

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины им.
Н.В. Склифосовского
Кафедра болезней уха, горла и носа

Методические материалы по дисциплине:
Оториноларингология
основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования - программа специалитета

31.05.01 Лечебное дело

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

Вид	Код	Текст названия трудовой функции (профессиональной компетенции)/условия или вопроса задания/правильного ответа и вариантов дистракторов
В	001	ЕСТЕСТВЕННОЕ СОУСТЬЕ СОЕДИНЯЕТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ С
О	А	средним носовым ходом +
О	Б	нижним носовым ходом
О	В	сфеноэтомидальным карманом
О	Г	общим носовым ходом
В	002	ЛАТЕРАЛЬНАЯ СТЕНКА КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ГРАНИЧИТ С
О	А	внутренней сонной артерией +
О	Б	турецким седлом
О	В	сигмовидным синусом
О	Г	слуховой трубой
В	003	ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ ЭПИТЕЛИЙ ПОКРЫВАЕТ
О	А	верхнюю носовую раковину и верхний отдел перегородки носа +
О	Б	среднюю носовую раковину и верхний край хоаны
О	В	верхнюю носовую раковину и верхний край хоаны
О	Г	среднюю носовую раковину и заднюю фонтанеллу
В	004	МЕТОД САМОПРОДУВАНИЯ УШЕЙ ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ
И	А	Антонио Вальсальва +
О	Б	Бартоломео Евстахий
О	В	Андреас Везалий
О	Г	Леонардо да Винчи
В	005	ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ НЕРВЫ ПРОХОДЯТ ЧЕРЕЗ _____ РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ
О	А	горизонтальную пластинку +
О	Б	перпендикулярную пластинку
О	В	бумажную пластинку
О	Г	петушиный гребень
В	006	ВЕНОЗНЫЙ ОТТОК ИЗ ПОЛОСТИ НОСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ В _____ СИНУС
О	А	кавернозный +
О	Б	сигмовидный
О	В	поперечный

О	Г	сагиттальный
В	007	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	компьютерная томография +
О	Б	магнитно-резонансная томография
О	В	ультразвуковое исследование
О	Г	электронная микроскопия
В	008	ЧЕРЕЗ СЛУХОВУЮ ТРУБУ ПОЛОСТЬ ГЛОТКИ СОЕДИНЯЕТСЯ С
И	А	полостью среднего уха +
О	Б	улиткой
О	В	полукружными каналами
О	Г	антрумом
В	009	НЕБНЫЕ, ТРУБНЫЕ, ЯЗЫЧНАЯ И ГЛОТОЧНАЯ МИНДАЛИНЫ ОБРАЗУЮТ ЛИМФОГЛОТОЧНОЕ КОЛЬЦО
О	А	Вальдейера-Пирогова +
О	Б	Килиана-Джемисона
О	В	Симановского-Плаута-Венсана
О	Г	Вальсальвы
В	010	ПИЩЕВОД НАЧИНАЕТСЯ НА УРОВНЕ _____ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ
О	А	VI-VII +
О	Б	II-III
О	В	V-VI
О	Г	I-II
В	011	КОНИЧЕСКАЯ СВЯЗКА РАСПОЛОЖЕНА МЕЖДУ
О	А	щитовидным и перстневидным хрящом +
О	Б	подъязычной костью и щитовидным хрящом
О	В	перстневидным хрящом и первым кольцом трахеи
О	Г	черпаловидными хрящами
В	012	ВНУТРЕННЯЯ ВЕТВЬ ВЕРХНЕГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРОХОДИТ
И	А	через щитоподъязычную мембрану +
О	Б	сбоку от пищевода
О	В	на уровне дуги аорты
О	Г	огибает подключичную артерию
В	013	РАСШИРЯЮТ ГОЛОСОВУЮ ЩЕЛЬ _____ МЫШЦЫ
О	А	задние перстнечерпаловидные +
О	Б	боковые перстнечерпаловидные
О	В	щитонадгортанные
О	Г	косые черпаловидные

В	014	В СОСТАВ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ВХОДИТ
О	А	перпендикулярная пластинка решетчатой кости +
О	Б	носовая кость
О	В	крыльный хрящ
О	Г	горизонтальная пластинка решетчатой кости
В	015	В СОСТАВ ОБОНЯТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ВХОДИТ
О	А	обонятельная луковица +
О	Б	внутренний носовой клапан
О	В	верхняя носовая раковина
О	Г	нижняя носовая раковина
В	016	КРОВΟΣНАБЖАЕТ ПОЛОСТЬ НОСА _____АРТЕРИЯ
И	А	клиновидно-небная +
О	Б	задняя ушная
О	В	носовая
О	Г	щечная
В	017	В СОСТАВ НАРУЖНОГО НОСА ВХОДИТ
О	А	лобный отросток верхней челюсти +
О	Б	четырёхугольный хрящ
О	В	сошник
О	Г	решетчатая кость
В	018	К МЫШЦАМ ГЛОТКИ ОТНОСИТСЯ
О	А	небноглоточная мышца +
О	Б	жевательная мышца
О	В	щечная мышца
О	Г	мышца гордецов
В	019	НАДГОРТАННИК ИМЕЕТ _____ПОВЕРХНОСТЬ
О	А	язычную +
О	Б	желудочковую
О	В	грушевидную
О	Г	небную
В	020	ЧУВСТВИТЕЛЬНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ГОРТАНИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
И	А	внутренняя ветвь верхнего гортанного нерва +
О	Б	сагитальный нерв
О	В	малый затылочный нерв
О	Г	лицевой нерв
В	021	НАПРАВЛЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО НИСТАГМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО
О	А	направлению быстрого компонента +
О	Б	направлению медленного компонента

О	В	длительности медленного и быстрого компонентов
О	Г	амплитуде быстрого и медленного компонентов
В	022	BULLA ETMOIDALIS ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
О	А	одну из крупных ячеек решетчатой кости +
О	Б	часть нижней носовой раковины
О	В	часть верхней носовой раковины
О	Г	фронтотриггетральную клетку
В	023	ОБЩИЙ НОСОВОЙ ХОД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРОСТРАНСТВО МЕЖДУ
О	А	перегородкой носа и носовыми раковинами +
О	Б	нижней носовой раковиной и дном полости носа
О	В	нижней и средней носовой раковиной
О	Г	верхней и средней носовой раковиной
В	024	ПЕРЕФЕРИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА ВКЛЮЧАЕТ
И	А	преддверие, полукружные каналы +
О	Б	полукружные каналы, улитку
О	В	преддверие, барабанную полость
О	Г	полукружные каналы, барабанную полость
В	025	ВОЗВРАТНЫЙ ГОРТАННЫЙ НЕРВ НЕ УЧАСТВУЕТ В ИННЕРВАЦИИ _____ МЫШЦЫ
О	А	Перстнещитовидной +
О	Б	задней перстнечерпаловидной
О	В	боковой перстнечерпаловидной
О	Г	поперечной черпаловидной
В	026	НАИБОЛЕЕ ТОНКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ
О	А	Верхняя +
О	Б	передняя
О	В	нижняя
О	Г	медиальная
В	027	РАСШИРЯЕТ ПРОСВЕТ ГОРТАНИ _____ МЫШЦА
О	А	задняя перстнечерпаловидная +
О	Б	боковая перстнечерпаловидная
О	В	поперечная черпаловидная
О	Г	косая черпаловидная
В	028	В СОСТАВ НАРУЖНОГО НОСА ВХОДИТ
О	А	Спинка +
О	Б	перегородка

О	В	сошник
О	Г	хоана
В	029	К КОСТНОМУ ОСТОВУ СПИНКИ НОСА ОТНОСЯТ
О	А	носовые кости +
О	Б	небные кости
О	В	клиновидные кости
О	Г	слезные кости
В	030	ГРУШЕВИДНОЕ ОТВЕРСТИЕ ОБРАЗОВАНО _____ КОСТЯМИ
О	А	носовыми +
О	Б	решетчатыми
О	В	слезными
О	Г	верхнечелюстными
В	031	ТРЕУГОЛЬНЫЕ ХРЯЩИ ВХОДЯТ В СОСТАВ
О	А	наружного носа +
О	Б	медиальной стенки полости носа
О	В	латеральной стенки полости носа
О	Г	верхней стенки полости носа
В	032	ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА РАСПОЛОЖЕНА В ТЕЛЕ _____ КОСТИ
О	А	верхнечелюстной +
О	Б	решетчатой
О	В	лобной
О	Г	клиновидной
В	033	ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА ИМЕЕТ
О	А	соустье с средним носовым ходом +
О	Б	дополнительное соустье
О	В	соустье с нижним носовым ходом
О	Г	соустье с верхним носовым ходом
В	034	В НОРМЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА _____ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ПАЗУХИ
О	А	Две +
О	Б	четыре
О	В	три
О	Г	двадцать две
В	035	СОУСТЬЕ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ОТКРЫВАЕТСЯ В _____ НОСОВОЙ ХОД
О	А	верхний +
О	Б	общий
О	В	средний

О	Г	нижний
В	036	СОУЧТЫЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ОТКРЫВАЕТСЯ В _____ НОСОВОЙ ХОД
О	А	средний +
О	Б	верхний
О	В	общий
О	Г	нижний
В	037	У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТСУТСТВУЕТ
О	А	лобная пазуха +
О	Б	антрум
О	В	решетчатый лабиринт
О	Г	желудочки гортани
В	038	НИЖНИЙ НОСОВОЙ ХОД НАХОДИТСЯ МЕЖДУ
О	А	нижней носовой раковиной и дном полости носа +
О	Б	нижней носовой раковиной и перегородкой носа
О	В	нижней и средней носовыми раковинами
О	Г	нижней носовой раковиной и латеральной стенкой полости носа
В	039	СРЕДНИЙ НОСОВОЙ ХОД НАХОДИТСЯ МЕЖДУ
О	А	нижней и средней носовыми раковинами +
О	Б	средней носовой раковиной и перегородкой носа
О	В	средней носовой раковиной и дном полости носа
О	Г	средней носовой раковиной и латеральной стенкой полости носа
В	040	ВЕРХНИЙ НОСОВОЙ ХОД НАХОДИТСЯ МЕЖДУ
О	А	верхней и средней носовыми раковинами +
О	Б	верхней носовой раковиной и перегородкой носа
О	В	нижней носовой раковиной и дном полости носа
О	Г	верхней носовой раковиной и латеральной стенкой полости носа
В	041	В СОСТАВ ОСТИОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ВХОДИТ
О	А	крючковидный отросток +
О	Б	нижний носовой ход
О	В	клетка Галлера
О	Г	клетка Оноди
В	042	ОСТИОМЕАТАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС РАСПОЛОЖЕН В
О	А	полости носа +
О	Б	среднем ухе
О	В	области желудочков гортани
О	Г	общем носовом ходе
В	043	ЛИМФАТИЧЕСКИЕ СОСУДЫ ПОЛОСТИ НОСА

О	А	осуществляют отток лимфы в подчелюстные лимфатические узлы +
О	Б	представлены только поверхностной сетью лимфатических сосудов
О	В	преобладают в обонятельной области
О	Г	осуществляют отток лимфы в затылочные лимфоузлы
В	044	НА ЛАТЕРАЛЬНОЙ СТЕНКЕ ПОЛОСТИ НОСА РАСПОЛОЖЕНА _____ НОСОВАЯ РАКОВИНА
О	А	Нижняя +
О	Б	медиальная
О	В	латеральная
О	Г	фронтальная
В	045	В ПОЛОСТИ НОСА ВЫДЕЛЯЮТ _____ НОСОВЫЕ РАКОВИНЫ
О	А	верхнюю, среднюю, нижнюю +
О	Б	верхнюю, среднюю, общую
О	В	верхнюю, нижнюю
О	Г	среднюю, нижнюю
В	046	ЛИМФАТИЧЕСКИЕ СОСУДЫ ПОЛОСТИ НОСА
О	А	идут по кратчайшему расстоянию от места возникновения до регионарных лимфоузлов +
О	Б	представлены только глубокой сетью лимфатических сосудов
О	В	осуществляют отток лимфы в подмышечные лимфатические узлы
О	Г	преобладают в обонятельной области
В	047	ВЕНОЗНЫЕ СОСУДЫ ПОЛОСТИ НОСА
О	А	вливаются в крыловидное сплетение +
О	Б	вливаются в решетчатое сплетение
О	В	имеют анастомозы с сигмовидным синусом
О	Г	имеют анастомозы с каменистым синусом
В	048	В СОСТАВ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВХОДИТ _____ БУХТА
О	А	альвеолярная +
О	Б	носовая
О	В	щечная
О	Г	верхнеглазничная
В	049	В СОСТАВ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВХОДИТ _____ БУХТА
О	А	небная +
О	Б	аурикулярная
О	В	окологлазничная
О	Г	лицевая
В	050	В СОСТАВ ЗЕВА ВХОДИТ
О	А	небная занавеска +

О	Б	надгортанник
О	В	голосовые складки
О	Г	язычная миндалина
В	051	БАРАБАННАЯ ПЕРЕПОНКА СОСТОИТ ИЗ _____ КВАДРАНТОВ
О	А	четырёх +
О	Б	трех
О	В	двух
О	Г	пяти
В	052	СЛУХОВОЙ КОСТОЧКОЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
И	А	мыс +
О	Б	молоточек
О	В	наковальня
О	Г	стремечко
В	053	БАРАБАННАЯ ПЕРЕПОНКА ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ
О	А	средним и наружным ухом +
О	Б	средним и внутренним ухом
О	В	барабанной полостью и лабиринтом
О	Г	барабанной полостью и слуховой трубой
В	054	НЕНАТЯНУТАЯ ЧАСТЬ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ИМЕЕТ
О	А	2 слоя +
О	Б	1 слой
О	В	3 слоя
О	Г	4 слоя
В	055	НАТЯНУТАЯ ЧАСТЬ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ИМЕЕТ
О	А	3 слоя +
О	Б	1 слой
О	В	2 слоя
О	Г	4 слоя
В	056	СЗАДИ ОТ ПРЕДДВЕРИЯ НАХОДЯТСЯ
О	А	полукружные каналы +
О	Б	клетки сосцевидного отростка
О	В	слуховые косточки
О	Г	клетки гипотимпанума
В	057	К СТРУКТУРАМ ВНУТРЕННЕГО УХА НЕ ОТНОСИТСЯ
О	А	барабанная перепонка +
О	Б	преддверие
О	В	улитка
О	Г	полукружные каналы

В	058	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА НАХОДИТСЯ В _____ ДОЛЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА
О	А	височной +
О	Б	лобной
О	В	теменной
О	Г	затылочной
В	059	ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА РАПОЛАГАЕТСЯ В
О	А	пирамиде височной кости +
О	Б	сосцевидном отростке височной кости
О	В	наружном слуховом проходе
О	Г	височной доле головного мозга
В	060	В НОРМЕ ЧЕЛОВЕК СЛЫШИТ ШЕПОТНУЮ РЕЧЬ НА РАССТОЯНИИ _____ МЕТРОВ
О	А	6 +
О	Б	5
О	В	100
О	Г	10
В	061	БОЛЬНЫЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА ХУЖЕ СЛЫШАТ
О	А	низкие звуки +
О	Б	высокие звуки
О	В	речевые частоты
О	Г	шипящие и свистящие звуки
В	062	БОЛЬНЫЕ С НАРУШЕНИЕМ ЗВУКОВОСПРИЯТИЯ ХУЖЕ СЛЫШАТ
О	А	высокие звуки +
О	Б	низкие звуки
О	В	речевые частоты
О	Г	шипящие и свистящие звуки
В	063	ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНОЙ ПРОВОДИМОСТИ ПРИМЕНЯЮТ КАМЕРТОНЫ
О	А	С-128 +
О	Б	С-2048
О	В	С-1024
О	Г	С-5122
В	064	КАЧЕСТВЕННЫЕ КАМЕРТОНАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ
О	А	дифференциальной диагностики поражения звукопроводящего или звуковоспринимающего отделов слухового анализатора +

О	Б	дифференциальной диагностики поражения волосковых и опорных клеток кортиева органа
О	В	окончательной диагностики фиксации стремени
О	Г	определения резерва улитки
В	065	ОПЫТ РИННЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
О	А	сравнении длительности воздушной и костной проводимости +
О	Б	определении латерализации звука по костной проводимости
О	В	определении степени проходимости слуховой трубы
О	Г	определении подвижности стремени в окне преддверия
В	066	ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ОПЫТЕ РИННЕ
О	А	воздушная проводимость в 1,5-2 раза превышает костную +
О	Б	длительность костной проводимости равна длительности воздушной
О	В	костная проводимость вдвое превышает воздушную
О	Г	воздушная проводимость не определяется
В	067	ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ОПЫТЕ РИННЕ
О	А	длительность костной проводимости превосходит воздушную +
О	Б	длительность костной проводимости равна длительности воздушной
О	В	воздушная проводимость в 1,5-2 раза превышает костную
О	Г	воздушная проводимость не определяется
В	068	ОПЫТ ВЕБЕРА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
О	А	определении латерализации звука по костной проводимости +
О	Б	сравнении длительности воздушной и костной проводимости
О	В	определении степени проходимости слуховой трубы
О	Г	определении подвижности стремени в окне преддверия
В	069	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЫТА ВЕБЕРА В НОРМЕ ОБСЛЕДУЕМЫЙ СЛЫШИТ ЗВУК
О	А	в середине головы +
О	Б	в больном ухе
О	В	в здоровом ухе
О	Г	повышенной интенсивности
В	070	БОЛЬНОЙ С ОДНОСТОРОННИМ НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ СЛУХОВОГО НЕРВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЫТА ВЕБЕРА СЛЫШИТ ЗВУК
О	А	в лучше слышащем ухе +
О	Б	в хуже слышащем ухе
О	В	в середине головы
О	Г	с явлением флюктуации

В	071	БОЛЬНОЙ С ОДНОСТОРОННИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА ПРИ ПРОБЕ ВЕБЕРА СЛЫШИТ ЗВУК В
О	А	пораженном ухе +
О	Б	обоих ушах
О	В	здоровом ухе
О	Г	середине головы
В	072	ОПЫТ ЖЕЛЛЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ
О	А	выявления неподвижности стремени в окне преддверия
О	Б	определения латерализации звука по костной проводимости
О	В	определения степени проходимости слуховой трубы
О	Г	сравнения длительности воздушной и костной проводимости
В	073	ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	кресло Барани +
О	Б	набор камертонов
О	В	тимпанометр
О	Г	шприц Жане
В	074	М. TENSOR TYMPANI ИННЕРВИРУЕТСЯ
О	А	третьей ветвью тройничного нерва +
О	Б	языкоглоточным нервом
О	В	лицевым нервом
О	Г	слуховым нервом
В	075	ЛОБНЫЕ ОТРОСТКИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЫКАЮТ _____ К НОСОВЫМ КОСТЯМ
О	А	латерально +
О	Б	медиально
О	В	сверху
О	Г	снизу
В	076	ГЛОТОЧНЫЕ УСТЬЯ СЛУХОВЫХ ТРУБ РАСПОЛОЖЕНЫ
О	А	на боковых стенках глотки +
О	Б	в своде глотки - на верхней стенке
О	В	на задней стенке носоглотки
О	Г	на уровне небных миндалин
В	077	ТРУБНЫЕ МИНДАЛИНЫ РАСПОЛОЖЕНЫ
О	А	в Розенмюллеровой ямке +
О	Б	в своде носоглотки
О	В	на задней стенке носоглотки
О	Г	на боковых стенках ротоглотки
В	078	ФАРИНГОСКОПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОСМОТР

О	А	глотки +
О	Б	гортани
О	В	полости носа
О	Г	уха
В	079	ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФАРИНГОСКОПИИ НЕОБХОДИМ
О	А	шпатель +
О	Б	ларингоскоп
О	В	игла Куликовского
О	Г	ушная воронка
В	080	ГЛОТКА ПРИЛЕЖИТ К _____ ШЕЙНЫМ ПОЗВОНКАМ
О	А	I-VI +
О	Б	III-V
О	В	II-VI
О	Г	I-IV
В	081	ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОЕ ПРОСТРАНСТВО СОДЕРЖИТ
О	А	рыхлую клетчатку +
О	Б	внутреннюю сонную артерию
О	В	блуждающий нерв
О	Г	наружную сонную артерию
В	082	ЯЗЫЧНАЯ МИНДАЛИНА РАСПОЛОЖЕНА
О	А	на корне языка +
О	Б	на задней стенке глотки
О	В	в носоглотке
О	Г	в небных нишах
В	083	ПРОДОЛЖЕНИЕМ ЗАГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	заднее средостение +
О	Б	переднее средостение
О	В	парафарингеальное пространство
О	Г	околоминдаликовое пространство
В	084	МЕЗОФАРИНКС ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	средним отделом глотки +
О	Б	верхним отделом глотки
О	В	задним отделом глотки
О	Г	нижним отделом глотки
В	085	СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА НЁБНЫХ МИНДАЛИН ПОКРЫТА
О	А	многослойным плоским эпителием +
О	Б	железистым эпителием
О	В	однорядным кубическим эпителием

О	Г	мерцательным цилиндрическим эпителием
В	086	НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	верхний край надгортанника +
О	Б	основание языка
О	В	перешеек зева
О	Г	голосовые складки
В	087	ЯМКА РЮЗЕНМЮЛЛЕРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
О	А	углубление позади трубного валика +
О	Б	ниша небной миндалины
О	В	ниша глоточной миндалины
О	Г	ниша язычной миндалины
В	088	М. STAPEDIUS ИННЕРВИРУЕТСЯ
О	А	лицевым нервом +
О	Б	третьей ветвью тройничного нерва
О	В	слуховым нервом
О	Г	языкоглоточным нервом
В	089	КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ГЛОТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИЕЙ
О	А	наружной сонной +
О	Б	позвоночной
О	В	внутренней сонной
О	Г	подключичной
В	090	ЛАТЕРАЛЬНО РОТОГЛОТКА ОГРАНИЧЕНА
О	А	небными дужками +
О	Б	устьями слуховых труб
О	В	ямкой рюзенмюллера
О	Г	трубными валиками
В	091	НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ГОРТАНОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	нижний край пластины перстнещитовидного хряща +
О	Б	голосовые складки
О	В	надгортанник
О	Г	щитовидный хрящ
В	092	СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА НОСОГЛОТКИ ПРЕДСТАВЛЕНА
О	А	многорядным реснитчатым эпителием +
О	Б	многослойным неороговевающим плоским эпителием
О	В	однослойным плоским эпителием
О	Г	однослойным цилиндрическим эпителием

В	093	ПИЩЕВОЙ КОМОК ФОРМИРУЕТСЯ В
О	А	оральную фазу глотания +
О	Б	глоточную фазу
О	В	пищеводную фазу первичной перистальтики
О	Г	пищеводную фазу вторичной перистальтики
В	094	ПИЩЕВОЙ КОМОК ПРОДВИГАЕТСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К РОТОГЛОТКЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ
О	А	давления комка языком к твердому небу +
О	Б	возбуждения рецепторов в глотке
О	В	глотательного движения
О	Г	сокращения глоточных констрикторов
В	095	ГЛОТОЧНАЯ ФАЗА НАЧИНАЕТСЯ ПРИ
О	А	возбуждении рецепторов в глотке +
О	Б	давлении комка языком к твердому небу
О	В	глотательном движении
О	Г	напряжении констрикторов глотки
В	096	ПИЩЕВОЙ КОМОК ДОСТИГАЕТ ЖЕЛУДКА В ТЕЧЕНИЕ _____ СЕКУНД
О	А	7-10 +
О	Б	5-7
О	В	4-5
О	Г	10 -13
В	097	ЯЗЫЧНАЯ МИНДАЛИНА ПОКРЫТА
О	А	многослойным неороговевающим плоским эпителием +
О	Б	многорядным реснитчатым эпителием
О	В	однослойным плоским эпителием
О	Г	однослойным цилиндрическим эпителием
В	098	ПОЛОСТЬ РТА ОТКРЫВАЕТСЯ В ГЛОТКУ ЧЕРЕЗ
О	А	перешеек зева +
О	Б	хоаны
О	В	миндаликовые ниши
О	Г	преддверие рта
В	099	К ОТДЕЛАМ ГЛОТКИ ОТНОСЯТСЯ
О	А	носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка +
О	Б	цефальный, каудальный
О	В	передний, задний
О	Г	околонебный, околозевный, подъязычный

В	100	ХРЯЩЕВАЯ ЧАСТЬ НАРУЖНОГО НОСА СОСТОИТ ИЗ
О	А	парных латеральных хрящей, больших и малых крыльных хрящей
О	Б	лобной кости, треугольных хрящей
О	В	латеральных хрящей, четырехугольного хряща
О	Г	хряща перегородки носа, больших и малых крыльных хрящей
В	101	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СИНУСИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	компьютерная томография ОНП +
О	Б	рентгенография ОНП
О	В	контактная термометрия
О	Г	ультразвуковое исследование ОНП
В	102	ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ОСТРОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ СИНУСИТЕ ПРОВОДЯТ
О	А	в области нижнего носового хода в точке наиболее высокого прикрепления нижней носовой раковины +
О	Б	в нижнем носовом ходе в области переднего конца нижней носовой раковины
О	В	в нижнем носовом ходе в области заднего конца нижней носовой раковины
О	Г	в любом месте нижнего носового хода
В	103	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАММЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО УРОВНЯ ЖИДКОСТИ В ПРАВОЙ ЛОБНОЙ ПАЗУХЕ ПЕРВИЧНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	анемизацию слизистой оболочки носа, антибиотикотерапию, симптоматическую терапию +
О	Б	трепанопункцию лобной пазухи
О	В	анемизацию слизистой оболочки носа, дегидратацию, противовирусную терапию
О	Г	эндоскопическую эндоназальную фронтотомию
В	104	СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЭТМОИДИТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	отек век, повышение температуры тела, гнойное отделяемое из носа +
О	Б	нормальная температура тела, затрудненное дыхание через нос, отсутствие отделяемого
О	В	головная боль в области затылка, затрудненное дыхание через нос, стекание слизи по задней стенке глотки
О	Г	приступы чихания, затруднение дыхания через нос, водянистое отделяемое из носа
В	105	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ТОПИЧЕСКИМИ ДЕКОНГЕСТАНТАМИ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ _____ ДНЕЙ
О	А	5-7 +
О	Б	14
О	В	3
О	Г	10
В	229	НАИБОЛЬШИЙ РИСК СНИЖЕНИЯ ЗРЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ _____

О	А	сфеноидите
О	Б	гайморите
О	В	этмоидите
О	Г	фронтите
В	106	ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ
О	А	тромбоз кавернозного синуса +
О	Б	тромбоз поперечного синуса
О	В	тромбоз сигмовидного синуса
О	Г	абсцесс височной доли мозга
В	107	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАТОМЫ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПРОВОДЯТ
О	А	вскрытие, дренирование, тампонаду полости носа в области гематомы +
О	Б	переднюю тампонаду полости носа
О	В	вскрытие и дренирование полости гематомы
О	Г	вскрытие и переднюю тампонаду полости носа
В	108	ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА НОСА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	тромбоз кавернозного синуса +
О	Б	тромбоз сигмовидного синуса
О	В	абсцесс перегородки носа
О	Г	тромбоз поперечного синуса
В	109	СИМПТОМОМ ГЕМАТОМЫ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отечность передних отделов перегородки носа +
О	Б	тяжесть в области носа
О	В	гнойные выделения из носа
О	Г	нарушение обоняния
В	110	ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО СФЕНОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	стекание гноя по задней стенке глотки +
О	Б	боль в области лба
О	В	тиннитус
О	Г	головокружение
В	111	НАЛИЧИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЯЕМОГО В ВЕРХНЕМ НОСОВОМ ХОДЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
О	А	Сфеноидита +
О	Б	верхнечелюстного синусита
О	В	фронтита
О	Г	абсцесса перегородки носа
В	112	ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПУНКЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ОСТРОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ СИНУСИТЕ СЧИТАЕТСЯ
О	А	проникновение иглы в глазницу, мягкие ткани щеки, крылонебную ямку +
О	Б	перфорация перегородки носа
О	В	повреждение лицевого нерва
О	Г	повреждение тройничного нерва
В	113	ПРИЗНАКОМ, СООТВЕТСТВУЮЩИМ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОМУ ЭОЗИНОФИЛЬНОМУ РИНITU ЯВЛЯЮТСЯ

О	А	пароксизмы чихания, профузные водянистые выделения из носа +
О	Б	присутствие специфических Ig E в сыворотке крови, чихание
О	В	сезонность клинических проявлений, слезотечение
О	Г	положительные кожные пробы с аллергенами
В	114	РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОЛИСИНУСИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
О	А	вирусно-бактериального воспаления +
О	Б	одонтогенного воспаления
О	В	полипозного процесса
О	Г	грибкового воспаления
В	115	В ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО РИНИТА ВЫДЕЛЯЮТ СТАДИЮ
О	А	сухого раздражения +
О	Б	сукровичных выделений
О	В	латентных изменений
О	Г	геморрагических корок
В	116	МЕСТНЫЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ
О	А	глаукоме +
О	Б	аденоидах
О	В	остром рините
О	Г	циррозе печени
В	117	СИМПТОМАМИ ОСТРОГО СИНУСИТА ЯВЛЯЮТСЯ _____
О	А	выделения из носа, головная боль +
О	Б	носовое кровотечение, слезотечение
О	В	положительные кожные пробы с аллергенами
О	Г	сезонность клинических проявлений, слезотечение
В	118	В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО СИНУСИТА ПРИМЕНЯЮТ
О	А	топические деконгестанты +
О	Б	антиоксиданты
О	В	поливитамины
О	Г	антикоагулянты
В	119	САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СФЕНОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
О	А	МСКТ +
О	Б	МРТ
О	В	УЗИ
О	Г	Рентгенография
В	120	ОКРУГЛАЯ ТЕНЬ В ПРОЕКЦИИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О
О	А	кисте лобной пазухи +
О	Б	хроническом верхнечелюстном синусите
О	В	кисте клиновидной пазухи
О	Г	злокачественном новообразовании правой лобной пазухи
В	121	МУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	экзофтальмом +
О	Б	нарушением обоняния
О	В	приступами чихания
О	Г	гнойными выделениями из носа

В	122	ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	блокада остиомеатального комплекса +
О	Б	атрофический ринит
О	В	гипертрофия глоточной миндалины
О	Г	озена
В	123	ПРИ ГНОЙНОМ СФЕНОИДИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ МОЖНО УВИДЕТЬ В _____ НОСОВОМ ХОДЕ
О	А	верхнем +
О	Б	общем
О	В	нижнем
О	Г	среднем
В	124	СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ МЕЖДУ ЛИСТКАМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ
О	А	абсцесса перегородки носа
О	Б	гематомы перегородки носа
О	В	фурункула кончика носа
О	Г	закрытого перелома костей носа без смещения
В	125	ПОЛОСКА ГНОЯ В СРЕДНЕМ НОСОВМ ХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
О	А	гнойного верхнечелюстного синусита +
О	Б	абсцесса перегородки носа
О	В	острого ринита
О	Г	полипозного риносинусита
В	126	ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВ ОТНОСИТСЯ К _____ ПАРЕ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ
О	А	V +
О	Б	II
О	В	IV
О	Г	I
В	127	ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВ ИМЕЕТ _____ ВЕТВИ
О	А	3 +
О	Б	4
О	В	2
О	Г	22
В	128	ОТСУТСТВИЕ ОБОНЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
О	А	Аносмии +
О	Б	гипосмии
О	В	паросмии
О	Г	гиперосмии
В	129	ПОД ДВУСТОРОННИМ ГАЙМОРОЭТМОИДИТОМ ПОНИМАЮТ ПОРАЖЕНИЕ
О	А	верхнечелюстных пазух и клеток решетчатого лабиринта +
О	Б	верхнечелюстных пазух с двух сторон
О	В	лобных пазух с двух сторон
О	Г	лобных пазух и верхнечелюстных с двух сторон

В	130	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСЯТ
О	А	ринорею +
О	Б	слизисто-гнойные выделения из носа
О	В	носовое кровотечение
О	Г	острую потерю слуха
В	131	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПОЛИПНОЗА ОТНОСЯТ
О	А	обильные водянистые выделения из носовых ходов +
О	Б	гнойные выделения из носовых ходов
О	В	головную боль в области затылка
О	Г	снижение остроты слуха
В	132	В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА В КАЧЕСТВЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	Ксилометазолин +
О	Б	ацетилцистеин
О	В	мометазона фуруат
О	Г	флуимуцин
В	133	ВЫДЕЛЯЮТ _____ ФОРМУ СИНУСИТА
О	А	полипозно-гнойную +
О	Б	холестеатомную
О	В	мембранозную
О	Г	флегмонозную
В	134	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ ПО КАЛДВЕЛЛ-ЛЮКУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАЙМОРИТЕ СОУСТЬЕ НАКЛАДЫВАЮТ В _____ НОСОВОМ ХОДЕ
О	А	нижнем +
О	Б	верхнем
О	В	среднем
О	Г	общем
В	135	ПОД ДИАГНОЗОМ «КИСТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ» ПОНИМАЮТ
О	А	доброкачественное образование +
О	Б	инфекционное заболевание
О	В	злокачественное образование
О	Г	аутоимунное заболевание
В	136	ЖИДКОСТЬ ЯНТАРНОГО ЦВЕТА, ПОЛУЧЕНАЯ ПРИ ПУНКЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
О	А	кисты верхнечелюстной пазухи +
О	Б	полипозного риносинусита
О	В	грибкового синусита
О	Г	острого верхнечелюстного синусита
В	137	НАЛИЧИЕ В ПОЛОСТИ НОСА МЯГКОТКАНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ С ГЛАДКОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ, СЕРОГО-РОЗОВОГО ЦВЕТА, ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ
О	А	полипозного риносинусита +
О	Б	кисты клиновидной пазухи

О	В	гипертрофического ринита
О	Г	озены
В	138	АНТРОХОАНАЛЬНЫЙ ПОЛИП МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ ПРИ
О	А	задней риноскопии +
О	Б	гипофарингоскопии
О	В	ларингоскопии
О	Г	передней риноскопии
В	139	ЧАЩЕ ВСЕГО КИСТА ВСТРЕЧАЕТСЯ В _____ ПАЗУХЕ
О	А	верхнечелюстной +
О	Б	решетчатой
О	В	клиновидной
О	Г	лобной
В	140	САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	КТ исследование околоносовых пазух +
О	Б	задняя риноскопия
О	В	рентгенограмма носоглотки
О	Г	УЗИ околоносовых пазух
В	141	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Аллергия +
О	Б	заболевание зубов
О	В	гранулематоз вегенера
О	Г	травма
В	1	АСПИРИНОВАЯ ТРИАДА НЕ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	хронический бронхит +
О	Б	непереносимость НПВС
О	В	бронхиальную астму
О	Г	полипозный риносинусит
В	142	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФРОНТИТА ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНОГРАФИЮ
О	А	околоносовых пазух в прямой и боковой проекции +
О	Б	носоглотки
О	В	височной кости по Майеру
О	Г	височной кости по Шюллеру
В	143	ПУНКЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ НОСОВОЙ ХОД
О	А	нижний +
О	Б	средний
О	В	верхний
О	Г	общий
В	144	ПОЛИСИНУСИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕМ
О	А	всех околоносовых пазух носа +
О	Б	всех околоносовых пазух с одной стороны
О	В	одной пазухи носа
О	Г	лобной и клиновидной пазухи

В	145	С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СОЧЕТАЕТСЯ
О	А	полипозный риносинусит +
О	Б	острый верхнечелюстной синусит
О	В	мукоцеле верхнечелюстной пазухи
О	Г	киста верхнечелюстной пазухи
В	146	ПОД ТЕРМИНОМ «СЕПТОПЛАСТИКА» ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ
О	А	операция по исправлению искривленной перегородки носа +
О	Б	вскрытие гематомы заушной области
О	В	операция на клиновидной пазухе
О	Г	вскрытие абсцесса небной миндалины
В	147	ПРИЧИНОЙ ЧАСТЫХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	юношеская ангиофиброма носоглотки +
О	Б	кровооточающий полип
О	В	аденоидные вегетации
О	Г	искривление перегородки носа
В	148	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	снижение обоняния +
О	Б	изменения вкуса
О	В	изменение голоса
О	Г	выделения из носа
В	149	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИНУСИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ
О	А	компьютерная томография околоносовых пазух +
О	Б	исследование мазков – отпечатков
О	В	бактериологическое исследование отделяемого из полости носа
О	Г	риноманометрия
В	150	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПЕРВИЧНЫХ АНГИН ПРОВОДЯТ С
О	А	инфекционным мононуклеозом +
О	Б	шигеллезом
О	В	рожей
О	Г	паратифом
В	151	ПРИ ПАРАТОНИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ ПРОВОДЯТ
О	А	вскрытие абсцесса +
О	Б	физиотерапию
О	В	системную гормональную терапию
О	Г	ингаляционную терапию
В	152	К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ ПРИВОДИТ
О	А	паралич голосовых складок +
О	Б	острый ларингит
О	В	киста гортани
О	Г	гипотонусная дисфония

В	153	К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ГОРТАНИ ОТНОСЯТ
О	А	папилломатоз гортани +
О	Б	острый ларингит
О	В	отек Рейнике
О	Г	гипотонусная дисфония
В	154	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
О	А	постинтубационной гранулеме +
О	Б	истерической афонии
О	В	гипотонусной дисфонии
О	Г	остром ларингите
В	155	ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОДКОЖНОЙ ЭМФИЗЕМЫ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАХЕОТОМИИ, СЛЕДУЕТ
О	А	распустить 2-3 кожных шва с края трахеостомы +
О	Б	взять меньший размер трахеотомической трубки
О	В	провести искусственную вентиляцию легких
О	Г	сдуть манжету на трахеотомической трубке
В	156	резко гиперемированная, отечная слизистая оболочка задней стенки ПО ДАННЫМ МЕЗОФАРИНГОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
О	А	острого фарингита +
О	Б	лакунарной ангины
О	В	острого ларингита
О	Г	заглоточного абсцесса
В	157	асимметрия мягкого неба, смещение правой небной миндалины к средней линии ПО ДАННЫМ МЕЗОФАРИНГОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ
О	А	паратонзиллярного абсцесса +
О	Б	острого фарингита
О	В	лакунарной ангины
О	Г	хронического тонзиллита
В	158	ПОД ФЛЕГМОНОЗНОЙ АНГИНОЙ ПОНИМАЮТ НАГНОЕНИЕ
О	А	лимфоидной ткани небных миндалин +
О	Б	клетчатки окологлоточного пространства
О	В	околоминдаликовой клетчатки
О	Г	клетчатки заглоточного пространства
В	159	УКАЗАНИЕ В АНАМНЕЗЕ НА АНГИНЫ БОЛЕЕ 3 РАЗ В ГОД СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
О	А	хроническом декомпенсированном тонзиллите +
О	Б	хроническом фарингите
О	В	хроническом компенсированном тонзиллите
О	Г	хроническом аденоидите
В	160	ОСЛОЖНЕНИЕМ АНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	паратонзиллярный абсцесс +
О	Б	ретрофарингеальный абсцесс.
О	В	острый фарингит

О	Г	острый ларингит
В	161	ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС В КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВАХ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ развития
О	А	флегмоны шеи +
О	Б	ангины
О	В	медиастенита
О	Г	абсцесса
В	162	ВТОРИЧНАЯ АНГИНА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ
О	А	вирусом Эпштейна-Барра +
О	Б	синегнойной палочкой
О	В	пневмококком
О	Г	протеем
В	163	ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ГОРТАНИ ПОДВЕРЖЕНЫ
О	А	Курильщики +
О	Б	певцы
О	В	водолазы
О	Г	дети
В	164	ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ ВСТРЕЧАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ВОЗРАСТЕ
О	А	от 45 до 65 лет +
О	Б	до 18 лет
О	В	от 25 до 45 лет
О	Г	от 80 лет и старше
В	165	ФАКТОРОМ, НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	анатомические аномалии строения +
О	Б	курение
О	В	наследственность
О	Г	неблагоприятная экология
В	166	ПАХИДЕРМИЯ ГОРТАНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ
О	А	голосовой складки и межчерпаловидной области
О	Б	подголосовой области +
О	В	надгортанника
О	Г	черпало-надгортанной складки
В	167	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИПЕРКЕРАТОЗА ГОРТАНИ ОТНОСЯТ
О	А	голосовые складки +
О	Б	надгортанник
О	В	подскладковый отдел
О	Г	вестибулярные складки
В	168	ПРИ РАЗВИТИИ ИНТУБАЦИОННОЙ ГРАНУЛЕМЫ ГОРТАНИ ПАЦИЕНТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА
О	А	Охриплость +

О	Б	дисфагию
О	В	одышку
О	Г	кашель
В	169	НА I СТАДИИ РАКА ГОРТАНИ ОПУХОЛЬ
О	А	находится в пределах одной анатомической зоны +
О	Б	занимает обе голосовые складки
О	В	определяется в грушевидных синусах
О	Г	занимает 2 этажа гортани
В	170	ПРИ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ ГОРТАНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ
О	А	голосовые складки +
О	Б	преддверие гортани
О	В	подскладковый отдел
О	Г	гортанный желудочек
В	171	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	вирус Эпштейна-Барра +
О	Б	вирус папилломы человека
О	В	Escherichia coli
О	Г	Neisseria gonorrhoeae
В	172	ПРИ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ ГОРТАНИ ПРИМЕНЯЮТ
О	А	хирургическое лечение +
О	Б	ингаляции кортикостероидные гормоны с растворами антисептика
О	В	вливание в гортань растворов глюкокортикостероидов
О	Г	витамиотерапия
В	173	К ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ ОТНОСЯТСЯ _____ КИСТЫ
О	А	Воздушные +
О	Б	дермоидные
О	В	ретенционные
О	Г	травматические
В	174	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИПЕРКЕРАТОЗА ГОРТАНИ ОТНОСЯТ
О	А	голосовые складки +
О	Б	передняя комиссура голосовой щели
О	В	гортанная поверхность надгортанника
О	Г	межчерпаловидная область
В	175	ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОРЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ
О	А	Фарингит +
О	Б	сфеноидит
О	В	тиннитус
О	Г	отит
В	176	К ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ НОВООБРАЗОВАНИЮ ГОРТАНИ ОТНОСЯТ
О	А	Саркому +
О	Б	остеоому

О	В	хондрому
О	Г	гемангиому
В	177	НЕХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МАЛИГНИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОМ ЛАРИНГИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	перламутровый цвет голосовых складок +
О	Б	гиперемия одной голосовой складки
О	В	неподвижность голосовой складки
О	Г	эрозированный эпителий
В	178	ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА ВЫДЕЛЯЮТ _____ ФОРМУ ПАПИЛЛОМАТОЗА
О	А	Ограниченную +
О	Б	некротическую
О	В	обтурирующую
О	Г	рубцующую
В	179	ПРИ ОСТРОМ КАТАРАЛЬНОМ ЛАРИНГИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕЧНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
О	А	Гортани +
О	Б	носа
О	В	пищевода
О	Г	уха
В	180	При атрофическом фарингите поражается
О	А	задняя стенка глотки +
О	Б	голосовые складки
О	В	глоточная миндалина
О	Г	надгортанник
В	181	НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ хронического фарингита, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	патология со стороны желудочно-кишечному тракта +
О	Б	пребывание на холоде
О	В	прием горячей пищи
О	Г	патология щитовидной железы
В	182	ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СТРЕПТОКОККУВУЮ ПРИРОДУ ИМЕЕТ
О	А	лакунарная ангина +
О	Б	ангина Вирхова
О	В	ангина Симановского-Венсана
О	Г	язвенно-пленчатая ангина
В	183	ДВУСТОРОННЯЯ Тонзиллотомия чаще проводится В _____ ВОЗРАСТЕ
О	А	Детском +
О	Б	подростковом
О	В	старческом
О	Г	пожилом
В	184	УДАЛЕНИЕ НЕБНЫХ МИНДАЛИН С ДВУХ СТОРОН НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	тонзиллэктомия +
О	Б	аденотомия

О	В	сфеноотомия
О	Г	гайморотомия
В	185	ПОД ДВУСТОРОННЕЙ ТОНЗИЛЛЕКТОМИЕЙ ПОНИМАЮТ УДАЛЕНИЕ _____ МИНДАЛИН
О	А	небных +
О	Б	носоглоточных
О	В	язычных
О	Г	трубных
В	186	ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ ХАРАКТЕРНА _____ ОДЫШКА
О	А	инспираторная +
О	Б	смешанная
О	В	экспираторная
О	Г	периодическая
В	187	НЕХАРАКТЕРНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВОЗВРАТНОГО НЕВРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	жировая дистрофия печени +
О	Б	аневризма дуги аорты
О	В	опухоли средостения
О	Г	тиреоидэктомия
В	188	ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	двустороннее повреждение возвратного гортанного нерва +
О	Б	отек Квинке
О	В	острый ларингит
О	Г	паратонзиллярный абсцесс
В	189	ДЛЯ СТАДИИ КОМПЕНСАЦИИ ОСТРОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО
О	А	урежение и углубление дыхания, уменьшение частоты сердечных сокращений, инспираторная одышка только при физической нагрузке +
О	Б	наличие инспираторной одышки с включением в акт дыхания вспомогательных мышц, инспираторного стридора
О	В	наличие инспираторного стридора, инспираторной одышки в покое, положения ортопноэ
О	Г	дыхание Чейн-Стокса, частый нитевидный пульс
В	190	УРЕЖЕНИЕ И УГЛУБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ, БЕЗ УЧАСТИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТАДИИ _____ СТЕНОЗА ГОРТАНИ
О	А	I +
О	Б	II
О	В	III
О	Г	IV
В	191	РАЗМЕР ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ 6-8 ММ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТАДИИ _____ СТЕНОЗА ГОРТАНИ
О	А	I +
О	Б	II
О	В	III
О	Г	IV

В	192	РАЗМЕР ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ 4-5 ММ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТАДИИ _____ СТЕНОЗА ГОРТАНИ
О	А	II +
О	Б	I
О	В	III
О	Г	IV
В	193	РАЗМЕР ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ 2-3 ММ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТАДИИ _____ СТЕНОЗА ГОРТАНИ
О	А	III +
О	Б	I
О	В	II
О	Г	IV
В	194	ЧАСТОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТАДИИ _____ СТЕНОЗА ГОРТАНИ
О	А	III +
О	Б	I
О	В	II
О	Г	IV
В	195	ЭКСКУРСИИ ГОРТАНИ НА ВДОХЕ И ВЫДОХЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СТАДИИ _____ СТЕНОЗА ГОРТАНИ
О	А	III +
О	Б	II
О	В	I
О	Г	IV
В	196	ПРЕРЫВИСТОЕ ДЫХАНИЕ ИЛИ ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТАДИИ _____ СТЕНОЗА ГОРТАНИ
О	А	IV +
О	Б	II
О	В	III
О	Г	I
В	197	НЕХАРАКТЕРНЫМ ПОЗДНИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАХЕОСТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	подкожная эмфизема +
О	Б	пневмония
О	В	трахеопищеводный свищ
О	Г	кровотечение
В	198	БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА ИВЛ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВЫПОЛНЯТЬ ТРАХЕОСТОМИЮ НА _____ СУТКИ
О	А	3-5 +
О	Б	10-12
О	В	8-10
О	Г	1
В	199	НЕХАРАКТЕРНЫМ РАННИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАХЕОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	трахеопищеводный свищ +
О	Б	подкожная эмфизема мягких тканей шеи

О	В	пневмоторакс
О	Г	пневмомедиастинум
В	200	НЕХАРАКТЕРНЫМ ПРИ ТРАХЕОСТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАЗРЕЗ ТРАХЕИ
О	А	Z-образный +
О	Б	продольный
О	В	поперечный
О	Г	H-образный (створчатый)

В	201	ОДНОСТОРОННИЙ ПАРЕЗ ГОРТАНИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
О	А	анкилозом черпалоперстневидного сустава+
О	Б	ларингитом
О	В	функциональной дисфонией
О	Г	папилломатозом гортани
В	202	ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПАРЕЗЕ ГОРТАНИ ГОЛОСОВЫЕ СКЛАДКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАХОДЯТСЯ
О	А	в срединном или парамедиальном положении+
О	Б	в положении крайнего отведения
О	В	в положении «нахлеста» друг на друга
О	Г	в типичном расположении
В	203	ПОДСКЛАДКОВЫЙ ЛАРИНГИТ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В _____ ВОЗРАСТЕ
О	А	раннем+
О	Б	старческом
О	В	юношеском
О	Г	молодом
В	204	ПОДСКЛАДКОВЫЙ ЛАРИНГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ОДЫШКОЙ
О	А	инспираторной+
О	Б	экспираторной
О	В	смешанной
О	Г	непостоянной
В	205	ОСТРЫЙ ПРИСТУП ПОДСКЛАДКОВОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ЧАЩЕ НАЧИНАЕТСЯ
О	А	ночью+
О	Б	утром
О	В	днем
О	Г	вечером
В	206	ЛАРИНГОТРАХЕИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	лающим кашлем, удушьем, осиплостью +
О	Б	болью в горле, кашлем, осиплостью голоса
О	В	дисфагией, дисфонией, насморком
О	Г	кашлем, насморком, повышением температуры тела

В	207	ПРИ «ЛОЖНОМ» КРУПЕ ПОКАЗАНА ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ОТДЕЛЕНИЕ
О	А	Инфекционное +
О	Б	педиатрическое
О	В	терапевтическое
О	Г	ЛОР
В	209	ПРИ НЕКУПИРУЮЩЕМСЯ «ЛОЖНОМ» КРУПЕ ПРЕДПОЧИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	интубация +
О	Б	коникотомия
О	В	ларинготомия
О	Г	трахеостомия
В	210	СИНОНИМОМ ПОДСКЛАДКОВОГО ЛАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ложный круп+
О	Б	истинный круп
О	В	фонастения
О	Г	дифтерия гортани
В	211	«ЛОЖНЫЙ» КРУП У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕН
О	А	узостью подскладкового отдела гортани +
О	Б	аллергической реакцией
О	В	наличием лимфоузлов в гортани
О	Г	топографией гортани
В	212	ЛОЖНЫЙ КРУП РАЗВИВАЕТСЯ
О	А	Внезапно+
О	Б	в течение нескольких суток
О	В	постепенно
О	Г	по нарастающей
В	213	ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ «ЛОЖНОМ» КРУПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	сужением подскладкового пространства в виде красных валиков+
О	Б	наличием белых пленок и налетов в подскладковом отделе
О	В	парезом истинных голосовых складок
О	Г	увеличением надгортанника
В	214	«ЛОЖНЫЙ» КРУП ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	одышкой, лающим кашлем, афонией +
О	Б	першением, сухостью в горле
О	В	слизисто-гнойной мокротой
О	Г	болью в горле, афонией
В	215	ПОД ОСТРЫМ ЭПИГЛОТТИТОМ ПОДРАЗУМАЕВЮТ ВОСПАЛЕНИЕ
О	А	надгортанника +
О	Б	гортанной миндалины
О	В	глотки

О	Г	аденоидов
В	216	ПРИ ЭПИГЛОТТИТЕ ВО ВРЕМЯ ЛАРИНГОСКОПИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ
О	А	отек надгортанника+
О	Б	гнойник на корне языка
О	В	сужение голосовой щели
О	Г	нагноение надгортанника
В	217	ПРИ ЭПИГЛОТТИТЕ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА
О	А	дисфагию и боль в горле+
О	Б	осиплость
О	В	утомляемость голоса
О	Г	кашель и першение в горле
В	218	АБСЦЕСС НАДГОРТАННИКА ОПАСЕН
О	А	Асфиксией+
О	Б	дисфагией
О	В	диспепсией
О	Г	афонией
В	219	ПРИ ОСТРОМ ЛАРИНГИТЕ ПАЦИЕНТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА
О	А	першение, сухость в горле, кашель, охриплость+
О	Б	одышку, дисфагию, обильное количество мокроты
О	В	затруднение дыхания в покое
О	Г	кашель, кровохарканье
В	220	ПРИ ОСТРОМ ЛАРИНГИТЕ В ОСНОВНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	гиперемия, отек и инфильтрация слизистой оболочки гортани+
О	Б	налет на голосовых складках
О	В	кровоизлияние в голосовые складки
О	Г	сыпь на слизистой оболочке гортани
В	221	ПРИ ФЛЕГМОНОЗНОМ ЛАРИНГИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ _____
О	А	асфиксия+
О	Б	парез гортани
О	В	рак гортани
О	Г	плеврит
В	222	ПРИ РЕЗАНЫХ РАНАХ ГОРТАНИ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	кровотечение из крупных сосудов шеи+
О	Б	парез гортани
О	В	эмфизема в области шеи
О	Г	кровоизлияние в мышцы
В	223	РАССТРОЙСТВА ГЛОТАНИЯ И БОЛЬ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ _____
О	А	надгортанника и области черпаловидных хрящей+
О	Б	ложных голосовых складок

О	В	гортанных желудочков
О	Г	подскладкового пространства
В	657	ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСФОНΙΑ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	снижением тонуса или гипертонусом мышц гортани
О	Б	органическим поражением гортани
О	В	появлением истерии
О	Г	соматическим проявлением психического заболевания
В	224	СИНОНИМОМ ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ларингомалация+
О	Б	ларингоспазм
О	В	ложный круп
О	Г	атрезия гортани
В	225	ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ С
О	А	доброкачественным новообразованием гортани+
О	Б	эпиглоттитом
О	В	гортанной ангиной
О	Г	дифтерией
В	226	СИНОНИМОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	истинный круп+
О	Б	ложный круп
О	В	склерома гортани
О	Г	инфекционный ларингит
В	227	ПРИЧИНОЙ КОНТАКТНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	длительная интубация гортани+
О	Б	рефлюксэзофагит
О	В	курение
О	Г	хронический ларингит
В	228	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИНТУБАЦИОННОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	область черпаловидных хрящей и задний отдел голосовых складок+
О	Б	передний отдел истинных голосовых складок
О	В	передняя комиссура
О	Г	область вестибулярных складок
В	229	ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В
О	А	барабанной полости+
О	Б	полости носа
О	В	лобной пазухе
О	Г	слуховой трубе
В	230	PARACUSIS VELLISII (УЛУЧШЕНИЕ СЛУХА В ШУМНОЙ ОБСТАНОВКЕ)

		ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	отосклероза+
О	Б	хронического гнойного среднего отита
О	В	адгезивного отита
О	Г	кохлеарного неврита
В	231	ПАРАЦЕНТЕЗ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В _____ КВАДРАНТЕ
О	А	задне-нижнем+
О	Б	задне-верхнем
О	В	задне-переднем
О	Г	передне-верхнем
В	232	МАСТОИДИТ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ _____ СРЕДНЕГО ОТИТА
О	А	острого +
О	Б	экссудативного
О	В	хронического
О	Г	адгезивного
В	233	ПОКАЗАНИЕМ К ТИМПАНОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	мезотимпанит+
О	Б	отосклероз
О	В	лабиринтит
О	Г	мастоидит
В	234	СИМПТОМОМ ОТОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УЛУЧШЕНИЕ _____ В ШУМНОЙ ОБСТАНОВКЕ
О	А	слуха+
О	Б	речи
О	В	зрения
О	Г	равновесия
В	235	РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОТОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ВЕЛИК ПРИ
О	А	эпитимпаните+
О	Б	мезотимпаните
О	В	адгезивном отите
О	Г	кохлеарном неврите
В	236	ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ МАСТОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ И ПРИПУХЛОСТЬ В _____ ОБЛАСТИ
О	А	заушной+
О	Б	околоушной
О	В	предушной
О	Г	надушной
В	237	РАДИКАЛЬНАЯ (САНИРУЮЩАЯ) ОПЕРАЦИЯ НА СРЕДНЕМ УХЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

О	А	объединением в единую полость клеток сосцевидного отростка, барабанной полости, наружного слухового прохода +
О	Б	перевязкой сигмовидного синуса
О	В	перфорированием подножной пластинки стремени
О	Г	установкой шунта в барабанную перепонку
В	238	ОТОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭПИТИМПАНИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПЕРФОРАЦИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ
О	А	краевая +
О	Б	центральная
О	В	большая
О	Г	точечная
В	239	ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНЫХ СТРУКТУР НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
О	А	эпитимпанита +
О	Б	адгезивного отита
О	В	экссудативного отита
О	Г	мезотимпанита
В	240	ОБЩИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	периодическое гноетечение из уха и стойкая перфорация барабанной перепонки +
О	Б	нарушение равновесия и головокружение
О	В	“paracusis vellisii” и экссудат в барабанной полости
О	Г	нарушение вкусовой чувствительности в передней 1/3 языка и припухлость в заушной области
В	241	ОТОСКЛЕРОЗ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ
О	А	у женщин в возрасте 20-40 лет +
О	Б	у женщин в возрасте 40-70 лет
О	В	у мужчин в возрасте 40-70 лет
О	Г	у пожилых людей 75-80 лет
В	242	УШНОЙ ШУМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
О	А	кохлеарном неврите +
О	Б	злокачественном наружном отите
О	В	серной пробке
О	Г	мастоидите
В	243	СТАПЕДИАЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС СНИЖЕН ИЛИ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ
О	А	отосклерозе +
О	Б	болезни Меньера
О	В	кохлеарном неврите
О	Г	нейросенсорной тугоухости
В	244	СТАПЕДОПЛАСТИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	установкой протеза стремени +
О	Б	пересечением барабанной струны

О	В	перфорированием латерального полукружного канала
О	Г	установкой шунта в барабанную перепонку
В	245	ДЛЯ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
О	А	приступов системного головокружения +
О	Б	преходящего пареза лицевого нерва
О	В	нарушения вкусовой чувствительности в передней 1/3 языка
О	Г	временного снижения обоняния
В	246	СИМПТОМОМ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛУХА
О	А	снижение +
О	Б	улучшение
О	В	извращение
О	Г	флюктуация
В	247	ВАЖНЕЙШИМ ПРИНЦИПОМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	раннее начало лечения +
О	Б	отсроченное начало лечения
О	В	выжидательная тактика
О	Г	позднее начало лечения
В	248	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
О	А	инфекции в среднем ухе +
О	Б	двусторонней тугоухости
О	В	дисфункции слуховой трубы
О	Г	наружного отита
В	249	ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ С НАИБОЛЬШИМ ОТОТОКСИЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гентамицин +
О	Б	азитромицин
О	В	неомицин
О	Г	klarитромицин
В	250	ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО НИСТАГМА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	направление +
О	Б	ритмичность
О	В	частота
О	Г	полнота
В	251	МИРИНГОПЛАСТИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	закрытием перфорации барабанной перепонки +
О	Б	выстилкой раневой поверхности свободным лоскутом
О	В	созданием воздухоносной барабанной полости
О	Г	экранированием окон лабиринта

В	252	ФУРУНКУЛ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ТОЛЬКО В _____ ОТДЕЛЕ
О	А	Хрящевом+
О	Б	костном
О	В	хрящевом и костном
О	Г	наиболее узком
В	253	ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ
О	А	околоушной слюнной железы+
О	Б	небных и трубных миндалин
О	В	околominдаликовой клетчатки
О	Г	поднижнечелюстной слюнной железы
В	254	ИНФЕКЦИОННЫМ АГЕНТОМ ПРИ ФУРУНКУЛЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	стафилококк+
О	Б	стрептококк
О	В	пневмококк
О	Г	менингококк
В	255	ПРИ ФУРУНКУЛЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С _____ ОТИТОМ
О	А	диффузным наружным +
О	Б	экссудативным
О	В	адгезивным
О	Г	хроническим средним
В	256	ОДНОСТОРОННЕЕ СНИЖЕНИЕ СЛУХА, ОСТРО ВОЗНИКШЕЕ ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА ДУША, ЧАСТО СВЯЗАНО С
О	А	серной пробкой +
О	Б	болезнью Меньера
О	В	нейросенсорной тугоухостью
О	Г	отосклерозом
В	257	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ПРИ ДИСКОМФОРТЕ В УХЕ И СНИЖЕНИИ СЛУХА ПОСЛЕ ПРИЕМА ДУША ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	серная пробка +
О	Б	мастоидит
О	В	эпитимпанит
О	Г	отосклероз
В	258	ПРИ СЕРНОЙ ПРОБКЕ ПРОИСХОДИТ НАРУШЕНИЕ СЛУХА ПО _____ ТИПУ
О	А	кондуктивному +
О	Б	нейросенсорному
О	В	смешанному
О	Г	адгезивному
В	259	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ СЕРНОЙ ПРОБКЕ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	снижение слуха +
О	Б	головокружение
О	В	шум в ухе
О	Г	нарушение вкусовой чувствительности в передней 1/3 языка
В	260	ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО

		ПРОХОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ЕГО _____
О	А	промывание +
О	Б	продувание
О	В	нагревание
О	Г	спринцевание
В	261	ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА СЛУХОВОГО ПРОХОДА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
О	А	остроконечный пинцет +
О	Б	крючок
О	В	ушные микрощипцы
О	Г	выдувание
В	262	ПОД ОТОСКЛЕРОЗОМ ПОНИМАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПОРАЖАЮЩЕЕ
О	А	ухо +
О	Б	полость носа
О	В	околоносовые пазухи
О	Г	головной мозг
В	263	ОТОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ
О	А	среднее ухо +
О	Б	наружный слуховой проход
О	В	околоносовые пазухи
О	Г	лицевой нерв
В	264	ОЧАГИ ОТОСКЛЕРОЗА МОГУТ НАХОДИТЬСЯ В ОБЛАСТИ
О	А	овального окна +
О	Б	костной части наружного слухового прохода
О	В	хрящевой части наружного слухового прохода
О	Г	канала лицевого нерва
В	265	СИМПТОМ ШВАРЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
О	А	отосклерозе +
О	Б	экссудативном среднем отите
О	В	сенсоневральной тугоухости
О	Г	адгезивном отите
В	266	ПОД АДГЕЗИВНЫМ ОТИТОМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ РУБЦОВЫЙ ПРОЦЕСС, РАСПОЛАГАЮЩИЙСЯ В
О	А	барабанной полости +
О	Б	глотке
О	В	носоглотке
О	Г	слуховой трубе
В	267	ПОД ЕВСТАХИИТОМ ПОНИМАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
О	А	слуховой трубы +
О	Б	барабанной полости
О	В	полости носа
О	Г	носоглотки
В	268	В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ
О	А	продувание по Политцеру +
О	Б	внутригортанное вливание
О	В	анемизация верхнего носового хода
О	Г	промывание лакун миндалин
В	269	ЗАБОЛЕВАНИЕМ СРЕДНЕГО УХА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	адгезивный отит +

О	Б	болезнь Меньера
О	В	острый фронтит
О	Г	хронический тонзиллит
В	270	СНИЖЕНИЕ СЛУХА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
О	А	адгезивном отите +
О	Б	сфеноидите
О	В	фарингите
О	Г	ларингите
В	271	СНИЖЕНИЕ СЛУХА И ЗАЛОЖЕННОСТЬ УША ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ
О	А	экссудативном среднем отите +
О	Б	тонзиллите
О	В	верхнечелюстном синусите
О	Г	ларингите
В	272	АНОМАЛИЕЙ НАРУЖНОГО УША, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОТОРОЙ НАПРАВЛЕНО НА СЛУХОУЛУЧШЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПОХОДА
О	А	атрезия +
О	Б	микроотия
О	В	макроотия
О	Г	гипертрофия
В	273	ОСЛОЖНЕНИЕМ ВРОЖДЕННОГО ОКОЛОУШНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	образование кист и гнойников +
О	Б	формирование микроотии
О	В	отосклероз
О	Г	болезнь Меньера
В	274	ПОД ОТОСКЛЕРОЗОМ ПОНИМАЮТ
О	А	негнойным заболеванием среднего и внутреннего уха +
О	Б	острым заболеванием среднего уха и внутреннего уха
О	В	рецидивирующим заболеванием среднего уха и внутреннего уха
О	Г	гнойным заболеванием внутреннего уха и наружного уха
В	275	ОСНОВНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ОКОЛОУШНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Иссечение +
О	Б	физиолечение
О	В	криолечение
О	Г	рассечение
В	276	ЗАБОЛЕВАНИЕМ НАРУЖНОГО УША ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	фурункул +
О	Б	мезотимпанит
О	В	эпитимпанит
О	Г	отосклероз
В	277	ЗАБОЛЕВАНИЕМ НАРУЖНОГО УША ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отомироз +
О	Б	тимпаносклероз
О	В	эпитимпанит
О	Г	отосклероз
В	278	ПАТОЛОГИЕЙ НАРУЖНОГО УША ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	рожистое воспаление+

О	Б	генерализованное воспаление
О	В	легочное воспаление
О	Г	кожистое воспаление
В	279	ЦЕНТРАЛЬНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
О	А	Мезотимпанита+
О	Б	эпитимпанита
О	В	мирингита
О	Г	аэроотита
В	280	КРАЕВАЯ ПЕРФОРАЦИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
О	А	эпитимпанита+
О	Б	отосклероза
О	В	мезотимпанита
О	Г	тимпаносклероза
В	281	СУБТОТАЛЬНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
О	А	эпимезотимпаните+
О	Б	отосклерозе
О	В	тимпаносклерозе
О	Г	эпитимпаните
В	282	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОТОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ИНФЕКЦИЯ
О	А	грибковая+
О	Б	бактериальная
О	В	вирусная
О	Г	вирусно-бактериальная
В	283	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ОТОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	зуд в ухе+
О	Б	тошнота
О	В	головокружение
О	Г	головная боль
В	284	ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОТОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОТДЕЛЯЕМОЕ
О	А	без запаха+
О	Б	со сладковатым запахом
О	В	с гнилостным запахом
О	Г	с кислым запахом
В	285	ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОТОМИКОЗА ВКЛЮЧАЕТ
О	А	антимикотическую терапию+
О	Б	хирургическое лечение
О	В	назначение антибиотиков
О	Г	гормонотерапию
В	286	РАЗВИТИЮ НАРУЖНОГО ОТИТА СПОСОБСТВУЕТ
О	А	микротравма слухового прохода+
О	Б	аллергия
О	В	отсутствие серы в слуховом проходе
О	Г	акустическая травма
В	287	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТОМИКОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	Нитрофунгин+

О	Б	Ципрофлоксацин
О	В	Дексаметазон
О	Г	Мексидол
В	288	ДЛЯ УДАЛЕНИЯ СЕРНОЙ ПРОБКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
О	А	шприц Жанне+
О	Б	щипцы Блэксли
О	В	баллон Политцера
О	Г	иглу Куликовского
В	289	ОТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ
О	А	не отличается от нормы+
О	Б	близка к норме, но имеется ряд «местных признаков»
О	В	имеются выраженные признаки, на основании которых можно подтвердить диагноз
О	Г	полностью отличается от нормы
В	290	ФЕНОМЕН PARACUSIS WILLISII ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	отосклероза+
О	Б	адгезивного отита
О	В	одностороннего эпимезотимпанита
О	Г	двустороннего мезотимпанита
В	291	ДЛЯ СИМПТОМА ШВАРЦА ХАРАКТЕРНО
О	А	просвечивание гиперемированного мыса сквозь истонченную барабанную перепонку+
О	Б	сужение стенок наружного слухового прохода
О	В	большое количество слизистых выделения из уха
О	Г	выявление очагов тимпаносклероза на барабанной перепонке
В	292	СИМПТОМ ШВАРЦА (ПРОСВЕЧИВАНИЕ ГИПЕРЕМИРОВАННОГО МЫСА СКВОЗЬ ИСТОНЧЕННУЮ БАРАБАННУЮ ПЕРЕПОНКУ) ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ
О	А	активного остеодистрофического процесса промонториальной стенки+
О	Б	воспалительных изменений слизистой промонториальной стенки
О	В	наличия сосудистого новообразования промонториальной стенки
О	Г	адгезии барабанной перепонки к промонториальной стенке
В	293	ОДНИМ ИЗ КОСВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ОТОСКЛЕРОЗОС ЯВЛЯЕТСЯ _____ СЛУХОВОЙ ПРОХОД
О	А	широкий+
О	Б	узкий
О	В	извитой
О	Г	распремленный
В	294	ИСТОНЧЕНИЕ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
О	А	отосклероза+
О	Б	адгезивного отита
О	В	экссудативного отита
О	Г	бароотита
В	295	ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОТОСКЛЕРОЗОМ
О	А	не нарушена+
О	Б	утрачена
О	В	снижена частично
О	Г	выраженно нарушена
В	296	ШИРОКИЕ СЛУХОВЫЕ ПРОХОДЫ И ГИПОСЕКРЕЦИЯ СЕРЫ ХАРАКТЕРНА

		ДЛЯ
О	А	отосклероза+
О	Б	адгезивного отита
О	В	экссудативного отита
О	Г	тубоотита
В	297	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ _____
О	А	отсутствуют+
О	Б	затрагивают барабанную перепонку
О	В	распространяются на слизистую барабанной полости
О	Г	вызывают деструкцию наковальне-стременного сочленения
В	298	ДИСФУНКЦИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ _____
О	А	отсутствует+
О	Б	приводит к скоплению жидкости в барабанной полости
О	В	имеется на стороне хуже слышащего уха
О	Г	приводит к снижению слуха
В	299	ТИП «А» ТИМПАНОМЕТРИЧЕСКОЙ КРИВОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
О	А	отосклерозе+
О	Б	экссудативном среднем отите
О	В	евстахиите
О	Г	мезотимпаните
В	300	ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ НА ТИМПАНОМЕТРИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТИП «А», ПОТОМУ ЧТО _____
О	А	отсутствует нарушение функции слуховой трубы+
О	Б	присутствует фиксация цепи слуховых косточек
О	В	присутствует истончение барабанной перепонки
О	Г	отсутствует одна из слуховых косточек

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

Вопрос 1.

Стенки наружного слухового прохода. В каком отделе наружного слухового прохода происходит образование ушной серы?

Ответ: Стенки наружного слухового прохода: Передняя стенка граничит с височно-нижнечелюстным суставом. Верхняя стенка ограничивает наружное ухо от средней черепной ямки. Задняя стенка, являясь передней стенкой сосцевидного отростка, нередко вовлекается в процесс при мастоидите. Нижняя стенка граничит с околоушной слюнной железой. Наружный слуховой проход состоит из двух отделов: перепончато-хрящевого и костного. Основной компонент ушной серы – секрет, продуцируемый железами, расположенными в коже перепончато- хрящевого отдела.

Вопрос 2.

Травмы носа. Клиника, диагностика и лечебная тактика.

Ответ: Травмы носа могут быть открытыми - с повреждением кожного покрова или закрытыми - без повреждения кожного покрова. Закрытые травмы чаще всего встречаются в виде ушиба, кровоподтека в мягкие ткани, ссадины, однако при достаточно большой силе возникают переломы костей носа со смещением

или без смещения, стенок околоносовых пазух, глазницы, скуловой кости, ячеек решетчатого лабиринта и др. Открытые переломы могут быть проникающими или непроникающими в полость носа, что определяют при ощупывании раны зондом. Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, внешнего осмотра, жалоб больного, результатов пальпации, зондирования, эндоскопии, рентгенографического и КТ-исследований. При осмотре и пальпации выявляются болезненная припухлость тканей в области травмы. Внешняя деформация наружного носа со смещением в боковую сторону или вдавление определенно указывает на перелом носовых костей. В таких случаях при пальпации обнаруживают костные выступы на спинке и скатах носа (симптом ступеньки), патологическую подвижность костей, возможна крепитация костных отломков. При наличии переломов со смещением костных отломков и внешних косметических дефектов основным методом лечения является репозиция (вправление) костей носа и стенок околоносовых пазух с последующей внутренней и реже внешней фиксацией отломков. Оптимальным методом считается репозиция в первые сутки, но ее можно проводить и до 3 нед после травмы. Если по данным анамнеза и объективного обследования диагностируется сотрясение головного мозга II-III степени (головная боль, тошнота, рвота, слабость, неврологические симптомы), вправление костей носа откладывают на более поздний срок (через 5-6 сут). Отломки костей носа вправляют в положении больного сидя или лежа с использованием аппликационной анестезии или инфильтрационной анестезии инъекцией в область перелома.

Репозицию при боковом смещении наружного носа производят давлением большого пальца правой руки при искривлении влево и соответственно левой руки - при искривлении вправо. Это способ так называемой пальцевой репозиции (рис. 2.36 а). Сила давления пальцем может быть значительной. В момент смещения отломков в нормальное положение обычно слышен характерный хруст. При вдавленных переломах костей носа для репозиции используют носовые элеваторы, по Ю.Н. Волкову. Когда диагностировано одновременное смещение костных отломков кзади и в сторону, делают пальцевинструментальное вправление тракцией кпереди соответствующим элеватором и одновременно большим пальцем руки вправляют боковое смещение. При отсутствии элеваторов вправление костей носа производят прямым пинцетом либо зажимом, концы которого обертывают марлей или надевают на них резиновую трубку. После репозиции костей носа иногда необходима фиксация костных отломков посредством тампонады носа, показанием к которой является подвижность костных отломков, определяемой пальпаторно.

Вопрос 3.

Острый лабиринтит. Классификация, причины развития, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.

Ответ: Лабиринтит - воспаление внутреннего уха, при котором в той или иной степени имеется поражение вестибулярных и кохлеарных рецепторов. В зависимости от характера патологического процесса, осложнением которого явился лабиринтит, различают следующие его формы: тимпаногенный, менингогенный, гематогенный и травматический.

По распространенности (протяженности) воспалительного процесса во внутреннем ухе дифференцируют ограниченный и диффузный лабиринтит. Наконец, по патоморфологическим признакам, которые, как правило, коррелируют с клиническими проявлениями заболевания, выделяют серозную, гнойную и некротическую формы лабиринтита. В своей практической деятельности врач чаще всего встречается с тимпаногенным ограниченным серозным лабиринтитом, развивающимся как осложнение хронического или реже острого воспаления в среднем ухе. Среди других форм лабиринтита встречается травматический и очень редко гематогенный и менингогенный. Предрасполагающим фактором при остром гнойном среднем отите является затруднение оттока отделяемого из барабанной полости и повышение в ней давления. Под влиянием гнойного экссудата кольцевая связка основания стремени и вторичная мембрана окна улитки набухают, становятся проницаемы для бактериальных токсинов, которые диффундируют во внутреннее ухо. Во внутреннем ухе развивается и прогрессирует серозное воспаление. В ряде случаев развитие серозно-фибринозного воспаления может привести к повышению внутрилабиринтного давления. Из-за этого происходит разрыв мембраны окон (чаще - окна улитки) изнутри и инфекция из среднего уха проникает во внутреннее, в результате чего развивается уже гнойный лабиринтит. При его бурном течении быстро разрушается перепончатый лабиринт и гибнут все нейроэпителиальные образования внутреннего уха. Клинические проявления отогенного лабиринтита складываются из симптомов нарушения слуховой и вестибулярной функций. В ряде случаев развивается также поражение лицевого нерва и сопровождающих его промежуточного и большого каменистого нервов.

Лабиринтные расстройства первоначально проявляются симптомами раздражения, на смену которым через несколько часов приходят признаки угнетения, а затем и выпадения лабиринтных функций. Субъективно раздражение проявляется головокружением, тошнотой, рвотой, расстройством равновесия. В течение заболевания спонтанный нистагм меняет направление: в начале заболевания, когда имеет место раздражение вестибулярных рецепторов, нистагм направлен в сторону больного уха (нистагм раздражения). По мере угнетения больного лабиринта, сопровождающегося уменьшением потока импульсов от него и преобладанием импульсации от здорового уха, направление спонтанного нистагма меняется - он уже направлен в здоровую сторону (нистагм деструкции, или угнетения).

В диагностике лабиринтных расстройств важная роль отводится фистульной (прессорной) пробе. При наличии в полукружном канале фистулы (свища) симптом легко вызывается повышением или понижением давления воздуха в наружном слуховом проходе либо осторожным дотрагиванием пуговчатым зондом до места предполагаемой фистулы на медиальной стенке барабанной полости. Больной должен быть предупрежден о возможном резком головокружении при проведении исследования. Фистульный симптом проявляется так называемым прессорным нистагмом, головокружением или своеобразным ощущением «толчка», в некоторых случаях тошнотой, рвотой. Кохлеарные расстройства при лабиринтите проявляются снижением слуха и ушным шумом. При серозном лабиринтите снижение слуха бывает по

смешанному типу, преимущественно с поражением звуковоспринимающего аппарата.

Острый лабиринтит продолжается до 2-3 нед, после чего наступает выздоровление либо заболевание принимает латентное течение и продолжается многие годы, лишая человека трудоспособности. Воспаление лабиринта, особенно гнойная или некротическая его формы, может осложниться распространением инфекции в полость черепа по преформированным путям (внутренний слуховой проход, водопроводы преддверия и улитки), и тогда развиваются опасные для жизни внутричерепные осложнения.

Лечение лабиринтита, как правило, комплексное. Консервативное лечение включает антибактериальную и дегидратационную терапию, направленную на предупреждение перехода серозного воспаления в гнойное и развития отогенных внутричерепных осложнений. Применяют антибиотики широкого спектра действия, исключая ототоксические. Дегидратационная терапия складывается из диеты, применения диуретиков, кортикостероидных препаратов, введения гипертонических растворов. При остром диффузном серозном или гнойном лабиринтите, развившемся у больного с острым или обострением хронического гнойного среднего отита, показана элиминация гнойного очага - выполняется операция типа антромастотомии или санирующая общеполостная операция. До этого в течение 6-8 дней проводится консервативная терапия. За это время формируется грануляционный вал в области фистулы лабиринта и прекращается поступление токсинов во внутреннее ухо. Однако если лабиринтная атака не стихает в течение первых 4-5 дней, операцию не следует откладывать.

Вопрос 4. Клиническая анатомия гортани: хрящи гортани

Скелет гортани составляют хрящи, соединенные связками. Различают три одиночных и три парных хрящей гортани:

Три одиночных:

- 1) перстневидный хрящ (*cartilago cricoidea*);
- 2) щитовидный хрящ (*cartilago thyreoidea*);
- 3) надгортанный хрящ (*cartilago epiglottica*) или надгортанник (*epiglottis*).

Три парных:

- 1) черпаловидные хрящи (*cartilagines arytaenoidea*);
- 2) рожковидные хрящи (*cartilagines corniculatae*);
- 3) клиновидные хрящи (*cartilagines cuneiformes*, s. *Wrisbergi*).

Перстневидный хрящ является основой скелета гортани: узкая часть (дуга) обращена вперед, а расширенная (пластина) – назад к пищеводу. Боковые поверхности перстневидного хряща имеют верхние и нижние суставные площадки для сочленения с черпаловидными и щитовидным хрящами соответственно.

Щитовидный хрящ – самый большой хрящ гортани в форме «щита или раскрытой книги», расположен над перстневидным хрящом. Две его пластины в месте сращения спереди по средней линии образуют гребень, у верхнего края которого имеется вырезка. На внутренней поверхности угла,

образованного пластинками щитовидного хряща, прикрепляются голосовые складки. С обеих сторон задние отделы пластинок щитовидного хряща имеют верхние и нижние рога. Нижние – более короткие - служат для сочленения с перстневидным хрящом; верхние – направлены в сторону подъязычной кости, где соединяются с большими ее рогами щитоподъязычной мембраной. На наружной поверхности пластинок щитовидного хряща расположена косая линия, идущая сзади наперед и сверху вниз, к которой прикрепляется часть наружных мышц гортани. Надгортанный хрящ или надгортанник, представляет собой листовидной формы пластинку. Широкая часть его – над щитовидным хрящом – расположена позади корня языка и называется лепестком. Узкая нижняя часть – стебелек – посредством связки прикрепляется к внутренней поверхности угла щитовидного хряща.

Черпаловидные хрящи имеют форму рехгранных пирамид, верхушки которых направлены вверх, несколько кзади и медиально. Основание пирамиды сочленяется с суставной поверхностью печатки перстневидного хряща. К передне-внутреннему краю основания черпаловидного хряща – голосовому отростку – прикрепляется голосовая мышца, а к передне-наружному (*processus muscularis*) – задняя и боковая перстнечерпаловидные мышцы. К латеральной поверхности пирамиды черпаловидного хряща в

области передненижней его трети, где расположена продолговатая ямка, фиксируется другая пучок голосовой мышцы.

Клиновидные хрящи располагаются в толще черпалонадгортанной складки.

Рожковидные хрящи располагаются над верхушкой черпаловидных хрящей. Клиновидные и рожковидные хрящи - небольшие по размерам сесамовидные хрящи, не постоянные – по форме и размерам.

В гортани имеется два парных сустава:

1. Перстнещитовидный сустав (*articulatio cricothyreoidea*) образован боковой поверхностью перстневидного хряща и нижним рогом щитовидного хряща. Щитовидный хрящ, наклоняясь в суставе вперед или назад, увеличивает или уменьшает натяжение голосовых складок, изменяя высоту голоса.
2. Перстнечерпаловидный сустав (*articulatio cricoarytenoidea*) образован нижней поверхностью черпаловидного хряща и верхней суставной площадкой пластины перстневидного хряща. Движения в перстнечерпаловидном суставе (вперед, назад, медиально и латерально) определяют ширину голосовой щели.

Вопрос 5. Острый катаральный ларингит. Этиология, клинические проявления, принципы лечения

Острый катаральный ларингит - острое катаральное воспаление слизистой оболочки гортани. Как самостоятельное заболевание возникает в результате активизации флоры, сапрофитирующей в гортани под влиянием экзогенных и эндогенных факторов. Среди экзогенных играют роль такие факторы, как переохлаждение, раздражение слизистой оболочки, воздействие

профессиональных вредностей, длительный громкий разговор на холоде, употребление очень холодной или горячей пищи. Эндогенные факторы: пониженная иммунная реактивность, болезни желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции, возрастная атрофия слизистой.

Среди разнообразных этиологических факторов в возникновении данного заболевания играет роль бактериальная флора - В-гемолитический стрептококк, *streptococcus pneumoniae*, вирусные инфекции; вирусы гриппа (А и В), парагриппа, коронавирус, риновирус, грибковая флора. Часто встречается смешанная флора.

Клиническая картина характеризуется появлением охриплости, першения, чувства дискомфорта и инородного тела в гортань. Температура чаще нормальная, реже повышается до субфебрильной. Нарушения голосообразовательной функции выражаются в виде различной степени дисфонии. Иногда больного беспокоит сухой кашель, который в дальнейшем сопровождается отхождением мокроты.

Характерная ларингоскопическая картина – выраженная гиперемия слизистой всей гортани или только голосовых складок, утолщение, отечность и неполное смыкание голосовых складок; отсутствие температурной реакции, если нет респираторной инфекции.

При своевременном и адекватном лечении заболевание заканчивается в течение 10-14 дней; длительность более 3 нед. Чаще всего свидетельствует о переходе в хроническую форму. Важнейшей и необходимой лечебной мерой является соблюдение голосового режима до стихания острых воспалительных явлений. Не рекомендуется прием острой, соленой пищи, спиртных напитков, курение.

Лекарственная терапия в основном носит местный характер.

Эффективны ингаляции и орошение слизистой гортани комбинированными препаратами, содержащими противовоспалительные компоненты, вливание в гортань лекарственных смесей из кортикостероидных, антигистаминных препаратов и антибиотиков в течение 7-10 дней. Эффективны смеси для вливания в гортань, состоящие из 1% масляного р-ра ментола, эмульсии гидрокортизона с добавлением нескольких капель 0,1% р-ра адреналина гидрохлорида.

При стрептококковых и пневмококковых инфекциях, сопровождающихся повышением температуры тела, интоксикацией организма, назначают системную антибиотикотерапию: препараты пенициллинового ряда или макролиды.

Вопрос 6. Медикаментозный ринит, причины развития, клинические проявления, принципы лечения

Медикаментозный ринит – это форма лекарственно-индуцированный ринит, которая развивается в результате длительного использования местных сосудосуживающих лекарственных средств (топических деконгестантов)

Длительное применение топических деконгестантов приводит к феномену даун-регуляции (down-regulation) альфа-адренорецепторов, а именно к уменьшению количества рецепторов на поверхности мембран клеток и

разобщению связи их с G-белком. Это приводит к уменьшению степени выраженности и продолжительности ответа на применение альфа-адреномиметиков (развитие тахифилаксии). Также длительное применение топических деконгестантов (свыше 10–15 дней) может вызывать плоскоклеточную метаплазию, железистую гиперплазию и расширение кровеносных сосудов в слизистой оболочке полости носа. Длительность безопасного применения назальных сосудосуживающих средств остается предметом дискуссии. В среднем рекомендуют применять деконгестанты не более 7 суток.

Клинически медикаментозный ринит проявляется затруднением носового дыхания и постоянной заложенностью носа, если не используются топические деконгестанты.

Диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнеза и риноскопической картины: гиперемия и/или отечность слизистой оболочки полости носа, преимущественно нижних носовых раковин, с возможным наличием слизистого отделяемого в общих носовых ходах. При длительном употреблении деконгестантов могут наблюдаться атрофия и изъязвления слизистой оболочки.

Лечение основано на отказе от использования деконгестантов, однако с целью облегчения «синдрома отмены» предлагается в течение 1 месяца использовать назальные кортикостероиды, а при неэффективности – хирургическое лечение (подслизистая вазотомия нижних носовых раковин).

Вопрос 7. Дифференциальная диагностика аллергического и неаллергического ринита

Клинические проявления: при неаллергическом рините основными являются затруднение носового дыхания, заложенность носа, выделения из полости носа слизистого характера не носят обязательный характер; при аллергическом рините наравне с заложенностью носа и затруднением носового дыхания, присутствуют водянистые выделения из полости носа, зуд в носу, приступы чихания. Таким образом, при неаллергическом рините преобладающими являются жалобы на заложенность носа и затруднение носового дыхания, а для аллергического ринита – выделения из полости носа слизистого характера, зуд в носу, приступы чихания. Помимо этого, аллергическому риниту часто сопутствуют жалобы со стороны глаз: покраснение, слезотечение, зуд.

По данным анамнеза, клинические проявления при аллергическом рините в большинстве случаев можно связать с воздействием причинно-значимого аллергена, например пациенты могут связывать возникновение симптомов с цветением определенных растений или отмечать, что симптомы появляются при контакте с определенным животным. Однако, сложности могут возникнуть при персистирующей форме аллергического ринита, когда симптомокомплекс носит постоянный характер, а пациенты при этом не могут выделить определенный аллерген.

Риноскопически при аллергическом рините отмечается отек слизистой оболочки, часто с сероватым или синюшным оттенком, в полости носа обильное количество прозрачного слизистого отделяемого. При хроническом неаллергическом рините в большинстве случаев риноскопически определяется только отечность и гипертрофия слизистой оболочки нижних носовых раковин.

При аллергическом рините кожные пробы с аллергенами в значительном количестве случаев оказываются положительными, в отличие от неаллергического ринита. При проведении назального провокационного теста при аллергическом рините в носовой промывной жидкости могут определяться sIgE и эозинофилия. (Однако надо помнить, что при выявлении только эозинофилии в назальном лаваже может говорить о наличии НАРЭС (неаллергический ринит с эозинофильным синдромом), отличительной характеристикой которого является отсутствие признаков аллергического заболевания.)

При аллергическом рините системные антигистаминные препараты оказывают быстрый положительный эффект, в отличие от хронического неаллергического ринита.

Вопрос 8. Носовое кровотечение. Причины, принципы оказания медицинской помощи.

Причины: Травмы носа, травмы слизистой оболочки, гипертоническая болезнь, гипертонические кризы, прием антикоагулянтов, дезагрегантов, сахарный диабет (ремоделирование сосудов) атрофический ринит в т.ч. перфорация перегородки носа с незаживающими краями, длительная экспозиция сухому воздуху, самостоятельное удаление корок, выраженное искривление перегородки носа в передних отделах, приводящее к иссушению и истончению слизистой оболочки, «кровооточающий полип» (ангиогранулема перегородки носа), Передние отделы перегородки носа – большинство кровотечений вышеуказанных этиологий, ввиду большого количества сосудистых анастомозов в зоне Киссельбаха. Ангиофибромы носоглотки и других локализаций, злокачественные новообразования, солидные аневризмы, Болезнь Ослера-Рандю-Вебера (наследственная геморрагическая телеангиоэктазия)

Принципы остановки носового кровотечения: «От простого к сложному, от малоинвазивных к инвазивным».

- 1) Успокоить пациента. Положение сидя (голова немного наклонена вперед). Измерение и нормализация АД (при показаниях). Прижатие крыла носа к перегородке носа.
- 2) Анемизация слизистой оболочки полости носа - ватная турунда, пропитанная адреналином либо сосудосуживающими каплями и лидокаином (при отсутствии аллергии) на 10 минут; Холод на переносье и затылочную область.
- 3) Удалить ватную турунду и геморрагические сгустки, попробовать установить источник кровотечения (сосуд). Введение гемостатической

губки как можно ближе к источнику, при неэффективности либо сильном кровотечении выполнение передней тампонады (возможные варианты): 1. пальцевой тампон прошить установить в общий носовой ход и приклеить нитки на переносицу (профилактика аспирации тампона), 2. послойная укладка марлевой турунды, 3. установка

резинового надувного баллона. При успешной остановке – удаление тампона на 3 день.

4) Альтернативные варианты при наличии четко определяемого сосуда и технического оснащения: Инфильтрация области кровотечения местным анестетиком с добавлением адреналина; Коагуляция кровоточащего сосуда;

5) При продолжающемся кровотечении - задняя тампонада носа: резиновый проводник, введенный через нос, выводится через глотку, привязываются нитки заднего тампона, затем задний тампон проводится в носоглотку, выполняется передняя тампонада, нитки фиксируются на марлевом шарике.

6) Удаление тампонады на 3- й день при возобновлении кровотечения - повторная установка тампонов, поиск источника с эндоскопическим оборудованием для коагуляции.

7) При продолжающемся кровотечении – Селективная эндоваскулярная эмболизация приводящих артерий при упорных носовых кровотечениях

8) Перевязка наружной сонной артерии – крайняя мера, по жизненным показаниям.

Базовые мероприятия: Гемостатические средства: аминокапроновая и транексамовая кислота, дицинон и др. Контроль АД, показателей гемоглобина, эритроцитов, гематокрита. Переливание свежезамороженной плазмы или эритроцитарной массы. Отмена антикоагулянтов, дезагрегантов по возможности.

Вопрос 9. Острый стеноз гортани. Причины, стадии, принципы лечения.

Причины: Двусторонний парез гортани. Ларингоспазм, Опухоли гортани, Острый подскладковый ларингит (ложный круп). Травма гортани. Аллергический отек гортани. Инородное тело гортани. Эпиглоттит и абсцесс надгортанника. Дифтерия гортани.

Стадии:

- компенсация – инспираторная одышка при физической нагрузке, ЧД – норма, 16-20 в минуту
- субкомпенсация – инспираторная одышка в покое, втяжение податливых мест грудной клетки, ЧД – 20-24 в минуту
- декомпенсация – инспираторная одышка в покое, стридорозное дыхание, акроцианоз, втяжение податливых мест грудной клетки, возбуждение, тахикардия, повышение АД, ЧД - 25-30 и более в минуту
- терминальная (асфиксия) – цианоз, бледность кожных покровов,

падение АД, нитевидный пульс, урежение ЧД, аритмичность дыхания (типа Чейн-Стокса), холодный пот, потеря сознания, остановка дыхания и сердечной деятельности

Лечение: Определяется стадией и причиной состояния.

Стадии компенсации и субкомпенсации

- Аллергический отек гортани: противоотечная терапия (глюкокортикостероиды внутривенно, антигистаминные препараты)
- Острый подскладковый ларингит: ингаляции глюкокортикостероидов, при неэффективности, их парентеральное введение. Рефлекторная терапия: горячие ножные ванны, горчичники на икроножные мышцы
- Ларингоспазм, рефлекторный кашель со спазмом голосовых складок: успокоить пациента, убедить что жизни ничего не угрожает, успокоительные средства, консультация невролога, психоневролога, противокашлевая терапия, иглорефлексотерапия планово.
- Инородное тело гортани – удаление инородного тела.
- Эпиглоттит и абсцесс надгортанника: антибактериальная терапия широкого спектра, глюкокортикостероиды, вскрытие абсцедирующей формы. Дифтерия: использование антибиотиков для ликвидации дифтерийной инфекции и применение дифтерийного антитоксина для нейтрализации действия токсинов бактерий. Удаление пленок, кислородотерапия, глюкокортикостероиды.

- Двусторонний парез: глюкокортикостероиды внутривенно в остром периоде, витамины группы В, улучшение нервно-мышечной передачи прозерин, контроль ионизированного кальция.

- Травма, опухоли: глюкокортикостероиды внутривенно (уменьшение отека в остром периоде при поступлении), антибактериальная терапия. Комментарий: При невозможности экстренной этиотропной терапии (опухоли, двусторонний парез с полным повреждением возвратных гортанных нервов при экстирпации щитовидной железы, обширные травмы, первой задачей лечения стеноза является компенсация жизненноважных функций и подготовка пациента к трахеостомии: кислородотерапия, поддержание АД, глюкокортикостероиды для снятия отека. После наложения трахеостомы, возможна плановые вмешательства для устранения причины стеноза: удаление опухоли, аритенохордэктомия и т.д.

При неэффективности консервативного лечения и нарастании признаков стеноза гортани – трахеотомия!!!

Лечение при стадии субкомпенсации (отсутствие положительной динамики) и декомпенсации – хирургическое, трахеотомия, при асфиксии – коникотомия.

Трахеотомия: положение больного на спине с валиком под лопатками, по возможности – наркоз, либо местная инфильтративная анестезия, седация. а – разрез кожи по срединной линии шеи, б – тупым способом диссекция мышц, фасций, выделение трахеи. В зависимости от перешейка щитовидной железы – выполнение трахеостомы верхней,

средней, нижней. Точкой отсчёта при этом является перешеек щитовидной железы: рассечение колец трахеи начиная со второго выше перешейка — верхняя трахеотомия, позади перешейка (как правило, с его пересечением) — средняя, ниже перешейка — нижняя трахеотомия. в – рассечение хрящевых полуколец Н -образным разрезом, наложение кожно-трахеальных швов г – установка трахеостомической трубки с манжетой. д – затягивание швов.

Коникотомия: 1 этап – коникотомия (рассечение кожи и перстнещитовидной связки). 2 этап - введение трубки в коникостому разведя края расширителем трахеи, носовым зеркалом, крючками, пинцетом.

Вопрос 10. Острая сенсоневральная тугоухость. Клинические проявления, принципы лечения

Для ОСНТ характерны жалобы больного на снижение слуха и субъективный шум в ушах различной высоты и интенсивности. В некоторых случаях к этим жалобам присоединяется головокружение и расстройство равновесия (острый кохлеовестибулярный синдром). Шум при нейросенсорной тугоухости обычно высокочастотный (писк, свист, звон и др.), иногда он очень беспокоит больного и становится его основной жалобой.

Лечение ОСНТ должно быть начато незамедлительно. В первые дни применяется стероидная терапия, которая может проводиться системно (перорально или внутривенно) и местно (интратимпанально). Интратимпанальное введение кортикостероидов в барабанную полость (дексаметазон), сосудистая терапия, ноотропы, антиоксиданты, антикоагулянты (острый кохлеовестибулярный синдром), физиотерапевтическое лечение, мануальная терапия.

Вопрос 11. Болезнь Меньера. Патогенез, диагностика

Этиопатогенез болезни Меньера связан с увеличением количества лабиринтной жидкости (эндолимфы), что приводит к лабиринтной гипертензии. Механизм развития эндолимфатического гидропса и лабиринтной гипертензии при этом сводится к трем основным моментам: гиперпродукция эндолимфы, снижение ее резорбции и нарушение проницаемости мембранных структур внутреннего уха. Повышение внутрилабиринтного давления ведет к выпячиванию основания стремени и мембраны окна улитки в барабанную полость. Это создает условия, затрудняющие проведение звуковой волны по жидкостным системам внутреннего уха, а также нарушает трофику рецепторных клеток улитки, преддверия и полукружных каналов.

Диагностика: сбор анамнеза, вестибулометрия, тональная пороговая аудиометрия, МРТ височных костей с контрастированием, дегидратационный тест.

Вопрос 12. Клиническая анатомия лобной пазухи, топография, кровоснабжение и иннервация.

Лобные пазухи (sinus frontalis) - парные, находятся в чешуе лобной кости. Конфигурация и размеры их переменны, в среднем объем каждой составляет 4,7 см³, на сагиттальном разрезе черепа можно отметить ее треугольную форму. Пазуха имеет 4 стенки. Нижняя (глазничная) в большей своей части является верхней стенкой глазницы и на небольшом протяжении граничит с ячейками решетчатого лабиринта и полостью носа. Передняя (лицевая) стенка является наиболее толстой (до 5-8 мм). Задняя (мозговая) стенка граничит с передней черепной ямкой, она тонкая, но весьма прочная, состоит из компактной кости. Медиальная стенка (перегородка лобных пазух) в нижнем отделе обычно располагается по средней линии, а кверху может отклоняться в стороны. Передняя и задняя стенки в верхнем отделе сходятся под острым углом. На нижней стенке пазухи, спереди у перегородки, находится отверстие канала лобной пазухи, с помощью которого пазуха сообщается с полостью носа. Канал может иметь длину около 10-15 мм и ширину 1-4 мм. Заканчивается он в переднем отделе полунисной щели в среднем носовом ходе. Иногда пазухи распространяются латерально, могут иметь бухты и перегородки, быть большими (более 10 см³), в ряде случаев отсутствуют, что важно иметь в виду в клинической диагностике.

Кровоснабжение. Лобная пазуха снабжается кровью из верхнечелюстной и глазной артерий.

Венозная система пазух характеризуется наличием широкопетливой сети, особенно развитой в области естественных соустьев. Отток венозной крови происходит через вены носовой полости, но ветви вен пазух имеют анастомозы с венами глазницы и полости черепа.

Лимфоток из околоносовых пазух осуществляется в основном через лимфатическую систему полости носа и направлен к поднижнечелюстным и глубоким шейным лимфатическим узлам.

Иннервация лобных пазух осуществляется первой ветвью тройничного нерва и из крылонебного узла.

Вопрос 13. Полипозный риносинусит. Клинические проявления, диагностика, принципы лечения, прогноз

Ответ:

А) Полипозный риносинусит определяется симптомами: заложенность носа, выделения из носа, стекание слизи по задней стенке глотки, лицевая боль, давление в проекции околоносовых пазух, снижение/потеря обоняния; продолжительностью ≥ 12 недель.

Б) Диагноз полипозный риносинусит ставится по результатам:

- Риноскопии
- Компьютерной томографии околоносовых пазух (КТ ОНП)
- Назальной эндоскопии

В) Принципы лечения : Приоритетным считается медикаментозное лечение антигистаминовая терапия, длительное использование топических и/или системных стероидов, промывание носа изотоническим солевым раствором, , а при обострении необходим курс антибиотикотерапии широкого спектра.

Биологическая терапия - это высоко потенциальное и эффективное направление в медицине.

При неэффективности консервативного лечения показано хирургическое включающее в себя малоинвазивную технику эндоскопической ринопластики.

Г) Динамическое наблюдение врача оториноларинголог, комплексное хирургическое и медикаментозное лечение улучшает качество жизни больного.

Вопрос 14. Искривление перегородки носа. Этиология, клинические проявления, принципы лечения

Искривление носовой перегородки носа может быть врожденным, приобретенным и физиологическим. Врожденные деформации формируются чаще всего в процессе травмы носовой перегородки при родах. Приобретенные искривления являются результатом травмы носа, околоносовой области, патологических процессов, таких, как опухоли полости носа и околоносовых пазух, которые в процессе своего роста способны деформировать носовую перегородку. Физиологические искривления образуются в процессе развития носовой перегородки, поскольку хрящ растет быстрее чем кость и наслаивается на последнюю в местах, где имеется сочленение двух этих тканей. При равномерном наслоении хряща на кость формируются искривления, не приводящие к клиническим проявлениям. Однако, при смещении роста хряща в одну из сторон, могут формироваться гребни, шипы, бугры носовой перегородки.

Клинически искривление носовой перегородки проявляется стойким одно или двусторонним затруднением носового дыхания, попеременной заложенностью носа. При выраженных искривлениях в переднем отделе перегородки возможны эстетические нарушения, в виде деформаций в области преддверия и кончика носа. На стороне искривления могут развиваться воспалительные процессы, такие, как синуситы, которые часто можно выявить в анамнезе у пациентов. Для улучшения носового дыхания пациенты часто и длительно используют сосудосуживающие капли.

Данное заболевание является абсолютно хирургическим. Для лечения выполняются операции по коррекции искривления, такие как септопластика, кристотомия, лазерная септохондрокоррекция. Операции выполняются в условиях ЛОР-стационаров, под наркозом и, реже, под местной анестезией.

При септопластике производится подслизистая отсепаровка остова перегородки, резекция искривленных участков, их моделирование и реимплантирование. В полость носа для фиксации пластики устанавливаются тампоны на период 1 суток. При кристотомии производится подслизистая резекция ограниченного участка остова перегородки – шипа или гребня.

Лазерная септохондрокоррекция проводится при ограниченных и не сильно выраженных искривлениях в хрящевом отделе носовой перегородки.

Вопрос 15. Аллергический ринит, определение, классификация, диагностика, принципы лечения

Аллергический ринит – заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа, которое развивается под действием аллергенов и наличием ежедневно проявляющихся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа.

В качестве источников сенсибилизации могут быть пыльца растений (поллиноз), бытовые (пыль), эпидермальные, профессиональные, пищевые, грибковые и другие аллергены.

В зависимости от этиологического фактора выделяют сезонный (САР), круглогодичный / бытовой (КАР) или профессиональный АР.

По характеру течения выделяют:

- интермиттирующий АР – симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 нед в году;
- персистирующий АР – симптомы беспокоят более 4 дней в неделю и более 4 нед в году.

По степени тяжести:

- легкая степень – у пациента имеются слабовыраженные симптомы ринита, которые не нарушают дневную активность и сон;
- средняя степень – симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон пациента;
- тяжелая степень – симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нормально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон.

По стадии заболевания: обострение, ремиссия.

В диагностике уделяют большое внимание сбору жалоб и анамнеза. Ведущими жалобами являются заложенность носа, выделения из носа и по задней стенке глотки водянистого или слизистого характера, зуд в полости носа. Также пациенты могут предъявлять жалобы на снижение обоняния, головную боль. В анамнезе прослеживается четкая связь с контактом с причинно-значимым аллергеном, например контакт с животными, обострение в периоды цветения растений. Часто имеются указания на сопутствующие заболевания: аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, синдром перекрестной пищевой непереносимости, атопический дерматит.

При осмотре обращают на себя внимание наличие цианоза век, периорбитальных областей, мацерация кожи верхней губы в силу периодического или постоянного трения рукой в данной области, дыхание через рот, гнусавый оттенок голоса.

Для диагностики используют переднюю и заднюю риноскопию, эндоскопию полости носа, при которой обращают на себя внимание бледность и отечность слизистой оболочки полости носа, которая иногда может иметь синюшный оттенок, наличие обильного серозного отделяемого.

Лабораторно исследуют кровь на предмет эозинофилии, а также проводят анализ мазков-отпечатков или смывов на определение эозинофилов в носовом секрете. Более детальное обследование проводится аллергологом.

При лечении аллергического ринита используются антигистаминные ЛС, интраназальные глюкокортикостероиды, специфическую иммунотерапию под контролем аллерголога, биологическую терапию, а также хирургическую коррекцию сопутствующей патологии, которая отягощает течение аллергического ринита.

Вопрос 16. Гипертрофический ринит. Классификация, клинические проявления, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

Хронический гипертрофический ринит (*rhinitis chronica hipertrophica*) характеризуется гиперплазией слизистой оболочки, часто с вовлечением надкостницы и костной ткани носовых раковин и может быть диффузной и ограниченной формы. Наиболее часто разрастание и утолщение слизистой оболочки происходит на нижней носовой раковине, реже средней в местах локализации кавернозной ткани. Клиника заболевания характеризуется длительным течением, постоянным затруднением носового дыхания, не проходящим после вливания в нос сосудосуживающих препаратов, слизистым или слизисто-гнойным отделяемым, периодическими головными болями, сухостью во рту, ротоглотке. У некоторых больных отмечается понижение обоняния и вкуса различной выраженности. Постоянная заложенность носа обуславливает изменение тембра голоса - появляется закрытая гнусавость (*rhinolalia clausa*). Гипертрофия заднего конца нижней носовой раковины может нарушить вентиляцию слуховой трубы с признаками заложенности уха и понижением слуха (тубоотит).

Лечение - хирургическое. Щадящее отношение к слизистой оболочке.

Подслизистые воздействия: подслизистая вазотомия н/н раковин, подслизистая остеоконхотомия, латриопексия, удаление заднего конца н/н раковин.

Вопрос 17. Атрофический ринит, клинические проявления, диагностика, принципы лечения. Озена, этиологические теории, клинические проявления.

Атрофический ринит (*rhinitis atrophica*) представляет собой ограниченные или диффузные неспецифические изменения (атрофию) слизистой оболочки полости носа, в основе которых лежит дистрофический процесс. В зависимости от распространенности процесс может носить локальный или диффузный характер, в зависимости от этиологии бывает первичным или (генуинным - озена) и вторичным. Больные жалуются на ощущение сухости в носу, образование корок, затруднение носового дыхания, понижение обоняния. Корки в носу нередко вызывают зуд, поэтому больной пытается удалить их пальцем, что приводит к повреждению слизистой оболочки, периодическим кровотечениям, изъязвлению, что ускоряет появление перфорации перегородки носа в области зоны Киссельбаха. Озена (огавиа) - тяжелая форма

атрофического процесса в носу, распространяющегося как на слизистую оболочку, так и на костные стенки полости носа и носовых раковин с продуцированием быстро засыхающего отделяемого с сильным специфическим, неприятным запахом. Известна социальная, анатомическая, воспалительная, очаговая, инфекционная, нейродистрофическая и эндокринная теории возникновения этого заболевания. Наиболее распространенными являются инфекционная и неинфекционная (нейродистрофическая) теории. Согласно инфекционной теории, главную роль играет разнообразная микрофлора, высеваемая из носовой слизи у больных оzenой (коринебактерии, протей), однако наиболее часто (у 80% больных) высеивается клебсиелла оzeny (*Klebsiella ozaenae*), которой отводится ведущая роль при этой патологии. По неинфекционной (нейродистрофической) теории, в возникновении оzeny основное значение имеет нарушение состояния вегетативной и эндокринной систем или симпатической иннервации, что приводит к дистрофическим процессам в полости носа. Встречается оzena редко, чаще у женщин молодого возраста.

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1.

Пациент, 21 года, с жалобами на боль в горле, повышение температуры тела до 39°, головную боль, слабость, плохой аппетит – в течение суток.

При фарингоскопии: умеренная гиперемия с цианотичным оттенком слизистой оболочки небных миндалин и небных дужек, миндалины увеличены в размерах, на их поверхности и мягком небе определяются плотные фибринозные налеты грязно-серого цвета, которые с трудом отделяются, обнажая эрозивную поверхность.

Пальпируются лимфатические узлы по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы - увеличенные, плотной консистенции, мало болезненные.

Вопрос: Диагноз, дифференциальный диагноз, необходимые санитарно-эпидемиологические мероприятия.

Ответ:

Диагноз: Дифтерия глотки, локализованная пленчатая форма (Ангина при дифтерии).

Дифференциальный диагноз: с лакунарной и фолликулярной ангинами, ангиной при скарлатине, кори, инфекционном мононуклеозе, ангиной при лейкозе и агранулоцитозе, язвенно-некротической ангиной Симановского-Плаута-Венсана, грибковой ангиной.

Необходимые санитарно-эпидемиологические мероприятия:

- 1) бактериологическое исследование мазка на BL (дифтерийную палочку), взятого из участков поражения глотки: мазок или лучше кусочек пленки следует брать с периферических отделов налета, где обсемененность выше.
- 2) незамедлительная госпитализация пациента в инфекционный стационар,

в санэпидстанцию направляется экстренное извещение.
3) введение противодифтерийной антитоксической сыворотки

Задача 2

Пациент 27 лет обратился в клинику с жалобами на стойкую головную боль, преимущественно в затылочной области в течение полугода, постоянное стекание слизи по задней стенке глотки, в течение 5-6 лет. Лечился самостоятельно без эффекта.

Объективно: при передней риноскопии - отечность слизистой оболочки, густое слизистое отделяемое в верхнем носовом ходе слева; при фарингоскопии - стекание густого гнойного отделяемого по задней стенке глотки.

Вопрос: Диагноз. Предложите тактику ведения пациента (дообследование, лечение), обоснуйте свой выбор.

Ответ: Предположительный диагноз: Левосторонний хронический гнойный сфеноидит.

Пациенту необходимо выполнение МСКТ околоносовых пазух для уточнения диагноза. Тактика лечения пациента будет зависеть от данных МСКТ.

Учитывая длительность заболевания, отсутствие эффекта от консервативного лечения, пациенту показано проведение хирургического вмешательства – эндоскопической сфенотомии с целью санации пазухи, и предотвращения осложнений.

Задача 3

Пациентка 37 лет, экскурсовод по профессии, обратилась к ЛОР-врачу с жалобами на охриплость и утомляемость голоса. Изменение тембра голоса отметила год назад.

При непрямой ларингоскопии: слизистая оболочка гортани бледно-розового цвета, голосовая щель широкая, дыхание свободное. Движения обеих половин гортани в полном объеме. На границе передней и средней трети голосовых складок по их свободному краю определяются округлой формы белого цвета, симметричные локальные утолщения размером до 2 мм, при фонации отмечает несмыкание голосовых складок до 2мм.

Вопрос: Диагноз. Лечебная тактика.

Ответ: диагноз: Узелки голосовых складок (певческие узелки)

Лечебная тактика: по данным международных исследований 2-3 курса консервативной терапии могут носить положительный эффект на стадии формирования узелков. В такие курсы входит соблюдение щадящего голосового режима и проведение курсов фонопедической терапии. Также дополнительно возможно назначение медикаментозной терапии, направленной на противовоспалительное действие и уменьшение местных экссудативных явлений и применение физиотерапевтических методов лечения.

При неэффективности консервативного лечения необходимо проведение хирургического удаления узелков голосовых складок в технике микро-флэп с соблюдением фонохирургических принципов

Для профилактики формирования узелком также необходимо проведение фонопедической терапии, направленной на оптимизацию механизма фонации и формирование физиологичной манеры голосообразования.

Задача 4

Больной 25 лет жалуется на постоянную сухость и ощущение инородного тела в гортани в течение 3 лет.

Объективно: при фарингоскопии слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемизирована, отечна, визуализируется инъекция сосудов. Небные миндалины – не выступают за небные дужки, отделяемого в лакунах нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены и безболезненные при пальпации.

Вопрос: Диагноз, лечебная тактика.

Ответ:

На основании жалоб и фарингоскопической картины можно поставить клинический диагноз: хронический фарингит: катаральная форма. В основе лечения лежит уменьшение экспозиции глотки провоцирующим факторам (использование респиратора при контакте с пылью, агрессивными химическими веществами, дымом), по возможности – ограничение приема крепких алкогольных напитков, курения сигарет и сигар, потребления красного перца. Важным фактором может быть высокий гастро-эзофаго-фарингеальный рефлюкс, пациенту необходимо пройти обследование у гастроэнтеролога, при выявлении высоко рефлюкса – соблюдение диеты, применение антирефлюксной, антисекреторной терапии.

Местная терапия заключается в назначении топических НПВС в пастилках, спреях, растворах для полоскания: флурбипрофен, бензидамин, кетопрофен. Средства используются курсом 5-7 дней при обострении жалоб.

В случае неэффективности лечения, может потребоваться дообследование: бак. посев из зева, исключение постназального синдрома (КТ околоносовых пазух).

Задача 5.

Пациентка 56 лет, обратилась в ЛОР-клинику с жалобами на асимметрию лица, выделения из левого уха с запахом, снижение слуха на левое ухо. Периодические выделения из левого уха отмечает в течение длительного времени, однако к врачу не обращалась. Асимметрия лица возникла накануне вечером.

При осмотре: отмечается сглаженность левой носогубной складки, невозможность наморщивания лба и поднятия левой брови, невозможность полностью закрыть левый глаз. Нарушен вкус на передних 2/3 языка слева на

соленое, сладкое и кислое.

При отоскопии левого уха – определяется дефект в ненатянутой части барабанной перепонки, холестеатомные массы.

Вопрос: Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.

Ответ:

- А) Хронический эпитимпано-антральный гнойный средний отит. Холестеатома ненатянутого отдела. Парез лицевого нерва.
- Б) Провести дифференциальную диагностику с невриномой VIII и иными образованиями среднего уха по результатам МРТ в определенных режимах (T1, T2, EPI DWI, non-EPI DWI).
- В) Экстренная госпитализация для выполнения операционного вмешательства в объеме аттикоантромастотомии с удалением задней стенки и формированием открытой полости.

Задача 6.

Пациент, 40 лет, обратился с жалобами на ощущение сухости, саднения, першения в горле, что вызывает необходимость частого покашливания, особенно в утренние часы - на протяжении 5 лет. Из сопутствующих заболеваний - сахарный диабет 2 типа, ГЭРБ.

При фарингоскопии: слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, утолщена, с наличием на поверхности округлых образований красного цвета диаметром 2-3 мм (см. рис).

Вопрос: Диагноз, лечебная тактика.

Ответ: У пациента хронический гранулёзный фарингит. В данном случае воспалительный процесс на слизистой задней стенке глотки является вторичным, обусловленным забросом кислого содержимого в глотку в силу наличия у пациента гастро-эзофагального рефлюкса. Необходима консультация гастроэнтеролога, проведение гастроскопии, с последующим лечением рефлюксной болезни.

Задача 7.

У пациента, 16 лет, отмечается стойкое затруднение носового дыхания через обе половины носа, периодически возникают носовые кровотечения в течение нескольких лет. 3 месяца назад заметил деформацию лица за счет припухлости левой щеки.

Объективно: риноскопически - в задних отделах полости носа определяется плотное образование ярко-розового цвета с гладкой поверхностью, при зондировании – плотной консистенции, кровоточащее.

Вопрос: Предполагаемый диагноз. Дифференциальный диагноз. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

Ответ: Д-з: Юношенская ангиофиброма.

Диф. диагноз с раком носоглотки, аденоидами.

Дополнительные методы исследования: КТ околоносовых пазух / МРТ основания черепа.

Задача 8.

Пациент 42 лет обратился с жалобами на стойкое затруднение носового дыхания, заложенность носа, выделения из носа и по задней стенке глотки слизисто-гнойного характера. Указанные жалобы беспокоят в течение 6 лет после спортивной травмы носа. Неоднократно проходил курсы амбулаторного лечения у ЛОР-врача по поводу обострения двустороннего верхнечелюстного синусита, включая антибактериальную терапию и пункции верхнечелюстных пазух, однако эффект от лечения был кратковременным.

Объективно: при передней риноскопии отмечается выраженное смещение носовой перегородки влево с формированием гребня. в средних носовых ходах – слизисто-гнойное отделяемое; слизистая оболочка отечна, застойно гиперемирована.

Вопрос: Диагноз. Предложите тактику ведения пациента (дообследование, лечение), обоснуйте свой выбор.

Ответ. Диагноз: Двусторонний хронический верхнечелюстной синусит, стадия обострения. Искривление перегородки носа.

Тактика. 1 этап – консервативное лечение купирование обострения двустороннего верхнечелюстного синусита. Консервативное лечение (как острый синусит): 1) элиминационно-ирригационная терапия; 2) назальные формы противоконгестивных средств - альфа-адреномиметиков (Деконгестанты) с целью разгрузочной терапии; 3) топические глюкокортикостероиды; 4) мукоактивная терапия с целью нормализации работы мукоцилиарного эпителия, разжижения и облегчения эвакуации патологического отделяемого; 5) проведение пункционного лечения при наличии рентгенологически подтвержденного патологического содержимого в пазухе (уровень жидкости); 6) решение вопроса об антибактериальной терапии в зависимости от тяжести течения, наличии сопутствующей патологии, данных анамнеза относительно применяемых антибактериальных препаратов ранее.

При купировании обострения через 1-1,5 месяца Компьютерная томография околоносовых пазух, после чего решение вопроса об объеме хирургического вмешательства только септопластика или

Септопластика и эндоскопическая операция на обеих верхнечелюстных пазухах. При отсутствии стойкого

Задача 9.

Пациент 43 лет обратился с жалобами на сильный зуд и боль в левом ухе, снижение слуха и слизисто-гнойные выделения из этого уха. Данные жалобы возникли неделю назад после попадания воды.

Отоскопически: кожа левого наружного слухового прохода гиперемирована, просвет слухового прохода резко сужен с признаками воспаления, содержит казеозные массы темного цвета, барабанная перепонка не обозрима (см.рис.).

Вопрос: Предполагаемый диагноз. Дополнительные методы исследования. Лечебная тактика.

Ответ: Острый наружный диффузный левосторонний отит.

Микробиологический анализ отделяемого из уха с выявлением антибиотикочувствительности до начала лечения.

Исследование содержания глюкозы в крови

Лечение : избегать переохлаждения, перегрева, попадания воды в ухо.

Режим домашний.

Местное лечение. До прихода результатов бак. исследования – комбинированными препаратами, содержащими: гормон глюкокортикоид, антибактериальное средство, противогрибковое средство. Например: «Софрадекс», «Кандибиотик», мазь «Тридерм»

Системную антибиотикотерапию при отсутствии осложнений можно не назначать.