произвести коникотомию или трахеостомию
- 2) удалить инородное тело
- 3) произвести интубацию.

3. К клинической картине хондроперихондрита гортани не относится:

- 1) боли в области гортани, болезненное глотание

- 2) увеличение объема гортани, утолщение ее хрящей
 - 3) отечность и инфильтрация слизистой гортани
 - 4) наличие пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке
 - 5) нарушение подвижности гортани и стеноз,
4. В ларингоскопической картине при остром ларингите отсутствует:
- 1) инфильтрация слизистой оболочки
 - 2) точечные кровоизлияния
 - 3) гиперемия голосовых складок
 - 4) отечность складок
 - 5) узелки певцов.
5. Причиной острого ларингита не является:
- 1) инфекционные заболевания
 - 2) переохлаждение
 - 3) перенапряжение голосовых складок
 - 4) профессиональные вредности
 - 5) ангины.
6. В методику лечения острого ларингита не входит:
- 1) антибактериальная терапия
 - 2) вливание лекарственных веществ в гортань
 - 3) ингаляции
 - 4) прижигание слизистой
 - 5) противоотечная терапия.
7. Клинической формой хронического ларингита не являются:
- 1) катаральная
 - 2) подскладочная
 - 3) гиперпластическая
 - 4) атрофическая.
8. Инфекционные гранулемы ЛОР-органов не образуются при заболеваниях:
- 1) туберкулез, сифилис
 - 2) гранулематоз Вегенера, рак
 - 3) склерома, волчанка
 - 4) сифилис, склерома
 - 5) волчанка, туберкулез.
9. Причиной острого ларинготрахеита у детей наиболее часто является:
- 1) адено-вирусная инфекция
 - 2) экссудативный диатез
 - 3) острый ринит
 - 4) ангина.
10. Причиной хондроперихондрита не могут быть:
- 1) инфекционные болезни
 - 2) злокачественные опухоли
 - 3) повреждения хряща
 - 4) доброкачественные опухоли.
11. Адекватной неотложной помощью при инородном теле бронхов является:
- 1) обезболивающие препараты
 - 2) противоотечные средства
 - 3) ларингоскопия
 - 4) бронхоскопия
 - 5) коникотомия.
12. Симптомом инородного тела гортани не является:
- 1) стеноз
 - 2) дисфония

- 3) кашель
 - 4) дисфагия.
13. Проявление дифтерии гортани не включает следующий симптом:
- 1) охриплость, афония
 - 2) диспноэ
 - 3) стеноз гортани
 - 4) металлический лающий кашель
 - 5) валики в подголосовой полости.
14. При стенозе гортани у детей чаще применяется:
- 1) верхняя трахеостомия
 - 2) средняя трахеостомия
 - 3) нижняя трахеостомия
 - 4) крико-коникотомия.
15. С чем следует дифференцировать эритематозную форму сифилиса:
- 1) аллергическим отеком
 - 2) катаральным ларингитом
 - 3) атрофическим ларингитом
 - 4) гиперпластическим ларингитом.
16. Срочная трахеостомия производится при остром стенозе гортани:
- 1) 1-й степени
 - 2) 2-й степени
 - 3) 3-й степени
 - 4) 4-й степени.
17. Абсолютным показанием к трахеостомии является:
- 1) уровень стеноза гортани
 - 2) степень стеноза гортани
 - 3) причины стеноза гортани
 - 4) возраст пациента.
18. Что следует предпринять после коникотомии:
- 1) назначить противовоспалительную терапию
 - 2) переместить канюлю в трахею (сделав верхнюю или нижнюю трахеостомию)
 - 4) провести фиброскопию
 - 5) сделать томограмму.
19. При травме гортани, осложненной кровотечением, пострадавший должен находиться в положении:
- 1) сидя
 - 2) лежа на спине
 - 3) лежа на противоположной повреждению стороне
 - 4) лежа на стороне повреждения или на животе.
20. Какое огнестрельное ранение гортани и трахеи не существует в классификации:
- 1) сквозное
 - 2) слепое
 - 3) касательное
 - 4) косое.
21. Назовите стадию острого стеноза гортани, при котором показана срочная трахеостомия:
- 1) стадия компенсации дыхания
 - 2) стадия неполной компенсации дыхания
 - 3) стадия декомпенсированного дыхания
 - 4) терминальная стадия.

22. Назовите наиболее реальный путь удаления инородного тела из подголосовой полости гортани:

- 1) откашливанием
- 2) при коникотомии
- 3) при бронхоскопии
- 4) при трахеостомии.

23. Укажите операцию, которую необходимо выполнить при молниеносном стенозе гортани:

- 1) коникотомия
- 2) трахеостомия
- 3) удаление инородного тела.

24. Укажите положение больного, в котором он должен находиться при травме гортани, осложненной кровотечением:

- 1) сидя
- 2) лежа на спине
- 3) лежа на противоположной повреждению стороне
- 4) лежа на стороне повреждения или на животе.

25. Средства, применяемые при лечении дифтерии гортани

- 1) противодифтерийная сыворотка
- 2) противостафилококковая сыворотка
- 3) противостафилококковый анатоксин
- 4) противогангренозная сыворотка
- 5) противостолбнячная сыворотка.

26. Каким методом эндоскопии пользуются при удалении инородных тел из трахеи

- 1) трахеобронхоскопия
- 2) эзофагоскопия
- 3) торакатомия
- 4) непрямая ларингоскопия
- 5) прямая ларингоскопия.

27. Какое опасное для жизни осложнение развивается при параличах возвратного нерва

- 1) асфиксия
- 2) паралич межреберных мышц
- 3) паралич мышц диафрагмы
- 4) нарушение мозгового кровообращения
- 5) нарушение ритма сердца.

28. Какой из инфекций заболеваний не поражает гортань

- 2) брюшной тиф
- 2) сыпной тиф
- 3) сифилис

4) туберкулез

5) склерома.

29. Какое хирургическое вмешательство может привести к параличу мышцы гортани

1) удаление щитовидной железы

2) тонзиллэктомия

3) перевязка сонной артерии

4) аденотомия.

30. Какое из перечисленных заболеваний может вызвать паралич гортани

3) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

2) бронхопневмония

3) крупозная пневмония

4) бронхиальная астма

5) альвеолит.

31. Что означает термин "истинный круп"

1) дифтерия гортани

2) аллергический отек гортани

3) острый стенозирующим ларинготрахеобронхит

4) отек и сужение гортаноглотки

5) шумное дыхание.

32. Какое заболевание гортани чаще встречается у детей младшего возраста

1) острый стенозирующий ларинготрахеобронхит

2) дифтерия гортани

3) паралич гортани

4) киста гортани

5) рубцовый стеноз гортани.

33. Какое заболевание относится к кератозам гортани

1) гранулема гортани

2) певческие узелки

3) полипы гортани

4) пахидермия гортани

5) фиброма гортани.

34. Какое из перечисленных заболеваний гортани относится к разновидностям хронического ларингита

1) пахидермия гортани

2) гортанная ангина

- 3) абсцесс надгортанника
- 4) паралич гортани
- 5) рубцовый стеноз гортани.

35. Какие из перечисленных инфекционных заболеваний могут поражать гортань

- 1) дифтерии
- 2) брюшной тиф
- 3) дизентерия
- 4) сальмонеллез
- 5) менингококковая инфекция.

36. У кого чаще развивается ложный круп:

- 1) у детей 2-5 лет
- 2) у пожилых
- 3) у новорождённых
- 4) у школьников
- 5) у детей 1-2 лет.

37. Какой формы хронического ларингита нет:

- 1) гипопластическая
- 2) гиперпластическая
- 3) атрофическая
- 4) катаральная
- 5) все перечисленное верно.

38. Как удаляют инородные тела детям, пожилым и ослабленным больным?

- 1) удаляют под наркозом
- 2) под местной анестезией
- 3) при непрямой ларингоскопии
- 4) без наркоза
- 5) не удаляют.

39. Острый катаральный ларингит сопровождается :

- 1) дисфонией
- 2) саднением
- 3) першением
- 4) аутофонией.

40. Предрасполагающими факторами развития хронического ларингита не является:

- 1) курение

- 2) употребление алкоголя
- 3) переохлаждения
- 4) профессиональные вредности
- 5) перегревания.

41. К нарушению чувствительности слизистой оболочки верхнего и среднего этажа гортани приводит поражение нерва

- 1) нижнего гортанного
- 2) тройничного
- 3) верхнего гортанного
- 4) языкоглоточного.

42. Клиническое проявление певческих узелков

- 1) болевые ощущения
- 2) приступообразный кашель
- 3) стойкая дисфония
- 4) клинически не проявляются.

43. Абсолютное показание к трахеотомии

- 1) уровень стеноза гортани
- 2) степень стеноза гортани
- 3) причины стеноза гортани
- 4) возраст пациента.

44. Односторонний паралич возвратного нерва вызывает

- 1) расстройство голоса (охриплость)
- 2) затруднение дыхания
- 3) нарушение прохождения пищи.

45. При хондроперихондрите гортани происходит

- 1) гнойное воспаление слизистой оболочки гортани
- 2) гнойное воспаление подслизистого слоя гортани
- 3) воспаление надхрящницы с трофическими изменениями хряща
- 4) гнойное воспаление хрящей гортани.

46. При травме гортани, осложненной кровотечением, пострадавший должен находиться в положении

- 1) сидя
- 2) лежа на спине
- 3) лежа на противоположной повреждению стороне
- 4) лежа на стороне повреждения или на животе.

47. Приступ ложного крупа чаще развивается

- 1) вечером
- 2) ночью
- 3) утром
- 4) днем.

48. При подкожной эмфиземе шеи после трахеостомии наиболее эффективно

- 1) введение в трахею трахеостомической трубки с раздувной манжетой
- 2) смена трахеостомической трубки на трубку большего диаметра
- 3) широкое раскрытие кожной раны.

49. Инфекционные гранулемы в гортани образуются при заболевании

- 1) папилломатозе
- 2) склероме
- 3) гранулематозе Вегенера
- 4) дифтерии.

50. Комплекс симптомов, характерный для флегмонозного ларингита

- 1) дисфония и боль в гортани
- 2) дисфония, дисфагия, боль в гортани, диспноэ
- 3) дисфагия, боль за грудиной
- 4) дисфагия, боль при глотании.

51. Симптомы, характерные для стеноза гортани в стадии неполной компенсации

- 1) инспираторная одышка в покое, бледность кожных покровов, беспокойное состояние больного
- 2) урежение и углубление дыхания, выпадение пауз между вдохом и выдохом
- 3) дыхание частое и поверхностное, вынужденное положение больного, цианоз губ, частый пульс
- 4) дыхание типа Чейн-Стокса, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

52. При ложном крупе наиболее выраженные воспалительные изменения возникают в отделе гортани

- 1) преддверие
- 2) область голосовых складок
- 3) под голосовыми складками.

53. Какая причина является основной в развитии стеноза гортани у детей

- 1) малые размеры голосовой щели
- 2) недоразвитие хрящевого каркаса
- 3) наличие рыхлого подслизистого слоя в области подскладчатого пространства

4) повышенная восприимчивость к инфекциям.

54. Для какой локализации инородного тела характерен симптом баллотирования?

- 1) для инородного тела гортани
- 2) для инородного тела трахеи
- 3) для инородного тела бронха
- 4) для инородного тела глотки.

55. Какая форма ларинготрахеобронхита наблюдается чаще всего?

- 1) катаральная
- 2) отечно-инфильтративная
- 3) фиброзно-гнойная
- 4) некротическая.

56. В чем различие клинических симптомов при гортанном и трахеальном стенозе?

- 1) в изменении цвета кожных покровов
- 2) в типе одышки
- 3) в экскурсии мышц грудной клетки
- 4) в характере пульса и дыхания.

57. Чем можно объяснить крайнее беспокойство больного при стенозе?

- 1) образованием фибринозного экссудата
- 2) нарастанием кислородного голодания
- 3) отеком подскладкового отдела гортани
- 4) возникновением спазма внутренних мышц гортани.

58. При каких состояниях противопоказаны контрастные ножные ванны?

- 1) при субъективных шумах ангионевротического характера
- 2) при вазомоторном рините
- 3) при гидропсе лабиринта
- 4) при обильной кровопотере.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №1

Больная 18 лет жалуется на боли, зуд, ощущение жара в обоих ушах, гнойные выделения из них. Понижение слуха не отмечает. Общее состояние удовлетворительное, температура не повышена. Заболевание началось две недели тому назад после того, как удаляла серу из слуховых проходов (у больной имеется склонность к образованию серных пробок). Амбулаторное лечение не дало эффекта, и больная госпитализирована.

Объективно: ушные раковины обычной конфигурации. Кожа слуховых проходов гиперемирована, инфильтрирована. Просвет слуховых проходов сужен, заполнен слизисто-гнойным отделяемым, по удалении которого удастся ввести только узкую воронку. Барабанные перепонки серого цвета, местами покрыты десквамированным эпидермисом. Острота слуха на ШР каждым ухом 5 м.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №2

Больная жалуется на заложенность ушей, понижение слуха, шум в ушах, появившиеся два дня назад на фоне простудного насморка.

Объективно: определяются гиперемия, инфильтрация слизистой оболочки носа, слизистые выделения в носовых ходах. Задняя стенка глотки также гиперемирована. При отоскопии: барабанные перепонки розового цвета, втянутые, инъецированные по ходу рукояток молоточка. Шепот слышит на расстоянии 4 м на оба уха.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №3

Больной 23 года жалуется на умеренную боль в левом ухе, гноетечение из него, снижение слуха, повышение температуры тела, общее недомогание. Заболел семь дней тому назад после перенесенного насморка. Заболевание началось с сильной стреляющей боли в левом ухе, повышения температуры до 39°C, головной боли. На следующий день больной отметил снижение слуха. Гноетечение из уха появилось два дня назад. С тех пор отмечается некоторое улучшение общего состояния, температура снизилась до 37,5°C.

Объективно: внутренние органы без патологии. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. В зеве и глотке патологических изменений также не наблюдается, правое ухо без изменений.

Левое ухо — гнойное отделяемое в слуховом проходе, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, выпячена; пульсирующий рефлекс в передненижнем квадранте.

Шепот правым ухом слышит на расстоянии 5 м, левым — 1,5 м.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №4

Больной жалуется на давящую боль в правом ухе, гнойные выделения, общую слабость, недомогание, повышение температуры до 38°C. Болен с детства. Около 10 дней назад после простуды процесс в ухе обострился.

Объективно: область сосцевидного отростка не изменена, перкуссия и пальпация его безболезненны.

При отоскопии в правом наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом. В передневерхнем квадранте барабанной перепонки имеется краевая перфорация, через которую видны белесоватые эпидермальные массы. В натянутой части барабанная перепонка умеренно гиперемирована, инъецирована. Острота слуха на шепотную речь — 3м, разговорную речь — 6 м.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №5

У больного 28 лет на фоне обострения левостороннего хронического отита появилась

сильная головная боль, преимущественно в области затылка, головокружение. После осмотра в амбулатории направлен в стационар для обследования и лечения.

Объективно: больной вял, на вопросы отвечает неохотно, лежит на стороне больного уха. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Пульс 58 ударов в минуту, ритмичный. Температура 38,9°C.

При отоскопии: в левом слуховом проходе гнойные выделения. Барабанная перепонка гиперемирована, в ее верхнезаднем квадранте определяется дефект, через который видны грануляции и белые слоистые массы. При пальпации — болезненность в заушной области слева, болезненность при перкуссии затылочной кости.

Другие ЛОР-органы без отклонений от нормы. Левое ухо не слышит. Определяется горизонтальный нистагм при взгляде влево. Брадикинезия и адиадохокинез слева. При пальценосовой и коленно-пяточной пробах слева — интенционное дрожание. Мышечный тонус в левых конечностях снижен. Отклонение влево в позе Ромберга. Направление падения не меняется при изменении положения головы.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №6

Больная 26 лет жалуется на шум в ушах и снижение слуха. Три года назад после родов впервые заметила постепенно прогрессирующее снижение слуховой функции. Отмечает, что лучше слышит в шумной обстановке.

Объективно: в носу, зеве, глотке, гортани патологических изменений не определяется.

При отоскопии: широкие слуховые проходы, серных масс нет, барабанные перепонки бледные, тонкие.

При исследовании слуховой функции ШР=1м/1м, РР=2 м/2 м с обеих сторон. На тональной аудиограмме - горизонтальный тип кривой с костно-воздушным интервалом около 20дБ.

Тимпанограмма типа А, отсутствие слухового рефлекса. Отрицательные камертоновые опыты Ринне, Желле с обеих сторон. Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №7

Больная 40 лет обратилась в сурдологический кабинет с жалобами на ухудшение слуха в течение последних девяти месяцев. Перенесла разлитой перитонит 11 месяцев тому назад, в связи,

с чем в течение 25 дней получила инъекции каномидина. В процессе лечения заметила появление высокочастотного шума в правом ухе, ухудшение слуха на правое ухо и шаткость походки. Через два месяца после лечения стал прогрессивно снижаться слух.

При осмотре со стороны ЛОР-органов патологии не выявлено. При исследовании слуховой функции ШР=0,5/5,5 м, РР=4,5 м/6 м, камертональные опыты Ринне, Федериче, Желле положительные. На тональной аудиограмме определяется нисходящий тип кривой, отсутствие костно-воздушного интервала (показать), при проведении надпороговых тестов определяется ФУНГ. При проведении речевой аудиометрии разборчивость речи - 80%. Исследование вестибулярного анализатора выявило угнетение функции обоих лабиринтов.

Каков диагноз? Как лечить больную? Какой тип тугоухости? Почему латерализация влево?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №8

Композитор во время сочинения музыкальной пьесы, задумавшись, поставил локоть на пюпитр фортепиано и расчесывал наружный слуховой проход рукояткой железной расчески. Рука сорвалась, и локоть ударился о клавиши инструмента. Рукоятка расчески, пробив барабанную перепонку, вошла в барабанную полость. Возникло сильное головокружение, пациент упал на пол, рвота, резко ухудшился слух на левое ухо и перекосило левую половину лица. Доставлен сантранспортом в приемное отделение.

Во время осмотра отмечается спонтанный нистагм III ст. влево, птоз верхнего века, энофтальм, слезотечение из левого глаза, стоять не может. При отоскопии - фестончатая перфорация в задневерхнем квадрате барабанной перепонки, в наружном слуховом проходе - сгустки крови.

В какое место медиальной стенки барабанной полости вонзилась расческа, какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №9

Больная 35 лет красила потолок, высоко запрокидывая голову. На третий день ремонта появился шум в правом ухе и исчез слух на правое ухо. Обратилась на 3-й сутки.

При осмотре - патологии со стороны ЛОР-органов не определяется. При исследовании слуховой функции справа ШР=0, РР=крик ушной раковины. На тональной аудиограмме нисходящий тип кривой с небольшим костно-воздушным интервалом около 10 дБ. Акустический рефлекс сохранен, тимпанограмма типа А. При транскраниальной компьютерной доплерографии определяется асимметрия ВББ: сосудистое снабжение правого уха на 20%. При рентгенограмме - признаки шейного остеохондроза со снижением высоты позвонков на уровне С4-С6.

Каков диагноз? Какова тактика? Прогноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 10

На компьютерных томограммах височных костей определяются признаки костной деструкции латеральной стенки аттика, задневерхней стенки наружного слухового прохода, при этом просвет латерального полукружного канала не замкнут костной капсулой на выступе канала.

О чем свидетельствуют эти изменения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 11

У больного двусторонний хронический гнойный отит, на аудиограмме — снижение слуха по воздушной проводимости в зоне речевых частот: справа — до 60 -65 дБ.слева — до 55 - 60 дБ. Справа выявляется костно-воздушный интервал в зоне указанных частот до 20 дБ, слева до 30-35 дБ, Эквивалентная функция оказалась лучше для левой слуховой трубы.

Имеет ли смысл проведение слухолучающей операции? Если да, то, при каких условиях это сделать целесообразнее? На каком ухе?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №12

У больного 60 лет с хроническим эпителиомом диагностирован совместно с невропатологом абсцесс височной доли мозга справа. Проведена расширенная радикальная операция на правом ухе, во время которой широко обнажена твердая мозговая оболочка средней черепной ямки. Последняя серого цвета, блестящая, напряжена. Пульсации нет.

В чем заключается техника дальнейших действий хирурга? Каковы особенности ведения

послеоперационного периода у данного больного? Опишите способы санации отогенных абсцессов мозга.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №13

Больной 23 лет поступил в ЛОР-отделение в тяжелом состоянии. Сознание спутанное, имеются признаки менингита, протекающего на фоне острого правостороннего гнойного среднего отита. Одновременно наблюдается спонтанный нистагм в сторону здорового уха. Принимая во внимание клиническую картину и тяжесть заболевания, какой тактики следует придерживаться? Если требуется хирургическое вмешательство, то каковы объем и техника операции? Каков диапазон консервативной терапии?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №14

Больная 12 лет поступила в ЛОР-клинику с жалобами на сильную головную боль, гнойный насморк, затруднение носового дыхания. Заболела пять дней назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания. Заболевание началось с болей в надбровной области с обеих сторон, повышения температуры до 38,5°C. На другой день появилась отечность век. При поступлении температура 39,5°C. Припухлость мягких тканей лба и век с обеих сторон. При риноскопии слизистая оболочка полости носа резко гиперемирована, инфильтрирована, определяется сливкообразный гной в средних носовых ходах с обеих сторон. Болезненность при пальпации в области проекций верхнечелюстных пазух и надбровной области с обеих сторон. На рентгенограмме околоносовых пазух гомогенное затемнение верхнечелюстных и лобных пазух.

Анализ крови: лейкоцитоз 19,5 10 /л, СОЭ — 60 мм/ч.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства

Ситуационная задача по оториноларингологии №15

Больная 44 года жалуется на сильную головную боль, преимущественно в области лба, приступы рвоты, отсутствие аппетита, общую слабость, насморк с выделениями из левой половины носа, затруднение носового дыхания, снижение обоняния. Насморк и боли в области лба беспокоят в течение 10 лет. Последнее обострение заболевания началось бурно две недели тому назад, после гриппа. Лечение, назначенное врачом поликлиники (УВЧ на область лба, сосудосуживающие мази и сульфаниламидные препараты эндоназально), эффекта не дало. В последние дни состояние больной ухудшилось: головная боль стала более сильной, появились рвота и выраженная общая слабость.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 58 ударов в минуту. Температура 38,6°C. Кожные покровы бледные. Язык обложен. Психика изменена: эйфорична, болтлива, в разговоре часто употребляет плоские шутки, неопытна, иногда мочится на пол в комнате. При неврологическом исследовании определяются симптом Кохановского слева и хватательный рефлекс. При риноскопии: слизистая оболочка полости носа умеренно инфильтрирована, несколько застойна. Обильное гнойное отделяемое в левой половине носа. Болезненность при пальпации в надбровной области слева. Значительных изменений других ЛОР-органов не выявлено.

На рентгенограмме околоносовых пазух — гомогенное затемнение левой лобной пазухи, подозрение на деструкцию ее внутренней стенки.

Каков предполагаемый диагноз? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза? Какова тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства

здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 16

Больная 18 лет доставлена в стационар по поводу носового кровотечения. Такие кровотечения, более или менее обильные, возникают часто в предменструальный период. При осмотре кровотечения нет. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс ритмичен — 88 ударов в минуту.

При риноскопии: кровянистые сгустки в носовых ходах, слева в передненижнем отделе перегородки сосуды резко расширены. Другие ЛОР-органы без патологии.

Каков диагноз? Как наиболее целесообразно поступить с больной в этом случае?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №17

Больной жалуется на заложенность носа, водянистые выделения из носовых ходов, чихание, слезотечение. Повышения температуры тела, гнойных выделений из носовых ходов не отмечает. Считает себя больным в течение двух недель. В последние 4-5 лет аналогичные явления наблюдаются ежегодно, обычно в мае - июне.

Объективно: носовые раковины отечны, умеренно гиперемированы, в носовых ходах содержится водянистое отделяемое. Конъюнктива глаз гиперемирована, выражено слезотечение.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 18

Больной жалуется на периодическую заложенность носа, водянистые выделения из носовых ходов, чихание. Данные симптомы усиливаются во время уборки квартиры. В носовом секрете и в периферической крови отмечается повышенное содержание эозинофилов.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 19

Больная 48 лет госпитализирована в ЛОР-отделение с жалобами на диплопию при взгляде влево, небольшое опущение верхнего века слева, нарушение отведения левого глазного яблока. Отмечает периодическую головную боль в затылочной области, ощущение заложенности носа, стекание отделяемого по задней стенке глотки. Глазная симптоматика развилась постепенно в течение 6-8 месяцев. Однако при осмотре окулистом изменений со стороны глазного дна, полей зрения не выявлено.

На рентгенограммах околоносовых пазух в боковой и аксиальной проекциях определяется гомогенное затемнение левой клиновидной пазухи, задних клеток решетчатого лабиринта. Остальные околоносовые пазухи без патологии. На томограммах в носолобной проекции — затемнение пазух клиновидной кости, преимущественно слева, истончение их стенок, частичная деструкция межпазушной перегородки.

При осмотре ЛОР-органы без выраженных отклонений от возрастной нормы. Опущение верхнего века и нарушение отведения левого глазного яблока.

Каков предположительный диагноз? Дополнительные диагностические мероприятия?

Какова лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №20

У больного 19 лет развился фурункул носа, к врачу он обратился через три дня, когда появились разлитая инфильтрация мягких тканей боковой поверхности носа и подглазничной области справа, гектическая температура, сопровождающаяся потрясающими ознобами. При осмотре выявлены затруднение отведения правого глазного яблока, умеренный экзофтальм и лагофтальм.

Какое осложнение фурункула имеет место у данного больного? Предложите лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №21

Больная 17 лет жалуется на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, на повышение температуры, общее недомогание, головную боль, отсутствие аппетита. Заболела три дня назад после переохлаждения.

Объективно: кожные покровы влажные. Температура 38,8°C. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичен. Яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек, миндалин и задней стенки глотки. На поверхности миндалин белые налеты, которые легко снимаются. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Остальные ЛОР-органы не изменены. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №22

Больной 38 лет жалуется на сильную боль в правой половине глотки, боль в правом ухе, затруднение при глотании (может глотать только жидкую пищу) и при открывании рта, общее недомогание, высокую температуру тела. Заболел четыре дня назад после перенесенной ангины.

Объективно: голос имеет гнусавый оттенок, рот открывает с трудом. Яркая гиперемия слизистой оболочки глотки, инфильтрация тканей в правой околоминдаликовой области. Правая миндалина смещена к средней линии. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Уплотнены, увеличены и болезненны при пальпации верхние шейные и подчелюстные лимфатические узлы справа. Отоскопически и ларингоскопически патологических изменений не определяется.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №23

Девочка 14 лет жалуется на боль в горле, недомогание, повышение температуры. Заболела три дня назад после нескольких дней легкого недомогания.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы влажные, температура 40°C. Гиперемия слизистой оболочки глотки. Миндалины покрыты белым налетом. Определяется увеличение подчелюстных, верхних шейных лимфоузлов, подмышечных и паховых.

При исследовании крови: лейкоциты — 12 10⁹/л, эозинофилы — 0%, базофилы — 1%, палочкоядерные нейтрофилы — 0%, сегментоядерные нейтрофилы — 23%, лимфоциты — 50%, моноциты — 26%.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №24

Больная жалуется на частые ангины с высокой температурой, которыми болеет ежегодно в течение последних восьми лет, иногда по два-три раза в год. После ангины, перенесенной пять месяцев назад, появились боли в области сердца, около месяца держалась субфебрильная температура.

Объективно: патологических изменений внутренних органов нет. При осмотре ЛОР-органов определяется гиперемия слизистой оболочки по краю небных дужек. Небные миндалины несколько выступают за края дужек, разрыхлены, спаяны с дужками, в лакунах миндалин содержится гнойный детрит. Верхние шейные лимфатические узлы уплотнены.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №25

Больная 72 лет ощущает дискомфорт при глотании и боль в глотке. Больна полгода. Внутренние органы без особенностей. При осмотре: левая небная миндалина увеличена, изъязвлена, разрыхлена, язва с подрытыми краями, покрыта некротическим налетом серого цвета, при зондировании легко кровоточит. Передняя и задняя небные дужки инфильтрированы. Определяется множественный подчелюстной и шейный лимфаденит (конгломерат узлов плотноэластичной консистенции, округлой формы с гладкой поверхностью, болезненный при пальпации). Другие ЛОР-органы без особенностей. СОЭ 37 мм/ч. Реакция Вассермана отрицательная. ВК в мокроте не обнаружены. Биопсия ткани левой миндалины выявила гранулематозный процесс с наличием гигантских клеток.

Какое заболевание вы предполагаете у больной?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №26

Больная 29 лет обратилась с жалобами на резкое затруднение носового дыхания, снижение слуха, головные боли, преимущественно в первой половине дня. Болеет около месяца. Затруднение носового дыхания медленно нарастало, появилось ощущение заложенности сначала в правом, а затем и в левом ухе. Сосудосуживающие препараты, которые вначале улучшали носовое дыхание, в последнее время действия не оказывают. Около недели назад заметила появление узла на шее справа.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа синюшного цвета, носовые ходы обычных размеров. Носовое дыхание практически отсутствует. Задняя риноскопия: полость носоглотки занята бугристым багрово-красным образованием, хоаны и глоточные устья евстахиевых труб не обозримы. Справа и слева подвздошной третью грудино-ключично-сосцевидной мышцы определяются узлы плотноэластической консистенции, смещаемые, безболезненные. Справа размерами 3х4 см, слева — 2х3 см.

При отоскопии с обеих сторон определяется втянутость барабанных перепонки.

Снижение слуха по звукопроводящему типу на оба уха.

На рентгенограммах в боковой проекции определяется тень мягкотканного образования, занимающего полость носоглотки от свода до основания сошника. Затемнение основной пазухи. Деструкция костных стенок основания черепа отсутствует. На прямом снимке придаточные пазухи без патологических изменений. Со стороны других органов патологии не обнаружено. Реакция Вассермана отрицательная.

Каков диагноз? Какое дополнительное обследование необходимо?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №27

Больная 31 года предъявляет жалобы на интенсивную боль в глотке справа, обильную саливацию, невозможность проглотить даже жидкость (она выливается через нос). Голос гнусавый. Больна семь дней, лечилась в поликлинике по поводу лакунарной ангины; наступило значительное улучшение, но накануне повысилась температура до 38°C и постепенно развились вышеописанные явления. Во время осмотра рот открывает с трудом; слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, инфильтрирована; зев сужен за счет значительного выпячивания правой половины небной занавески и миндалина и смещения отечного язычка влево. Инфильтрация распространяется по боковой стенке до правого грушевидного синуса. В правой подчелюстной области пальпируется конгломерат плотных и болезненных лимфатических узлов. Каков диагноз? В какие сроки производится хирургическое вмешательство? Его виды?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №28

Больная 27 лет жалуется на незначительную боль в левой половине глотки при глотании, неприятный запах изо рта, припухлость и болезненность в левой подчелюстной области, субфебрильную температуру на протяжении пяти дней, поперхивание.

При фарингоскопии определяются рыхлые пленчатые налеты, изъязвления небной миндалины слева, распространяющиеся за ее пределы (до задней стенки ротоглотки). При снятии налетов шпателем видна язва серовато-желтого цвета с четко обозначенными краями. В анализе крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз (1210 /л) с не резко выраженной анемией.

Какими должны быть диагностические и лечебные мероприятия?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №29

Больной жалуется на утомляемость и слабость голоса. Во время респираторных заболеваний появляется затруднение дыхания. Эти симптомы возникли после того, как два года тому назад была произведена операция по поводу узловатого зоба.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. В полостях носа и глотки патологические изменения не определяются.

Ларингоскопия: слизистая оболочка розовая, голосовые складки белые, левая при фонации и дыхании неподвижна и находится в положении, близком к средней линии. Правая голосовая складка активно движется, за счет чего голосовая щель достаточно широка в момент дыхания.

Каков диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №30

Больной 42 лет жалуется на боль в области шеи, отсутствие дыхания через естественные пути, афонию. Около шести месяцев назад больной отметил появление охриплости, к врачу не обращался, лечение не проводилось. Охриплость постепенно усиливалась, появились боли при глотании, затруднение дыхания. Месяц назад в связи с резким затруднением дыхания была произведена трахеотомия.

Ларингоскопия: крупнобугристый инфильтрат занимает правую половину гортани, переднюю комиссуру и переходит на левую половину гортани. Инфильтрат полностью obturates просвет гортани, голосовая щель не видна. Подвижность обеих половин гортани отсутствует. Отек слизистой оболочки черпаловидных складок и язычной поверхности надгортанника. При наружном осмотре: двугранный угол щитовидного хряща развернут, над вырезкой хряща определяется инфильтрация. Трахеостома с умеренно выраженным перифокальным воспалением. Слизистая оболочка задней стенки трахеи бледная. Рентгенография грудной клетки без особенностей. Реакция Вассермана отрицательная.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства

здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №31

Больная 48 лет жалуется на хриплый голос, затруднение дыхания при физической нагрузке. Описанные явления развились два года назад после операции струмэктомии.

При непрямой ларингоскопии определяется ограничение подвижности неизмененных голосовых складок. Обе голосовые складки находятся в парамедиальном положении.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №32

Больная 24 лет жалуется на сильную боль при поворотах головы, глотании, ознобы, повышенную потливость. Заболевание началось остро три дня назад с подъема температуры до 38°C.

При осмотре: увеличены и болезненны все группы шейных лимфатических узлов. Слизистая оболочка глотки и гортани гиперемирована, умеренно отечна. На язычной поверхности надгортанника имеется округлое выпячивание, на вершине которого — желтое пятно. Нижележащие отделы гортани не просматриваются.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

14 марта 2023 г., Протокол №4