

Тестовые задания по специальности «Оториноларингология»

Отток крови наружного носа происходит в:

- глазничную вену
- переднюю лицевую вену
- щитовидную вену
- язычную вену

Рудиментарный орган Якобсона в полости носа расположен:

- на нижней стенке
- на перегородке носа
- в средней носовой раковине
- в среднем носовом ходе

Носослезный канал открывается:

- в верхний носовой ход
- средний носовой ход
- нижний носовой ход
- общий носовой ход

В верхний носовой ход открываются:

- лобная пазуха
- задние решетчатые клетки, основная пазуха
- все клетки решетчатого лабиринта
- слезноносовой канал

Зона Киссельбаха в полости носа находится:

- в передненижнем отделе носовой перегородки
- в верхнем отделе носовой перегородки
- в слизистой нижней носовой раковины
- в слизистой средней носовой раковины

В нижний носовой ход открывается:

- верхнечелюстная пазуха
- лобная пазуха
- задние клетки решетчатого лабиринта
- носослезный канал

С крылонебной ямкой граничит придаточная пазуха:

- клиновидная
- лобная
- верхнечелюстная
- решетчатый лабиринт

Задние клетки решетчатого лабиринта чаще граничат с нервом:

- тройничным
- зрительным
- блоковым
- отводящим

Самая тонкая стенка лобной пазухи:

- задняя
- медиальная
- нижняя
- передняя

Пещеристый синус прилежит к стенке клиновидной пазухи:

- верхней
- нижней

- задней
- боковой

Двигательным нервом для мышц ушной раковины является:

- лицевой
- тройничный
- блуждающий
- затылочный

Длина наружного слухового прохода у взрослого:

- 1,5 см
- 2,0 см
- 2,5 см
- 3,0 см

Санториниевы щели расположены на стенке наружного слухового прохода:

- передней
- задней
- нижней
- верхней

Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит:

- с суставом нижней челюсти
- с околоушной железой
- с задней черепной ямкой
- со средней черепной ямкой

При введении воронки в наружный слуховой проход может появиться кашель так как это:

- рефлекс с тройничного нерва
- рефлекс с блуждающего нерва
- рефлекс с языкоглоточного нерва
- рефлекс с лицевого нерва

Размеры барабанной перепонки у взрослого:

- 5–6 мм длинный, 2–3 мм короткий
- 7–8 мм длинный, 5–6 мм короткий
- 9,5–10 мм длинный, 8,5–9 мм короткий
- 11–12 мм длинный, 9–10 мм короткий

В этом слое барабанной перепонки укреплена рукоятка молоточка:

- наружном (эпидермис)
- внутреннем (плоский эпителий)
- среднем (соединительнотканый)
- среднем и внутреннем

На этой стенке барабанной полости открывается слуховая труба:

- задней
- верхней
- нижней
- передней

В среднем ухе проходит черепно–мозговой нерв:

- тройничный
- отводящий
- лицевой
- преддверноулитковый

Это образование не относится к звукопроводящей системе:

- наружный слуховой проход
- кортиева орган
- барабанная перепонка
- жидкости внутреннего уха

Истинный объем барабанной полости:

- 0,5 см/куб
- 1,0 см/куб
- 2,0 см/куб
- 2.5 см/куб

С этим крупным сосудом граничит передняя стенка барабанной полости:

- кавернозным синусом
- яремной веной
- позвоночной артерией
- внутренней сонной артерией

Стремennую мышцу иннервирует нерв:

- тройничный
- лицевой
- акустический
- нерв Арнольда

Средняя длина слуховой трубы у взрослого человека:

- 1 см
- 3,5 см
- до 5 см
- 5–10 см

В мешочках преддверия находится:

- эндолимфа
- перилимфа
- лимфа
- ликвор

Перилимфа сообщается с субарахноидальным пространством через:

- отверстие - helicotrema
- водопровод улитки
- круглое окно
- полукружные каналы

Перилимфа обеих лестниц смешивается у верхушки улитки:

- через отверстие – helicotrema
- не смешивается
- через улитковый ход
- через круглое окно

Эндолимфатический мешочек располагается:

- во внутреннем слуховом проходе
- на задней поверхности пирамиды височной кости
- на верхней поверхности пирамиды височной кости
- на медиальной поверхности барабанной полости

Внутреннее ухо кровоснабжается артерией:

- внутренней сонной
- затылочной
- позвоночной

- височной

Волосковые клетки кортиева органа находятся в:

- перилимфе
- эндолимфе
- кортилимфе
- межтканевой жидкости

Гортань располагается на уровне:

- IV – VI шейных позвонков
- II - IV шейных позвонков
- VI – VII шейных позвонков
- VII - VIII шейных позвонков

Перстневидный и щитовидный хрящи гортани являются:

- гиалиновыми
- эластическими
- смешанными (геалиново - эластическими)
- рудиментарными

Черпаловидный хрящ имеет отростки в количестве:

- двух
- трех
- четырех
- одного

Перстневидный и черпаловидный хрящи соединены между собой:

- неподвижно
- подвижно посредством сустава
- не соединяются между собой
- эластической мембраной

Истинная голосовая складка передним концом прикрепляется:

- к углу щитовидного хряща
- к подъязычной кости
- к голосовому отростку черпаловидного хряща
- к дуге перстневидного хряща

Двигательным нервом для гортани преимущественно является:

- верхнегортанный
- среднегортанный
- нижнегортанный
- языкоглоточный

Чувствительным нервом для гортани преимущественно является:

- языкоглоточный
- нижнегортанный
- среднегортанный
- верхнегортанный

Гортань располагается:

- справа от пищевода
- слева от пищевода
- кпереди от пищевода
- кзади от пищевода

В гортани выделяют этажей и рефлексогенных зон:

- пять
- два

- три
- четыре

Коническая связка гортани располагается:

- в просвете гортани между черпаловидными хрящами
- на передней поверхности гортани между щитовидным и перстневидным хрящами
- между щитовидным хрящом и подъязычной костью
- между дугой перстневидного хряща и трахеей

Глотка предлежит к позвонкам:

- 3-7 шейный
- 1-6 шейный
- шейный – 2 грудной
- 1 шейный-1 грудной

Назовите слои глотки:

- костный, мышечный, подслизистый, слизистый
- мышечный, лимфоидный, слизистый
- соединительнотканый, мышечный, подслизистый, слизистый
- соединительнотканый, мышечный, подслизистый, лимфоидный

По автору лимфаденоидное глоточное кольцо называется:

- Симоновского-Венсана
- Вальдеера-Пирогова
- Эпштейн-Бара
- Воячека

В лимфаденоидном глоточном кольце насчитывается миндалин:

- 4
- 6
- 8
- 10

Слизистая оболочка носоглотки покрыта:

- многорядным мерцательным эпителием
- многослойным плоским эпителием
- лимфатическим эпителием
- железистым эпителием

Слизистая оболочка ротоглотки покрыта:

- многорядным мерцательным эпителием
- многослойным плоским эпителием
- лимфатическим эпителием
- железистым эпителием

Основные функции миндалин отражены в выражении:

- «лифоэпителиальный симбиоз»
- «физиологическая рана»
- «входные ворота» инфекции
- карманы для инфекции

Глотка расположена на уровне шейных позвонков:

- от основания черепа до 6-го
- от основания черепа до 4-го
- от основания черепа до 5-го
- от основания черепа до 3-го

Специфическую защиту слизистых оболочек дыхательных путей обеспечивает:

- системный иммунитет

- секреторный иммунитет
- сапрофитная флора
- лизоцим

Продолжением заглочного пространства является:

- переднее средостение
- заднее средостение
- парафарингиальное пространство
- паравертебральное пространство

Синусит у новорожденных детей:

- Фронтит
- Сфеноидит
- Этмоидит
- Гайморит

Какой отдел отсутствует в височной кости у новорожденного:

- Пирамида височной кости
 - Сосцевидный отросток
 - Барабанное кольцо
 - Чешуя височной кости
- }

Особенность слуховой трубы новорожденного:

- широкая
- узкая
- извитая
- длинная

На каком уровне позвоночника расположена верхняя граница гортани у детей?

- На уровне 1 – 2 шейных позвонков
- На уровне 2 – 3 шейных позвонков
- На уровне 3 – 4 шейных позвонков
- На уровне 4 – 5 шейных позвонков

Рефлексогенные зоны гортани у детей:

- Хорошо выражены
- Выражены плохо
- Выражены только в области надгортанника
- Отсутствуют

Особенности папилломатоза гортани у детей:

- сопровождается острым воспалительным процессом
- часто малигнизируется
- часто рецидивирует
- даёт метастазы

Особенность строения детской гортани:

- узкий просвет во входе в гортань
- хорошо развиты рефлексорные зоны гортани
- рыхлая клетчатка в подскладковом отделе
- относительно низкое расположение гортани

В какой стадии стеноза гортани находится ребёнок при декомпенсации:

- I стадия
- II стадия
- III стадия
- IV стадия

В каком отделе гортани наиболее часто возникает рубцовый стеноз у детей:

- Вестибулярном
- Межсвязочном
- Подсвязочном
- Во входе в гортань

Какую связку рассекают при коникотомии:

- шило-подъязычную
- перстне-щитовидную
- язычно-надгортанную
- перстне-трахеальную

Укажите признаки мутационных изменений в гортани у юношей:

- уменьшение угла между пластинками щитовидного хряща, выступающий верхний край щитовидного хряща
- увеличение подъязычной кости
- болезненное глотание
- кашель и кровохарканье

Некролиз какой ткани происходит у детей раннего возраста в среднем ухе:

- соединительной
- эпителия
- миксоидной
- хрящевой

Ребенок 3 месяца возбужден, плохо спит, часто вскрикивает, температура субфебрильная, жидкий стул, отказ от груди, барабанная перепонка мутная, тускло-серая. Что надо сделать для правильной постановки диагноза:

- направить к педиатру
- начать антибактериальную терапию
- провести диагностический парацентез
- рентгенография височных костей
- КТ

Ребенку с аллергическим ринитом назначен план лечения. Найдите ошибку:

- антибактериальная
- седативная
- общеукрепляющая
- гормональная

Общее состояние ребенка не нарушено, температура субфебрильная, умеренная боль при глотании. Фарингоскопия - с одной стороны на миндалине серовато-зеленный налет, легко снимающийся, остается кровоточащая поверхность, неприятный гнилостный запах изо рта, шейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны. Выявленное заболевание:

- лакунарная ангина
- некротическая ангина
- дифтерия
- туберкулез
- ангина Симановского-Плаут-Винцента

Врач ЛОР вызван на консультацию в инфекционное отделение. Ребенок 1 год, в тяжелом состоянии, выражена интоксикация, дыхание шумное, слышное на расстоянии, рот открыт, саливация, не глотает. О каком диагнозе можно думать?

- острый стенозирующий ларингит
- инородное тело дыхательных путей
- паратонзиллярный абсцесс
- заглоточный абсцесс

Ребенок поступил с сильной болью в ухе, головной болью, высокой температурой, отказывается от груди, однократная рвота. Отоскопия - барабанная перепонка гиперемирована, выбухает. Что необходимо сделать в экстренном порядке?

- спиртовые капли в ухо
- антибиотики
- обезболивающие препараты
- парацетез

Ребенок поступает в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией, высокой температурой, правый глаз закрыт, глазное яблоко выбухает - экзофтальм, хемоз с потерей зрения. Каков диагноз?

- реактивный отек век
- абсцесс века
- ретробульбарный абсцесс
- субдуральный абсцесс

Мальчика укусил комар, в области ушной раковины, вследствие сильного зуда ребенок упорно чесал ушную раковину, после чего через пять дней появились боли, припухлость ушной раковины. Объективно: ушная раковина увеличена, утолщена и резкие боли при пальпации. Мочка уха не изменена. Видимые отделы барабанной перепонки без особенностей. Ваш диагноз:

- фурункул слухового прохода в стадии инфильтрации
- абсцедирующий фурункул слухового прохода
- хондроперихондрит ушной раковины
- отогематома

Девочка жалуется на сильную боль в правом ухе переходящую в височную и теменную области, жевать больно, температура 37,4. При осмотре - правая ушная раковина обычной конфигурации в наружном слуховом проходе на передней стенке конусовидное возвышение, мочка гиперемированна, при дотрагивании ватной палочкой болезненная и мягкая. Просвет слухового прохода сужен, осмотреть барабанную перепонку не удастся, лимфатические узлы спереди ушной раковины болезненны, увеличены. Каков диагноз?

- наружный диффузный отит
- абсцедирующий фурункул слухового прохода
- фурункул слухового прохода в стадии инфильтрации
- хондроперихондрит ушной раковины

Девочка 13 лет жалуется на насморк, заложенность в ушах, иногда небольшая боль. Отоскопия: AD-AS барабанные перепонки серые, мутные, слегка втянутые, шепотная речь на расстоянии 4м. В полости носа гиперемия слизистой, слизистые выделения. Задняя стенка глотки гиперемирована. Диагноз?

- острый катаральный средний отит
- острый гнойный средний отит
- адгезивный отит
- тубоотит с 2-х сторон

Ребенок 7 лет жалуется на сильную боль в правом ухе, головную боль, заложенность уха, t-38, болен 2-ой день, после предшествующего насморка. Отоскопия: AD -слуховой проход свободный, барабанная перепонка гиперемирована, слух ш.р. -2м р.р.-5м. Материализация звука в опыте Вебера вправо. Диагноз?

- тубоотит
- острый гнойный средний отит
- острый катаральный средний отит
- наружный диффузный отит

Ребенок 9 месяцев, последнюю неделю очень беспокойный, вскрикивает, плачет. Температура субфебрильная, отказывается от груди. Накануне вечером в заушной области слева появилась краснота, припухлость. Объективно: слуховой проход свободный, в костном отделе отмечается гиперемия и инфильтрация задней верхней стенки, Mt розовая, мутная. В заушной области плотная припухлость, сглаженность заушной складки, мягкие ткани инфильтрированы, флюктуации нет. Диагноз?

- антрит в стадии инфильтрации

- субпериостальный абсцесс
- мастоидит
- лимфоаденит

Мальчик, 13 лет, поступил в ЛОР отделение с жалобами на боль в правом ухе, общую слабость, повышенную температуру до 38, гноетечение из уха. Из анализа: страдает периодическим гноетечением с раннего возраста. Лечился неоднократно амбулаторно. Последнее обострение в течение 10 дней после переохлаждения. Объективно: область сосцевидного отростка не изменена, пальпация безболезненна. Отоскопия: AD - гнойное отделяемое с неприятным запахом. Барабанная перепонка умеренно гиперемирована, в передне-верхнем квадрате краевая перфорация, заполненная белесоватыми эпидермальными налетами, которые после промывания не уменьшаются. Слух снижен. Диагноз?

- правосторонний хронический эптитимпанит, осложненный холестеатомой
- острый гнойный средний отит справа
- вколоченное инородное тело справа
- правосторонний хронический эпимезотемипанит

Ребенок 2 года. Со слов родителей в течение недели жаловался на боли в левом ухе, капали отипакс. 3 дня назад появилась припухлость в заушной области. Сегодня в заушной области опухоль увеличилась. Объективно: в заушной области кожа гиперемирована, отек, инфильтрация мягких тканей, флюктуация. Отоскопия: слуховой проход с гноем, после туалета - нависание задне-верхней стенки, Мт гиперемированная, отечная. При диагностической пункции в заушной области получен гной. Диагноз?

- острый наружный диффузный отит, осложненный абсцессом в заушной области
- острый средний гнойный отит, осложненный лимфоаденитом
- острый средний гнойный отит, осложненный анtritом
- острый средний гнойный отит, осложненный анtritом с субпериостальным абсцессом

Девочка 14 лет, доставлена в ЛОР отделение с жалобами на сильную головную боль, тошноту рвоту. Из анамнеза: последние 2 недели лечилась в районной больнице, где была высокая температура, кашель, насморк, появилось гноетечение. Страдает отитом с 4 лет. Объективно: девочка вялая, заторможенная, лежит на боку с закрытыми глазами, на вопросы отвечает неохотно, температура - 39,9, пульс - 106 в минуту. При неврологическом обследовании определяется ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, Брудзинского. Очаговой патологии не выявлено. Отоскопия: AS - гнойные выделения, тотальный дефект б/перепонки, слизистая барабанной полости гиперемированная, отечная гранулезно измененная. В анализе крови лейкоцитоз 14000, ускоренное соэ -48мм/ч. При спинномозговой пункции ликвор мутный, вытекает под повышенным давлением. Диагноз?

- менингококковая инфекция
- обострение хронического мезотимпанита
- обострение хронического эпимезотимпанита, осложненного холестеатомой
- обострение хронического мезотимпанита, осложненного гнойным менингитом

У ребенка 9 лет, страдающего хроническим отитом, появилась сильная головная боль, особенно в затылочной области, тошнота, рвота, нарушение походки. Объективно: общее состояние тяжелое, температура тела 38,4, адиадохокнез, промахивание при пальценосовой пробе, крупно размашистый горизонтальный нистагм влево. В левом слуховом проходе слизистое гнойное отделяемое. Барабанная перепонка гиперемированна, задне-верхние отделы разрушены, холестеатомные массы, область сосцевидного отростка не изменена, при пальпации безболезненна, на рентгенограммах височных костей деструкция верхней стенки аттика. Глазное дно: сосуды полнокровны, извиты. Спинномозговая жидкость вытекает под давлением, прозрачная, клеточные элементы: 15 нейтрофилов, 3 лимфоцитов. Диагноз?

- левосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный холестеатомой, отогенный менингит
- левосторонний хронический гнойный эптитимпанит осложненный холестеатомой, субдуральный абсцесс
- левосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный холестеатомой, абсцессом мозжечка
- левосторонний хронический гнойный эптитимпанит осложненный холестеатомой, энцефалит

У девочки 11 лет асимметрия лица. В анамнезе: страдает отитом с раннего возраста, обострения 2-3 раза в год. Объективно: правый глаз не закрывается, сглажена носогубная складка справа, правый угол рта опущен. Отоскопия: AD - гной обильный с неприятным запахом, краевой дефект в барабанной перепонке в заднем отделе в эпимезотимпанум, в барабанной полости слоистые белые массы. Диагноз?

- парез лицевого нерва
- нейротоксикоз, парез лицевого нерва
- острый гнойный средний отит справа, осложненный парезом лицевого нерва
- правосторонний хронический гнойный эпимезотимпанит, осложненный холестеатомой, парезом лицевого нерва

Ребенок постоянно дышит ртом, носовое дыхание затруднено. Какая наиболее частая патология у детей может привести к этому состоянию?

- аденоиды 3 степени
- хронический ринит
- инородное тело
- аденоиды 1 степени

У ребенка 10 лет гиперемия, припухлость в области левого крыла носа, плотная при пальпации, болезненность, головная боль, температура 38. Подчелюстные лимфоузлы слева болезненны, увеличены. Какой диагноз?

- реактивный отек лица
- фурункул носа
- инородное тело носа
- рожа

Ребенок 3-х лет играл с мелкими предметами, внезапно закашлял, посинело лицо, затем состояние нормализовалось. О чем следует думать?

- острый ларингит
- инородное тело бронхов
- острый бронхит
- инородное тело гортани

Ребенок 3-х лет жалуется на затрудненное дыхание, насморк, кашель, повышение температуры. Болен 2 дня. Объективно: состояние средней тяжести, выражена инспираторная одышка, "лающий" кашель, кожа и слизистые, бледные с цианотичным оттенком, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. При прямой ларингоскопии - в под складочном пространстве валики бледно розового цвета, суживающие просвет. Какой диагноз?

- острый стенозирующий ларингит, стеноз II степени
- острый под складочный ларингит
- дифтерия
- острый бронхит

У девочки 10 лет, на 5 день заболевания ангиной, вновь поднялась температура, усилилась боль при глотании. При осмотре - фарингоскопия - тризм, выбухание правой передней небной дужки и мягкого неба справа, на миндалинах участки белого налета. Лимфаденит справа. Каков диагноз?

- дифтерия
- правосторонний паратонзиллярный абсцесс
- паратонзиллит
 - парафарингит

У ребенка при нажатии на козелок с права, возникло головокружение, нистагм вправо, отклонение туловища влево. Почему?

- острый лабиринтит
- хронический диффузный лабиринтит
- свищ в костном лабиринте
- хронический перфоративный отит

У ребенка, во время полета в самолете, внезапно возникло чувство заложенности уха. Отоскопически - барабанные перепонки не изменены. Чем объяснить данное явление?

- развитием острого среднего отита
- нарушением вентиляционной функции слуховой трубы
- развитием экссудативного отита
- 4) нарушением носового дыхания

У ребенка осипший голос, дыхание не затруднено. Что необходимо исключить в первую очередь?

- папилломатоз гортани
- острый, подскладочный ларингит
- инородное тело гортани
- травма гортани

Ребенок 3-х лет, беспокойный, дыхание шумное, втягиваются подключичные ямки, голос звучный, "лающий" кашель. Накануне мама дала ребенку чай с малиной, по поводу простуды. Объективно: язык несколько увеличен, маленький язычок увеличен, стекловидный, надгортанник увеличен в объеме, слизистая бледная с синюшным оттенком. При прямой ларингоскопии в под складочном пространстве бледные валики суживающие просвет. Какой диагноз?

- острый под складочный ларингит
- аллергический отек гортани
- дифтерия
- бронхит

Грудной ребенок беспокоен, плохо спит, периодически наблюдается рвота, понос, теряет в весе, температура - 39, болен 6 дней. Объективно: слуховой проход свободный, барабанная перепонка мутная, розовая, выбухает. Какова тактика врача?

- парацетез, антибактериальная и противовоспалительная терапия
- антибактериальная терапия
- глюкокортикоиды
- спинно-мозговая пункция

У мальчика после купания в бассейне резко снизился слух на левое ухо, шум в ухе. Ранее не болел. Отоскопия - слева в слуховом проходе в глубине серая масса. Каков диагноз?

- наружный отит
- острый средний отит
- серная пробка
- острый неврит слухового нерва

Девочка 7 лет лечилась амбулаторно по поводу острого гнойного среднего отита в течении недели, выделений стало меньше, но в последние 2 дня появилась боль в заушной области справа, головная боль. Отоскопия: АД - слуховой проход с нависанием задней верхней стенки в костном отделе, барабанная перепонка инфильтрирована, щелевидная перфорация в передне-нижнем квадранте, пульсация, сливкообразный гной. В заушной области пастозность, болезненность при пальпации сосцевидного отростка. Каков диагноз?

- острый средний гнойный отит, мастоидит
- острый гнойный средний отит
- острый средний гнойный отит, осложненный наружным отитом
- вскрывшийся фурункул наружного слухового прохода

Родители 7-летней девочки сообщили, что в 2-х летнем возрасте она перенесла тяжелую пневмонию и получала гентамицин. При аудиологическом обследовании глухота на оба уха. Каковы рекомендации?

- слухопротезирование
- кохлеарная имплантация
- обучение ребенка в спецшколе
- наблюдение у сурдолога

Ребенок 3-х лет поступил в ЛОР отделение с явлениями удушья. Какое исследование нужно провести для установления диагноза в первую очередь?

- фарингоскопия
- рентгенография гортани
- прямую ларингоскопию
- не прямую ларингоскопию

Ребенок сбит машиной, доставлен в экстренную хирургию. При осмотре ЛОР врачом, из правого слухового прохода выделяется струйка крови. Какова тактика?

- тампонировать стерильной турундой до остановки кровотечения
- промыть ухо, поставить турунду
- поставить гемостатическую губку
- назначить гемостатические препараты

У мальчика 7 лет с раннего возраста периодически возникает гноетечение из уха, слух снизился. Отоскопия AD-AS-гноя нет, МТ инфильтрирована, центральная перфорация. Каков диагноз?

- 2-х сторонний хронический мезотимпанит вне обострения
- 2-х сторонний хронический гнойный мезотимпанит
- хронический эптитимпанит
- перфоративный адгезивный отит

Мальчик 13 лет обратился с жалобами на боль в области ушной раковины, жжение. Три дня назад на тренировке ударился ухом о снаряд. Объективно: кожа ушной раковины гиперемированная, инфильтрированная утолщенная, слуховой проход свободный, барабанная перепонка не изменена. Каков диагноз?

- рожа
- наружный отит
- хондроперихондрит
- отгематома

Мальчик 14 лет жалуется на попеременное нарушение носового дыхания в течение полугода, нарушение носового дыхания то в одной, то в другой половине носа, в зависимости от положения головы. В анамнезе несколько лет назад получил травму носа. Риноскопически - нижние носовые раковины увеличены, слизистая гиперемирована. После анемизации, нижние носовые раковины хорошо сократились. Носовая перегородка искривлена влево, в костно-хрящевом отделе имеется шип носовой перегородки. Нижняя носовая раковина слева соприкасается с шипом носовой перегородки. Каков диагноз?

- истинный гипертрофический ринит
- ложный гипертрофический ринит
- вазомоторный ринит
- атрофический ринит

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на боль жжение в области ушной раковины, повышение температуры, недомогание. Неделью назад поцарапал ушную раковину на тренировке. Объективно: кожа ушной раковины, включая мочку, гиперемированная, процесс распространяется на около ушную область. Гиперемия окружена линией демаркации. Каков диагноз?

- наружный отит
- рожа
- хондроперихондрит
- аллергический отит

Двухлетний ребенок не дышит левой половиной носа в течение месяца. Какой метод исследования не следует применить для постановки диагноза?

- передняя риноскопия
- проба Цитовича
- эндоскопическое исследование носоглотки
- пальцевое исследование

У ребенка 7 лет, боль в левом ухе, усиливается при надавливании на козелок и дотрагивании до ушной раковины. Болен 3 дня. Объективно: AS - наружный слуховой проход обтурирован инфильтратом задней стенки слухового прохода. МТ не видна. Каков диагноз?

- абсцедирующий фурункул слухового прохода
- диффузный наружный отит
- инородное тело слухового прохода
- опухоль слухового прохода

Девочка 13 лет жалуется на нарушение носового дыхания в течении месяца, после перенесенного ОРВИ. Пользуется сосудосуживающими каплями в течение 3 недель. Последние 2 дня состояние резко ухудшилось: нос не дышит, капли не помогают. Риноскопически - нижние носовые раковины увеличены, слизистая ярко гиперемирована, носовая перегородка по средней линии, не искривлена. После проведения анемизации раствором адреналина, отмечается обильное водянистое отделяемое, нижние носовые раковины не сократились. Каков диагноз?

- вазомоторный ринит
- истинный гипертрофический ринит
- медикаментозный ринит
- острый ринит

Камертональные пробы при остром гнойном среднем отите:

- опыт Швабаха удлинен, опыт Федеричи положительный
- опыты Федеричи и Ринне отрицательные
- опыт Вебера – в здоровое ухо
- опыты Желле и Ринне положительные

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

- аттике
- барабанной полости
- клетках сосцевидного отростка
- лабиринте

Инфекция чаще проникает в среднее ухо:

- гематогенным путем
- лимфогенным путем
- в следствие травмы
- тубогенным путем

В воспалительный процесс при остром гнойном среднем отите вовлекаются:

- 2 слоя
- все 3 слоя барабанной перепонки
- 1 слой
- барабанная перепонка не вовлекается

Диагноз острого гнойного среднего отита можно поставить на основании только:

- рентгенологических данных
- лабораторных данных
- жалоб и отоскопической картины
- жалоб и рентгенологической картины

Дифференциальная диагностика острого гнойного среднего отита должна проводиться с:

- острым наружным отитом
- отомикозом
- лабиринтитом
- адгезивным отитом

Наиболее тяжелые (некротические) поражения среднего уха возникают при:

- кори и скарлатине
- малярии
- туберкулезе
- гриппе

Ушная ликворея – проявление перелома:

- теменной кости

- поперечного перелома пирамиды височной кости
- затылочной кости
- продольного перелома пирамида височной кости

Кровотечение из уха это следствие:

- перелома свода черепа
- поперечного перелома пирамиды височной кости
- травмы наружного слухового прохода или продольного перелома пирамиды височной кости
- отогематомы

При гриппозном отите процесс преимущественно локализуется:

- в перепончатохрящевом отделе
- в костном отделе слухового прохода, барабанной перепонке
- в пещере (антруме)
- в слуховой трубе

Субпериостальный абсцесс при мастоидите это скопление гноя между:

- кожей и фасцией мышцы
- мышцей и ее фасцией
- фасцией и надкостницей
- надкостницей и кортикальным слоем

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

- петрозит
- верхушечно-шейный (Бецольдовский мастоидит)
- зигоматит
- апицит

Характерный отоскопический симптомом мастоидита:

- нависание задневерхней стенки в костном отделе наружного слухового прохода
- гноетечение
- укорочение светового конуса
- втянутость барабанной перепонки

Ушная раковина при мастоидите обычно оттопыривается:

- кпереди
- кзади
- смещения нет
- кверху

При типичном мастоидите изменения происходят:

- в чешуе височной кости
- в сосцевидном отростке
- в пирамиде височной кости
- в слуховых косточках

Появлению атипичных форм мастоидита способствует чаще:

- несоблюдение правил личной гигиены
- длительное переохлаждение
- анатомические особенности височной кости
- несвоевременное удаление серной пробки

Осложнением антропункции является:

- попадание иглой в синус или мозг
- птоз
- офтальмоплегия
- фурункул наружного слухового прохода

Субпериостальный абсцесс при мастоидите локализуется:

- в слуховом проходе
- в твердой мозговой оболочке
- под надкостницей сосцевидного отростка
- на поверхности сигмовидного синуса

Признаком мастоидита является:

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

У больного мастоидитом, как правило, вынужденное положение:

- голова отклонена кзади
- голова отклонена кпереди
- голова наклонена в большую сторону
- голова наклонена в здоровую сторону

Ограничение движений глазного яблока при мастоидите связано с:

- поражением тройничного нерва
- с нерациональным применением антибиотиков
- со строением височной кости
- с поражением глазодвигательного нерва.

Консервативное лечение мастоидита включает назначение:

- глюкокортикостероидов
- антибиотиков
- трепанацию сосцевидного отростка
- УВЧ на сосцевидный отросток

Распространение гноя при гнойном отите в область скуловой дуги называется:

- петрозит
- верхушечношейный мастоидит
- зигоматит
- апицит

Распространение гноя при гнойном отите в область пирамиды височной кости называется:

- петрозит
- верхушечношейный мастоидит
- зигоматит
- апицит

Рожа (erysipelas) разлитое инфекционное воспаление кожи вызванное:

- стафилококком
- стрептококком
- пневмококком
- гонококком

Для перихондрита ушной раковины в отличие от рожи характерно:

- гиперемия и припухлость с четкими границами
- распространение воспаления на мочку, заушную область
- образование пузырьков с серозным содержимым на воспаленной коже
- мочка ушной раковины не вовлекается в воспалительный процесс

Диффузное воспаление надхрящницы - перихондрит не может быть:

- серозным в момент укуса насекомого или ожоге
- гнойным при попадании инфекции в надхрящницу
- следствием отогематомы, фурункула слухового прохода

- буллезным с образованием серозных пузырьков на мочке уха

Для прогрессирующего перихондрита наружного уха не характерна:

- равномерная, бугристая припухлость кожи
- флюктуация при образовании гнойного экссудата между надхрящницей и хрящем
- деформация мочки уха
- гнойное расплавление хряща ушной раковины

Перихондрит может быть:

- серозный или гнойный
- гематогенный, лимфогенный
- катаральный, фолликулярный
- герпетический, контактный

Для экземы наружного уха не характерно:

- краснота без четкой границы воспаления
- утолщение кожи, зуд
- мокнущие, корки или шелушение
- четкая граница воспаления

Боль при фурункуле слухового прохода главным образом иррадирует:

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

При фурункуле нижней стенки слухового прохода может поражаться:

- околоушная железа
- сосцевидный отросток
- лицевой нерв
- сустав нижней челюсти

При отомикозе не может быть:

- гиперемии и инфильтрации кожи передненижней стенки перепончато-хрящевого отдела слухового прохода
- сужения просвета и гиперемии кожи в костном отделе слухового прохода
- кожа слухового прохода бледно-розового цвета, барабанная перепонка втянута
- на всем протяжении слуховой проход сужен, кожа инфильтрирована и слабо гиперемирована

«Вколачивание» горошины, металлического шарика чаще происходит:

- сразу у входа в наружный слуховой проход
- в перепончато - хрящевом отделе
- в месте перехода перепончато - хрящевого в костный отдел
- в костном отделе перед барабанной перепонкой

Живое инородное тело легче удалить:

- крючком
- обездвижить, закапав масло в слуховой проход, и удалить
- пинцетом
- не трогать, само выйдет

Наиболее частая локализация отогематомы:

- передняя поверхность верхней половины раковины
- мочка уха
- внутренняя поверхность ушной раковины
- область сосцевидного отростка

При сквозном ранении ушной раковины снаружи повреждаются ткани:

- кожа, надхрящница, хрящ, кожа

- кожа, мышцы, надхрящница, хрящ, кожа
- кожа, надхрящница, хрящ, надхрящница, мышцы, клетчатка, кожа
- кожа, надхрящница, хрящ, мышца, кожа

Перелом нижней - передней стенки наружного слухового прохода возможен при:

- ударе в подбородок
- падении на область затылка
- переломе височной кости
- переломе лобной кости

Для перелома стенки наружного слухового прохода не характерно:

- кровотечение из уха
- боль при жевании
- боль при открывании рта
- слюнотечение

При поперечном переломе пирамиды височной кости не будет:

- тетрапареза
- полной глухоты
- угасания вестибулярной функции
- паралича лицевого нерва

Наличие холестеатомы характерно для:

- хронического гнойного мезотимпанита
- острого гнойного среднего отита
- хронического гнойного эпитимпанита
- хронического экссудативного среднего отита

Нависание задневерхней стенки наружного слухового прохода характерно для:

- острого гнойного среднего отита
- мастоидита
- острого экссудативного среднего отита
- хронического гнойного эпитимпанита

Гнойное отделяемое с неприятным запахом характерно для:

- хронического гнойного мезотимпанита
- хронического гнойного эпитимпанита
- острого гнойного среднего отита
- хронического экссудативного среднего отита

Для хронического гнойного мезотимпанита справа и здорового левого уха характерно:

- Опыт Вебера - латерализация звука вправо
- Швабах - укорочен справа
- Ринне - положительный
- Федеричи – положительный

Для хронического гнойного среднего отита характерно:

- выделение из уха крови
- выделение из уха серозногеморрагической жидкости
- гноетечение из уха
- выделение из уха ликвора

При мезотимпаните поражаются:

- слизистая оболочка барабанной полости
- преимущественно костная ткань
- клетки сосцевидного отростка
- барабанная перепонка не вовлекается в процесс

У больных при эптитимпаните наряду с процессами воспаления слизистой оболочки возникает:

- некроз улитки
- паралич тройничного нерва
- кариес кости
- атрофия слизистой оболочки

При мезотимпаните слух не:

- улучшается
- изменен
- понижен
- нарушается

Дифференциальная диагностика эптитимпанита проводится с :

- нейросенсорной тугоухостью
- болезнью Меньера
- мастоидитом, лабиринтитом
- наружным отитом, фурункулом наружного слухового прохода

Абсолютными показаниями к операции при эптитимпаните не являются:

- наличие признаков внутричерепного осложнения, синустромбоза, абсцесса мозга
- появление признаков мастоидита
- парез лицевого нерва, лабиринтит
- гноетечение из уха

По этиологическому фактору лабиринтит не может быть:

- неспецифическим
- специфическим туберкулезным
- специфическим сифилитическим
- специфическим малярийным

Лабиринтит не может быть:

- тимпаногенным (отогенным)
- менингогенным
- гематогенным
- синусогенным (риногенным)

К специфическим воспалительным заболеваниям внутреннего уха относятся:

- тимпаногенный ограниченный лабиринтит
- тимпаногенный диффузный серозно-гнойный лабиринтит
- менингогенный лабиринтит
- сифилитический лабиринтит

По течению и выраженности клинических проявлений лабиринтит не может быть:

- острый
- подострый
- хронический явный
- хронический латентный

По локализации воспалительного процесса лабиринтит может быть только:

- ограниченным или диффузным
- диффузным
- ограниченным
- локализованным

По патоморфологической характеристике лабиринтит не может быть:

- серозный

- гнойный
- некротический
- катаральный

При левостороннем диффузном серозном лабиринтите отклонение туловища в позе Ромберга:

- влево
- вправо
- вперед
- назад

Форма лабиринтита, возникшая в раннем детском возрасте и приводящая к поражению обоих лабиринтов и как следствие к глухонемоте:

- туберкулезный
- менингококковый
- ограниченный
- диффузный серозный

При лабиринтите холестеатома поражает костную стенку полукружного канала:

- горизонтального
- сагиттального
- фронтального
- всех перечисленных

Иллюзорное ощущение вращения предметов вокруг больного, или вращения самого больного это:

- спонтанный нистагм
- пресорный нистагм
- несистемное головокружение
- системное головокружение

При ограниченном лабиринтите наибольшее диагностическое значение имеет:

- поза Ромберга
- пневматическая проба
- опыт Ринне
- пальценосовая проба

Симптомы не характерные для лабиринтита:

- головокружение и нистагм
- головная боль
- повышение температуры тела
- адиадохокинез

При правостороннем лабиринтите отклонение нистагма:

- вправо
- влево
- вперед
- назад

Гемианопсия, чаще гомонимная (выпадение обеих одноименных половин зрения каждого глаза) бывает при абсцессе:

- мозжечка
- лобной доли мозга
- височной доли мозга
- экстрадурально

Головная боль при отогенных абсцессах мозга и мозжечка чаще:

- интенсивная, локализованная, приступообразная
- диффузная, интенсивная, распирающая
- отсутствует
- иррадиирующая в глотку

Амнестическая афазия является ведущим симптомом у правшей для:

- субдурального абсцесса
- менингита
- абсцесса левой височной доли мозга у правшей
- абсцесса мозжечка

Характерный симптом абсцесса левой височной доли мозга у правшей:

- нарушение сознания
- амнестическая афазия
- ригидность затылочных мышц
- симптом Кернига

При отогенном абсцессе височной доли головная боль чаще всего локализуется:

- на стороне поражения
- в затылочной области
- в теменной области
- на противоположной стороне

Двигательные нарушения при абсцессе левой височной доли мозга возникают:

- на стороне поражения
- на противоположной стороне
- на обеих сторонах
- не возникают

При абсцессе правой височной доли мозга головная боль наиболее часто локализуется:

- в височнотеменной области справа
- в височнотеменной области слева
- в затылочной области
- в лобной области

Основным локальным симптомом абсцесса правой височной доли является:

- афазия
- гемианопсия
- появление спонтанного нистагма
- нарушение координации

Пульс при отогенных абсцессах мозга и мозжечка, как правило:

- частый - тахикардия
- редкий – брадикардия
- не изменен - нормальный
- с выраженной экстрасистолией

Температура тела при отогенных абсцессе мозга, мозжечка чаще:

- гектическая (с несколькими перепадами на $1,5 - 2,0^{\circ}$ в течение суток) – ремитирующее течение лихорадки
- фебрильная ($38 - 40^{\circ}$), колеблется в течение суток, но не более, чем на 1°
- субфебрильная ($37,2-37,9$)
- нормальная (до $36,9$)

Нарушение координации в конечностях при абсцессе мозжечка бывает:

- на стороне поражения
- на противоположной стороне
- с обеих сторон
- нарушений в координации движений нет

Характерно для абсцесса мозжечка:

- адиадохокинез
- возбуждение больного

- тахикардия
- субфебрилитет

Пульс при отогенном менингите, как правило:

- частый - тахикардия
- редкий – брадикардия
- не изменен - нормальный
- с выраженной экстрасистолией

Головная боль при отогенном менингите чаще:

- интенсивная, локализованная, приступообразная
- диффузная, интенсивная, распирающая
- отсутствует
- иррадиирующая в глотку

Для гнойного отогенного менингита не характерны:

- симптом Кернига
- ригидность затылочных мышц
- повышение ликворного давления
- тризм жевательной мускулатуры

Для менингита не характерно:

- острое начало
- изменение сознания
- вынужденное положение головы с наклоном к плечу
- изменение картины глазного дна

Наиболее часто, при отогенных осложнениях, наблюдается тромбоз:

- пещеристого синуса
- кавернозного и поперечного синусов
- сигмовидного и поперечного синусов
- поперечного синуса

Для отогенного сепсиса не характерны:

- потрясающие ознобы, ежедневно или 2-3 раза в день
- скачущий характер температуры
- метастазы в виде гнойников
- брадикардия

Основным этиологическим фактором болезни Меньера является:

- стрептококк
- грибы рода Candida
- туберкулезная палочка
- этиология не ясна

Основными признаками болезни Меньера являются все, кроме:

- повышение температуры, головная боль
- периодические обморочные состояния с тошнотой и рвотой
- шум в ухе
- односторонняя тугоухость

Болезнь Меньера не может иметь:

- abortивное течение
- прогрессирующее течение
- приступообразное течение
- латентное течение

Нистагм при болезни Меньера:

- прерывистый

- спонтанный
- поствращательный
- крупноразмашистый

В патогенезе повышения лабиринтного давления основную роль играет:

- сосудистый фактор
- инфекция
- аллергический фон
- нарушение питания

Дифференциальную диагностику болезни Меньера необходимо проводить с:

- рассеянным склерозом
- острым средним отитом
- менингитом
- абсцессом головного мозга

К классической триаде болезни Меньера не относится:

- приступы системного лабиринтного головокружения, сопровождающиеся тошнотой
- снижение слуха на одно ухо
- шум в пораженном ухе
- резкая боль в пораженном ухе

Приступы головокружения при болезни Меньера возникают:

- на фоне резкой боли в пораженном ухе
- только в ночное время
- среди полного здоровья
- на фоне системного заболевания

Барабанная перепонка при болезни Меньера:

- гиперемирована
- не изменена
- выбухает в сторону наружного слухового прохода
- перфорирована

Для обратимой стадии болезни Меньера на тональной аудиограмме характерно:

- снижение порогов костной и воздушной проводимости
- снижение порога костной и повышение порога воздушной проводимости
- нормальные значения порогов проводимости
- повышение порогов воздушной и костной проводимости на всех частотах

На первом месте сенсоневральной тугоухости инфекционной природы стоят:

- вирусы
- бактерии
- смешанные инфекции
- не выделяется

При интоксикационном поражении лекарственными препаратами отмечаются следующие изменения:

- дегенеративные изменения клеток кортиевого органа
- внутрилабиринтный отек
- нарушение вегетативной иннервации сосудов лабиринта
- периостит

К лекарственным препаратам, поражающим внутреннее ухо, относятся:

- верошпирон, фуросемид
- ампициллин
- сульфаниламиды
- клацид, рулид

Акутравма возникает в результате воздействия звука, превышающего:

- 140Дб
- 160Дб
- 130Дб
- 120Дб

При интоксикации ототоксическими веществами показано введение:

- унитиола
- димедрола
- амоксициклава
- глюкозы

Феномен ускоренного нарастания громкости характерен для:

- нейросенсорной тугоухости
- ретрокохлеарной тугоухости
- отосклероза
- лабиринтита

Частота курсов поддерживающего лечения в период стабилизации тугоухости составляет:

- 1 раз в 3 месяца
- 1 -2 раза в год
- 1 раз в год
- не проводится

Нейросенсорную тугоухость дифференцируют с:

- хроническими эпитимпанитами и мезотимпанитами
- отосклерозом и болезнью Меньера
- тимпаносклерозом
- адгезивным отитом

При профессиональной нейросенсорной тугоухости резко снижается слух на частоты:

- 500-1000 Гц
- 4000Гц
- 125 -250 Гц
- 250-500 Гц

Инородное тело глотки чаще всего локализуется в:

- языке
- небной миндалине
- надгортаннике
- маленьком язычке

Характер боли при инородных телах в глотке:

- режущая
 - колющая
 - ноющая
 - нарастающая
- }

Ведущим симптомом инородных тел глотки является:

- тризм жевательной мускулатуры
- ринолалия
- неприятный запах изо рта
- боль при глотании

Чаще причиной острого фарингита являются:

- грибы
- внутриклеточные инфекции
- вирусы

- бактерии

При остром фарингите наиболее эффективно назначение:

- системных антибиотиков
- физиолечения
- местного лечения
- рефлексотерапии

Для фарингита характерно:

- воспаление слизистой оболочки глотки
- воспаление паратонзиллярной клетчатки
- воспаление заглочного пространства
- увеличение миндалин

При боковом гранулезном фарингите страдает эпителий слизистой оболочки глотки:

- мерцательный
- многослойный плоский
- цилиндрический и лимфоидные фолликулы
- лимфоидные фолликулы

В гранулах слизистой оболочки задней стенки глотки находятся клетки:

- цилиндрического эпителия
- многослойного плоского
- бокаловидные клетки
- лимфоидная ткань

Микроциркуляторное русло слизистой оболочки задней стенки глотки при хроническом атрофическом фарингите выглядит:

- слабо васкуляризированным
- без сосудистого рисунка
- с единичными расширенными сосудами
- с ярким сосудистым рисунком

Причиной хронического фарингита могут быть:

- различные формы хронического тонзиллита
- гипертрофия миндалин
- может быть только компенсированная форма хронического тонзиллита
- только декомпенсированная форма хронического тонзиллита

Ведущие этиологические факторы для фарингитов:

- алкоголь, курение
- чрезмерные голосовые нагрузки, холодная или горячая пища, нарушение носового дыхания
- нарушение голосового режима, застойные явления в глотке при декомпенсации сердечной деятельности
- работа в холодном помещении

Формы хронических фарингитов:

- гиперпластический и некротический
- серозный и гнойный
- катаральный, атрофический, гипертрофический
- катаральный, аллергический, некротический

Розовые гранулы на задней стенке глотки характерны для хронического фарингита:

- гипертрофического
- атрофического
- субатрофического
- катарального

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

- языкоглоточного
- блуждающего
- тройничного
- лицевого

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

- языкоглоточного
- блуждающего
- тройничного
- промежуточного

Атрофический хронический фарингит у больных сахарным диабетом обусловлен:

- наличием в сосудистом русле циркулирующих иммунных комплексов
- нарушением микроциркуляции слизистой оболочки задней стенки глотки
- приемом длительно сахароснижающих препаратов
- погрешностью в диете

Хронический атрофический фарингит является следствием хронического гастрита:

- всегда
- очень редко в случаях, когда происходит декомпенсация патологического процесса
- при декомпенсации патологического процесса слизистой оболочки желудка
- при погрешностях в диете

Критерием эффективности лечения хронического фарингита является:

- изменения микробиоциноза глотки
- отсутствие первичных ангин у больного
- отсутствие жалоб
- снижение температуры тела

Основное место в патогенезе кандидомикоза глотки занимает:

- частые ОРВИ
- лечение большими дозами антибиотиков
- заболевания ЖКТ
- нарушение гигиены полости рта

Ожоги глотки чаще обусловлены:

- нашатырным спиртом
- каустической содой
- уксусной кислотой
- другими кислотами

Ангина это острое воспаление:

- всех отделов глотки
- небных миндалин
- задней стенки глотки
- передних небных дужек

Причиной возникновения ангины чаще могут быть:

- энтерококк, вирус гриппа
- стрептококк, стафилококк, пневмококк
- менингококк,
- вирус Коксаки

Для катаральной ангины характерно:

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

Для лакунарной ангины характерно:

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

Для фолликулярной ангины характерно:

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

Первое место среди осложнений ангин занимают:

- парафарингиты и парафарингеальный абсцесс
- паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
- ларингиты
- отиты

При заболевании крови вторичная ангина наблюдается при:

- гемофилии
- лейкозе
- капилляротоксикозе
- гемморагическом васкулите

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

- фолликулярной ангине
- лакунарной ангине
- некротической ангине
- дифтерии

При ангине налеты с миндалин удалять:

- следует всегда
- только при лакунарной
- только при язвенно-пленчатой
- не следует

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

- дифтерия зева
- флегмонозная ангина
- агранулоцитарная ангина
- язвенно-пленчатая ангина

В переводе с древне – греческого слово ангина означает:

- удушье
- боль
- озноб, ознобление
- огонь

Возбудителем ангины Симоновского – Венсана является:

- симбиоз спирохеты полости рта и веретенообразной палочки
- симбиоз В – гемолитического стрептококка и грибов рода Candida
- симбиоз эпидермального стрептококка и синегнойной палочки
- спирохеты полости рта и стрептококка

Токсический миокардит характерен для ангины:

- дифтеритической

- агранулоцитарной
- язвенно – пленчатой
- фолликулярной

Синоним флегмонозной ангины это:

- внутриминдаликовый абсцесс
- паратонзиллярный абсцесс
- заглоточный абсцесс
- паратонзиллит

Феномен гашения сыпи Шульца – Чарлтона наблюдается при ангине:

- скарлатинозной
- коревой
- сифилитическом поражении глотки
- лакунарной

Ангина Людовига это:

- флегмона дна полости рта
- ангина, возбудителем которой является симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта
- это воспаление гортанной миндалины
- аденоидит

Возбудителем ангины при инфекционном мононуклеозе является:

- вирус
- В – гемолитической стрептококк
- палочка инфлюенсы
- стафилококк

Самое опасное осложнение паратонзиллярного абсцесса:

- абсцесс языка
- медиастинит
- тромбоз сигмовидного синуса
- менингит

Для паратонзиллита характерно:

- нагноение ткани миндалин
- воспаление околоминдаликовой клетчатки
- инфильтрация зачелюстной оболочки
- воспаление заглоточных лимфатических узлов

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

- туберкулезный и сифилитический
- простая и токсикоаллергическая
- компенсированный и субкомпенсированный
- компенсированный и декомпенсированный

Для юношеской ангиофибромы характерна триада симптомов:

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

Юношескую ангиофиброму необходимо дифференцировать с:

- хроническим тонзиллитом
- аденоидами
- гипертрофией язычной миндалины
- тубоотитом

Наиболее частым осложнением острого аденоидита является:

- ангина
- острый фронтит
- острый средний отит
- эпиглотит

Для выяснения состояния глоточной миндалины необходимо провести:

- эндоскопический осмотр носоглотки
- переднюю риноскопию
- УЗИ носоглотки
- рентгенографию черепа

Степень гипертрофии глоточной миндалины определяют с помощью:

- ларингоскопии
- передней риноскопии
- фарингоскопии
- пальцевого исследования носоглотки или эндоскопии носоглотки

В комплекс лечения аденоидита сочетанного с аллергическим ринитом, необходимо включать:

- системный антибиотик
- топический стероид
- топические иммуномодуляторы
- системные иммуномодуляторы

Удаление глоточной миндалины это:

- аденотомия
- тонзиллотомия
- тонзилэктомия
- ринотомия

Абсолютным показанием для проведения аденотомии является:

- искривление носовой перегородки
- вазомоторный ринит
- рецидивирующий средний отит
- хоанальный полип

В ближайший послеоперационный период после аденотомии, ревизия носоглотки проводится при:

- отсутствии носового дыхания
- тубоотите
- носовом кровотечении
- рецидивирующем аденоидите

Характерным признаком "аденоидного лица" является:

- сглаженность носогубных складок
- выраженность носогубных складок
- большой язык
- отечное лицо

Наиболее частая причина ятрогенного стеноза гортани:

- длительная интубация гортани
- операции на сердце
- лучевые ожоги гортани
- неадекватная антибактериальная терапия

Стеноз гортани подразделяется на степени:

- две
- три
- четыре

- пять

При остром стенозе гортани вне лечебного учреждения показана операция:

- микротрахеотомия
- трахеотомия
- трахеостомия
- коникотомия

При хроническом рубцовом стенозе гортани показана:

- ларингофиссура
- ларингэктомия
- ларингостомия
- ларингопластика

При хроническом рубцовом стенозе гортани II степени трахеостомия является:

- привентивной палиативной операцией
- радикальной операцией
- необязательной операцией
- противопоказанной

Степень патологических проявлений на разных этапах развития стенозов гортани, в основном, зависит от:

- от возбудителя
- от уровня гемоглобина крови
- от уровня гипоксии
- от резистентности организма

При нарастающих симптомах удушья следует делать трахеотомию при стенозе гортани:

- в стадию компенсации
- в стадию субкомпенсации
- асфиксии
- при отсутствии стеноза

Причины обуславливающие стеноз гортани в поздние сроки после ее повреждения:

- хондроперихондриты
- ларингиты
- эпиглоттиты
- флегмоны

К парезу гортани с явлениями стеноза приводит поражение нерва:

- нижнегортанного
- верхнегортанного
- среднегортанного
- глоточного

К парезу гортани при операции на органах шеи чаще всего приводит:

- ларинготомия
- струмэктомия
- эзофаготомия
- трахеостомия

Парезом гортани чаще осложняется инфекционное заболевание:

- скарлатина
- тиф
- грипп

- корь

Односторонний парез гортани необходимо дифференцировать с:

- ларингитом
- функциональной дисфонией
- папилломатозом гортани
- анкилозом черпалоперстневидного сустава

При двухстороннем парезе гортани голосовые складки чаще всего находятся в положении:

- срединном или парамедиальном
- крайнего отведения
- «нахлеста» друг на друга
- типичном для здорового человека

Подскладковый ларинготрахеит чаще наблюдается:

- в половозрелом возрасте
- в юношеском возрасте
- в возрасте 1 – 3 лет
- в старческом возрасте

Для подскладкового ларинготрахеита характерна одышка:

- непостоянного характера
- смешанного характера
- экспираторного характера
- инспираторного характера

Острый приступ подскладкового ларинготрахеита чаще начинается:

- ночью
- утром
- днем
- в любое время суток

Для ларинготрахеита характерна триада симптомов:

- кашель, насморк, повышенная температура тела
- лающий кашель, удушье, осиплость голоса
- боли в горле, кашель, осиплость голоса
- дисфагия, дисфония, насморк

При некупирующемся «ложном» крупе предпочтительным является:

- коникотомия
- ларинготомия
- трахеостомия
- интубация гортани

Подскладковый ларингит имеет синоним:

- истинный круп
- ложный круп
- фонастения
- дифтерия гортани

Появление «ложного» крупа у детей обусловлено:

- частыми аллергическими реакциями
- узостью всех отделов гортани
- узостью подскладкового отдела гортани и рыхлостью подслизистого слоя этого отдела
- наличием лимфоузлов в подскладковом отделе гортани

«Ложный» круп развивается:

- постепенно

- внезапно
- как хроническое заболевание
- в течение нескольких суток

Ларингоскопическая картина при «ложном» крупе – это:

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

Для «ложного» крупа характерно:

- першение, сухость в горле
- слизистогнойная мокрота
- одышки, лающий кашель, афония
- афония, боли в горле

Острый эпиглоттит это:

- воспаление надгортанника
- воспаление гортанной миндалины
- воспаление язычной миндалины
- разлитое воспаление глотки

Для эпиглоттита характерна ларингоскопическая картина:

- гнойник на корне языка
- гнойник на надгортаннике
- увеличение, отек и гиперемия надгортанника
- сужение подскладкового пространства

Для больных с эпиглоттитом характерны жалобы на:

- осиплость голоса
- быструю утомляемость голоса
- кашель, сухость и першение в горле
- дисфагию различной степени тяжести и боли в горле

Абсцесс надгортанника опасен:

- асфиксией
- дисфагией
- афонией
- диспепсией

Жалобы характерные для больных с острым ларингитом:

- першение, сухость в горле, кашель, хриплый голос
- одышка, дисфагия, обильное количество мокроты
- затруднение дыхания в покое
- кашель, кровохарканье

Основные патологические изменения, наблюдающиеся в гортани, при остром ларингите:

- кровоизлияния в голосовые складки
- налет на голосовых складках
- неподвижность одной голосовой складки
- гиперемия, отек, инфильтрация слизистой оболочки

Расстройство глотания и боли чаще всего возникает при повреждении:

- ложных голосовых складок
- надгортанника и области черпаловидных хрящей
- истинных голосовых складок
- подскладкового пространства

Функциональная дисфония это:

- органическое заболевание гортани
- снижение тонуса или гипертонус мышцы гортани
- проявление истерии
- соматическое проявление психического заболевания

Синонимом врожденного стридора является:

- ларингоспазм
- ларингомалация
- ложный круп
- атрезия гортани

«Внутривенная» трахеотомия это:

- в/в введение гормонов
- в/в введение спирта
- в/в введение антигистаминных препаратов
- в/в введение антибиотиков

Хронический гипертрофический ларингит дифференцируется со следующими заболеваниями:

- с доброкачественными опухолями гортани
- с эпиглоттитом
- с гортанной ангиной
- с дифтерией

Дифтерия гортани имеет синоним:

- истинный круп
- ложный круп
- склерома гортани
- инфекционный ларингит

Причиной контактной гранулемы голосовых связок является:

- длительная интубация гортани
- жесткая атака голосообразования и рефлюксэзофагит
- операции под наркозом
- хронический ларингит

Наиболее типичная локализация интубационной гранулемы:

- передняя комиссура
- передние отделы истинных голосовых складок
- черпаловидные хрящи и задние отделы истинных голосовых складок
- ложные голосовые складки

Голосовая щель при наличии певческих узелков в гортани во время фонации имеет форму:

- треугольника
- прямоугольника
- овала
- песочных часов

Папилломатоз гортани чаще наблюдается:

- у детей
- у пациентов среднего возраста
- у лиц старческого и пожилого возраста
- в любом возрасте

Наиболее типичная локализация доброкачественных опухолей гортани:

- ложные голосовые складки
- гортаноглотка

- истинные голосовые складки
- подскладковое пространство

Наиболее частая причина появления полипов в гортани:

- курение
- злоупотребление алкоголем
- неправильное голосообразование и голосовые перегрузки
- работа в запыленной и загазованной обстановке

Причиной появления папиллом в гортани является:

- наличие вируса в организме
- голосовые перегрузки
- курение
- работа в загазованной обстановке

Малигнизация наблюдается наиболее часто доброкачественной опухоли гортани:

- {
- ангиомы
- полипа
- фибромы
- папилломы

Чаще наблюдается рецидив после удаления доброкачественной опухоли гортани:

- папилломы
- полипа
- фибромы
- певческих узелков

Рак гортани наиболее часто встречается:

- в вестибулярном отделе
- в складковом отделе
- в подскладковом пространстве
- на надгортаннике

Наиболее часто регистрируется гистологическая форма рака гортани:

- скирр
- аденокарцинома
- солидный рак
- плоскоклеточный рак

К облигатным предракам гортани относятся:

- фиброма гортани
- пахидермия и лейкоплакия
- хронический ларингит
- склеродермия

Наиболее частая локализация отдаленных метастазов рака гортани:

- печень
- средостение
- головной мозг
- легкие

Возбудителем склеромы гортани является:

- спирохета Симановского – Венсана
- палочка Волковича – Фриша
- спирохета полости рта
- палочка Ланганса

Возникновению фурункула носа способствует наличие:

{

- сердечнососудистой патологии
- патологии почек
- врожденных аномалий носа
- сахарного диабета

В патогенезе фурункула носа важную роль играет:

- экссудация
- снижение проницаемости сосудов
- тромбоз мелких кровеносных сосудов
- увеличение проницаемости сосудов

Признак тромбофлебита кавернозного синуса при фурункуле носа:

- увеличение инфильтрации
- болезненность угловой вены
- ознобы
- усиление болей в носу

Синехии полости носа - это:

- полипозные образования перегородки носа
- склерозированные участки слизистой оболочки полости носа:
- костные перемычки в верхних отделах полости носа
- соединительнотканые перемычки между перегородкой и латеральной стенкой носа

Абсцесс перегородки носа чаще является осложнением:

- острого ринита
- вазомоторного ринита
- аденоидных вегетации
- гематомы

Для лечения абсцесса перегородки носа применяется:

- пункция абсцесса
- вскрытие и дренирование
- передняя тампонада носа
- физиолечение

Причиной развития перфорации перегородки носа не является:

- абсцесс носовой перегородки
- озена
- острый гнойный гайморит
- третичный сифилис

Целью передней тампонады после репозиции костей носа не является:

- остановка кровотечения
- фиксация костных отломков
- предупреждение инфицирования слизистой носа
- предупреждение образования синехий

При переломе носа с боковым смещением производится:

- пальцевое вправление
- ринопластика
- трахеотомия
- интубация трахеи

При ранении кожного покрова при переломе носа показано:

- введение антибиотиков
- введение противостолбнячной сыворотки
- развернутый анализ крови

- введение анальгетиков

Если у пострадавшего с переломом носа диагностируется сотрясение головного мозга следует:

- немедленно вправить кости носа
- произвести люмбальную пункцию
- отсрочить вправление на 1 и более суток
- произвести трепанацию черепа

Лечение пострадавшего с переломом носа и подозрением на перелом основания черепа начинается с:

- немедленного вправления костных отломков
- тщательного наблюдения
- люмбальной пункции
- противошоковой терапии

Молекулы пахучих веществ называются:

- статоконии
- киноцилии
- одоривекторы
- феромоны

Полное отсутствие обоняния - это:

- аносмия
- какосмия
- гиперосмия
- озена

Извращенное восприятие дурного запаха - это:

- гипосмия
- аносмия
- какосмия
- нормосмия

В зависимости от причины носовые кровотечения делятся на:

- сосудистые
- общие и местные
- атрофические
- травматические

Носовое кровотечение может возникнуть чаще при:

- гастрите
- холецистите
- гепатите
- панкреатите

Симптоматическое носовое кровотечение не характерно для:

- травмы носа, гемофилии
- ангиофибромы носоглотки
- гипертонической болезни
- пневмонии

Носовые кровотечения, вызванные нарушением коагуляционного гемостаза возникают при:

- гипотиреозе
- С - авитаминозе
- гемофилии
- тромбоцитопенической пурпуре

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

- коагуляцию сосуда
- введение в полость носа тампона, смоченного 2 % перекисью водорода

- заднюю тампонаду
- прижатие крыльев носа к носовой перегородке

Для прижигания кровоточащей зоны при носовом кровотечении не используют:

- азотнокислое серебро
- трихлоруксусную кислоту
- раствор гидрокарбоната натрия
- хромовую кислоту

Передняя тампонада полости носа проводится:

- марлевой салфеткой
- ватой
- марлевыми турундами длиной 50-60 см
- поролоном

Передняя тампонада полости носа проводится:

- поролоном
 - ватой
 - марлевой салфеткой
 - пневматическим тампоном
- }

Передняя тампонада устанавливается на:

- 10-12 часов
- 24-48 часов
- 5 суток
- 7-10 суток

При носовом кровотечении из средних и задних отделов носа проводится:

- прижатие крыльев носа к перегородке
- хирургическая диатермия
- передняя или задняя тампонада
- криодействие

Величина тампона для задней тампонады носа определяется по размеру:

- ногтевых фаланг больших пальцев руки больного
- ногтевых фаланг мизинцев
- при пальцевом исследовании носоглотки
- никак не определяют, он стандартный

Задний тампон в носоглотке можно удерживать в течение:

- 3 часов
- 24 часов
- 48 часов
- 10 суток

Длительное пребывание тампона в носоглотке при задней тампонаде чревато развитием:

- бронхита
- пневмонии
- острого среднего гнойного отита
- сенсоневральной тугоухости

В клинике острого ринита выделяют:

- 2 стадии
- 3 стадии
- 4 стадии
- 5 стадий

Основой медикаментозной терапии острого катарального ринита у взрослых является назначение:

- антигистаминных и жаропонижающих средств
- противомикробных и сосудосуживающих средств
- сосудосуживающих и жаропонижающих средств
- физиолечение и акупунктуры

При длительном закапывании сосудосуживающих средств в нос развивается:

- хронический гипертрофический ринит
- озена
- вазомоторный ринит
- хронический атрофический ринит

Передние концы носовых раковин напоминают по виду «малину» при:

- фиброзной форме хронического гипертрофического ринита
- папилломатозной форме хронического гипертрофического ринита
- костной форме хронического гипертрофического ринита
- комбинированной форме хронического гипертрофического ринита

Развитие фиброзных изменений при гипертрофическом рините происходит:

- в соединительной ткани
- в кавернозной ткани
- в околоносовых пазухах
- в небных миндалинах

Основные патоморфологические изменения при атрофическом рините:

- метаплазия мерцательного эпителия в бокаловидные клетки
- метаплазия цилиндрического эпителия в плоский, различной степени выраженности истончение многорядного цилиндрического эпителия и уменьшения количества ресничек
- гипертрофия соединительной ткани отдельных участков слизистой оболочки раковины
- метаплазия плоского эпителия в бокаловидные клетки

При атрофическом рините наблюдается недостаток:

- калий
- магний
- натрий
- железо

При лечении атрофического ринита используют:

- препараты Вит. А, Е
- 3% эуфиллин
- препараты висмута
- раствор протаргола

Для аллергической формы вазомоторного ринита характерно увеличение в крови:

- эозинофилов
- нейтрофилов
- базофилов
- моноцитов

Отек нижних носовых раковин при аллергическом рините более выражен:

- в передних отделах
- в задних отделах
- в средних отделах
- по всей длине

Для диагностики полипозного синусита и полипов носа достаточна:

- передняя риноскопия
- спирография
- реовазография
- баралгезиметрия

Причиной одонтогенного синусита является патология зубов верхней челюсти:

- 2,3
- 4,5,6
- 7
- 8

Наиболее оптимальный доступ при гнойном сфеноидите при операции на клиновидной пазухе:

- эндоскопический
- по Денкеру
- по Калдвелл-Люку
- по Иванову

Стеkanie гноя по верхнему носовому ходу характерно для:

- вазомоторного ринита
- верхнечелюстного синусита
- сфеноидита
- фронтита

Выделение из полости носа серой, вязкой слизи с точечными черными фрагментами характерно для синусита:

- аллергического
- бактериального
- вирусного
- грибкового

При пункции верхнечелюстной пазухи наиболее частым осложнением является:

- арахноидит
- синустромбоз
- флегмона орбиты
- флегмона шеи

Основной путь распространения инфекции при развитии риногенных орбитальных осложнений:

- контактный
- отогенный
- травматический
- лимфогенный

К нарушению подвижности глазного яблока ведет парез нерва:

- лицевого
- отводящего
- блуждающего
- зрительного

Для флегмоны орбиты не характерны:

- озноб
- подвижность глазного яблока
- потеря зрения
- экзофтальм

Субпериостальный абсцесс глазницы может осложниться:

- ретробульбарным абсцессом
- менингитом
- энцефалитом
- абсцессом мозжечка

При риногенном экстрадуральном абсцессе не может нарушаться нерв:

- отводящий

- лицевой
- возвратный
- языкоглоточный

При экстрадуральном абсцессе нет изменения нерва:

- отводящего
- языкоглоточного
- лицевого
- зрительного