

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

Тестові
контрольні завдання
з оториноларингології
для лікарів-інтернів

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 9 від 21.09.2017.

Харків
ХНМУ
2017

Тестові контрольні завдання з оториноларингології для лікарів-інтернів / упоряд. А. С. Журавльов, А. В. Лупир, М. І. Яценко та ін. – Харків : ХНМУ, 2017. – 20 с.

Упорядники А. С. Журавльов
 А. В. Лупир
 М. І. Яценко
 М. В. Калашник
 Н. О. Шушляпіна
 Ю. М. Калашник
 Н. О. Юревич
 А. В. Дзиза
 Є. В. Дьоміна
 О. Є. Чернякова

Передмова

У збірці тестових контрольних завдань висвітлені найбільш актуальні питання оториноларингології, які подані у вигляді ситуаційних задач та тестів з еталонами відповідей. Відповідні завдання та питання включають у себе аспекти діагностики, оториноларингологічної тактики, алгоритми дії лікаря-оториноларинголога при невідкладних та екстрених станах, прогнозування і профілактику можливих ускладнень. При складанні збірки використані матеріали із реальних історій хвороб та досвіду роботи лікарів-оториноларингологів клініки Харківського національного медичного університету. Навчальний посібник призначений для оцінювання знань лікарів-інтернів за спеціальністю "Оториноларингологія" та "Загальна практика – сімейна медицина".

Мета збірки тестових контрольних завдань надати дидактичний матеріал для навчання лікарів-інтернів вмінням та навикам при аналізі реальних клінічних ситуацій в оториноларингології. Подібні методики навчання ілюструють процес прийняття рішення клініцистом шляхом моделювання "поведінки" лікаря при побудові схеми діагностики, визначення ризику захворювання, механізмів їх розвитку, а також обґрунтування лікувальних та профілактичних заходів при роботі з пацієнтом.

1. Хворому 38 років поставлений попередній діагноз: хронічна двобічна сенсоневральна глухуватість. Які результати додаткових методів дослідження у сурдологічному кабінеті очікує отримати лікар?

1. *AD/AS: ШМ 3 м; РМ 3 м; Re+; Sch скорочений; Ge+; Vi+; Fe+; W→; з двох боків аудіометричні криві кісткової та повітряної провідності страждають однаково, більше зліва, має місце порушення звукосприйняття на високих частотах.*
2. *AD/AS: ШМ 6 м; РМ 6 м; Re+; Sch скорочений; Ge+; Vi+; Fe+; W↓; на аудіограмі криві кісткової та повітряної провідності співпадають та знаходяться у межах 10–15 дБ.*
3. *AD/AS: ШМ 6/3 м; РМ 6/4 м; Re+; Sch скорочений; Ge+; Vi+; Fe+; W→; на аудіограмі зліва криві кісткової та повітряної провідності страждають однаково, має місце низхідний тип; справа – криві кісткової та повітряної провідності співпадають та знаходяться у межах 10–15 дБ.*
4. *AD/AS: ШМ 6/3 м; РМ 6/4 м; Re+; Sch подовжений; Ge+; Vi+; Fe+; W←; на аудіограмі зліва повітряно-кістковий розрив на 30 дБ, звукосприйняття збережене при кістковій провідності; справа – криві кісткової та повітряної провідності співпадають та знаходяться у межах 10–15 дБ.*
5. *AD/AS: ШМ 3/4 м; РМ 4/5 м; Re+; Sch подовжений; Ge+; Vi+; Fe+; W←; на аудіограмі зліва повітряно-кістковий розрив на 20 дБ, справа – на 30 дБ. Зберігається нормальне сприйняття звуку для кісткової провідності.*

2. Хвора 20 років направлена в сурдологічний кабінет із попереднім діагнозом "отосклероз". Які результати додаткових методів дослідження очікує отримати лікар?

1. *AD/AS: ШМ 3 м; РМ 3 м; Re+; Sch скорочений; Ge+; Vi+; Fe+; W→; із двох боків аудіометричні криві кісткової та повітряної провідності страждають однаково, більше зліва, має місце порушення звукосприйняття на високих частотах.*
2. *AD/AS: ШМ 6 м; РМ 6 м; Re+; Sch скорочений; Ge+; Vi+; Fe+; W↓; на аудіограмі криві кісткової та повітряної провідності співпадають та знаходяться у межах 10–15 дБ.*
3. *AD/AS: ШМ 6/3 м; РМ 6/4 м; Re+; Sch скорочений; Ge+; Vi+; Fe+; W→; на аудіограмі зліва криві кісткової та повітряної провідності страждають однаково, має місце низхідний тип; справа – криві кісткової та повітряної провідності співпадають та знаходяться у межах 10–15 дБ.*
4. *AD/AS: ШМ 6/3 м; РМ 6/4 м; Re+; Sch подовжений; Ge+; Vi+; Fe+; W←; на аудіограмі зліва повітряно-кістковий розрив на 30 дБ, звукосприйняття збережене при кістковій провідності; справа – криві*

кісткової та повітряної провідності співпадають та знаходяться у межах 10–15 дБ.

5. *AD/AS: ШМ 3/4 м; РМ 4/5 м; Re-; Sch подовжений; Ge-; Vi-; Fe-; W←; на аудіограмі зліва повітряно-кістковий розрив на 20 дБ, справа – на 30 дБ. Зберігається нормальне сприяття звуку для кісткової провідності.*

3. Хворий 47 років звернувся в поліклініку за місцем проживання до лікаря оториноларинголога зі скаргами на шум, дзвін у двох вухах, більше з лівого боку. З анамнезу відомо, що 1,5 тиж тому перехворів на грип, після чого з'явилися зазначені вище скарги. Об'єктивно: AD/AS: барабанна перетинка сіра, розпізнавальні ознаки збережені, ШМ 5/5 м; РМ 4/3 м; Re+; Sch скорочений; Ge+; Vi+; Fe+; W→; на аудіограмі з двох боків порушення сприйняття на високих частотах кісткової та повітряної провідності одночасно. Який діагноз можна поставити даному хворому?

1. *Гостра двобічна сенсоневральна глухуватість.*
2. *Хронічна двобічна сенсоневральна глухуватість.*
3. *Гострий двобічний катаральний середній отит.*
4. *Гострий двобічний тубоотит.*
5. *Отосклероз.*

4. Вчені отоневрологи проводили вивчення патогенезу хвороби Мен'єра у 48 чоловік, які страждають на дану патологію. У результаті проведених досліджень було встановлено, що в основі лежить наступний механізм:

1. *Нудгортс лабіринта.*
2. *Інфекція та алергія.*
3. *Порушення харчування, водного та вітамінного обмінів.*
4. *Нервово-трофічні розлади.*
5. *Дегенеративний процес нейроепітеліальних клітин кортієвого органа.*

5. Хвора 21 року скаржиться на шум у правому вусі, головний біль, запаморочення, зниження слуху на праве вухо, що турбує її близько 3 років із періодичністю 2–3 міс. З анамнезу відомо, що хворій був поставлений діагноз "хвороба Мен'єра". Яка отоскопічна картина характерна для даного захворювання?

1. *Барабанна перетинка перламутрово-сірого кольору, втягнена, розпізнавальні контури збережені.*
2. *Барабанна перетинка сірого кольору, утягнута, рубцево змінена, скорочена рукоятка молоточка, світловий конус розмитий.*
3. *Барабанна перетинка рожева, набрякла, розпізнавальні контури згладжені.*
4. *Барабанна перетинка гіперемована, набрякла, перфорація в pars flaccida, розпізнавальні контури згладжені.*
5. *Барабанна перетинка сірого кольору, втягнута, мутна, в барабанній порожнині крізь барабанну перетинку визначаються пухирі рідини, розпізнавальні контури збережені.*

6. Хворий 55 років направлений в ЛОР-відділення обласної клінічної лікарні з діагнозом "хронічна двобічна сенсоневральна глухуватість". З анамнезу відомо, що страждає на дане захворювання упродовж 2 років, що пов'язує з прогресивним останнім часом перебігом гіпертонічної хвороби. Яку терапію необхідно призначити такому хворому?

1. *Гіпотензивну, судинну, вітамінотерапію, курс акупунктури, внутрішньовенне лазерне опромінювання крові, слухопротезування.*
2. *Гіпотензивну терапію, слухопротезування.*
3. *Антибактеріальну, протизапальну, десенсibiliзуючу, гіпотензивну терапію.*
4. *Гіпотензивну, десенсibiliзуючу, протинабрякову терапію.*
5. *Консервативне лікування неефективне, рекомендовано проведення загальнопорожнинної сануючої операції на вусі, яке гірше чує.*

7. Хвора 56 років звернулась до ЛОР-лікаря зі скаргами на зниження слуху, шум, дзвін у двох вухах, що пов'язує з клімактеричним періодом. З анамнезу відомо, що мати хворої також страждала на двобічну глухуватість, проте до лікаря не зверталася. Після проведеного огляду та додаткових методів обстеження був поставлений діагноз "отосклероз". Яке хірургічне лікування необхідно провести?

1. *Стапедопластику.*
2. *Тимпанопластику.*
3. *Хордоплексустомію.*
4. *Загальнопорожнинну радикальну операцію на обох вухах.*
5. *Антромастоїдотомію.*

8. Хворого 34 років доставлено ШМД до ЛОР-відділення зі скаргами на напади запаморочення із обертанням предметів, нудоту, блювання, зниження слуху на ліве вухо, шум у голові більше зліва, що підсилюється між нападами. Перший напад мав місце 2 роки тому. Такі напади повторювалися до теперішнього часу: спочатку вони були нечастими – 1 раз на 2 тиж, потім стали з'являтися кожні 3–4 дні. У період ремісії хворий почуває себе добре. Об'єктивно з боку ЛОР-органів патології не визначено. Що можна запідозрити у хворого?

1. *Хворобу Мен'єра.*
2. *Отосклероз.*
3. *Хронічну лівобічну сенсоневральну глухуватість.*
4. *Хронічну правобічну сенсоневральну глухуватість.*
5. *Пухлину мостомозочкового кута зліва.*

9. Хвора 30 років звернулась до оториноларинголога зі скаргами на зниження слуху, шум у двох вухах, більше справа. В шумному оточенні хвора відмічає краще сприйняття розмовної мови. Дані скарги наростали повільно, посилились після пологів. Крім того, з анамнезу відомо, що мати та бабуся хворої страждали на глухуватість, до лікарів не звертались. Об'єктивно:

AD/AS – зовнішній слуховий прохід широкий, його шкіра суха, барабанна перетинка сіра, розпізнавальні ознаки збережені, ПМ 0/3 м; РМ 2/4 м; Re-; Sch подовжений; Ge-; Vi-; Fe-; W→; на аудіограмі з двох боків кістково-повітряний розрив на 40 дБ праворуч, 25–30 дБ зліва. Зниження повітряної провідності на усіх частотах та збереження кісткової провідності. Яке захворювання має місце у хворого?

1. *Отосклероз.*
2. *Хвороба Мен'єра.*
3. *Пухлина мостомозочкового кута праворуч.*
4. *Гостра двобічна сенсоневральна глухуватість.*
5. *Хронічна двобічна сенсоневральна глухуватість.*

10. Хвора 40 років поступила в ЛОР-клініку з діагнозом "отосклероз" для проведення стапедопластики. Яка форма отосклерозу має місце у хворої, якщо після проведення аудіометричного обстеження встановлено, що кісткове проведення знаходиться в межах норми з двох боків, пороги сприйняття звукових частот від 125 до 8 000 Гц не перевищують 20 дБ, повітряне проведення на рівні 50 дБ зліва, 70 дБ справа, а кістково-повітряний розрив від 30 до 45 дБ?

1. *Тимпанальна.*
2. *Кохлеарна.*
3. *Судинна.*
4. *Травматична.*
5. *Змішана.*

11. Хворий 36 років після переохолодження в осінню пору при дощовій та вітряній погоді скаржиться на першіння в носовій частині глотки, садніння, сухий кашель. Відзначає також підвищення температури тіла до 37,2 °С, незначний головний біль. При передній риноскопії – слизова оболонка порожнини носа бліда, суха, місцями виражена незначна гіперемія. Носове дихання не утруднене. Який діагноз поставити хворому?

1. *Гостра респіраторна вірусна інфекція.*
2. *Гострий гайморит.*
3. *Гострий нежить, 1-а стадія.*
4. *Гострий етмоїдит.*
5. *Гострий фарингіт.*

12. Хворий 47 років тривалий час для покращання носового дихання застосовував 0,1 % розчин нафтизину. У даний час при закапуванні носа судинозвужуючими препаратами покращання носового дихання не відмічає. Об'єктивно: при передній риноскопії – нижні і середні носові раковини значно збільшені в розмірах, бліді. Невелика кількість слизових виділень у носових ходах. Носові раковини при змащенні розчином адреналіну не скорочуються. Встановіть діагноз хворому.

1. *Гострий риніт.*
2. *Гострий гайморит.*
3. *Хронічний катаральний риніт.*
4. *Хронічний гіпертрофічний риніт, істинна форма.*
5. *Гострий етмоїдит.*

13. Назвіть вид оперативного втручання при істинній формі хронічного гіпертрофічного риніту.

1. *Конхотомія.*
2. *Гайморотомія.*
3. *Задня конхотомія.*
4. *Мукозотомія.*
5. *Етмоїдотомія.*

14. Хворий 56 років звернувся до лікаря зі скаргами на сухість у носі, утворення кірок, після видалення яких пальцем з'являється кровотеча. З анамнезу встановлено, що працює в хімічній промисловості (лужні та кислотні розчини). Об'єктивно: слизова оболонка бліда, суха, вкрита жовтуватими кірками. Носове дихання вільне. Носові ходи широкі. Встановіть діагноз.

1. *Гострий риніт.*
2. *Хронічний катаральний риніт.*
3. *Хронічний атрофічний риніт.*
4. *Хронічний алергічний риніт.*
5. *Озена.*

15. Що застосовують у лікуванні хронічного атрофічного риніту?

1. *Протизапальну терапію.*
2. *Дегідратаційну терапію.*
3. *Дезінтоксикаційну терапію.*
4. *Масляні краплі в ніс та стимулюючу терапію.*
5. *Проводять оперативне втручання.*

16. Хворий 40 років звернувся до лікаря зі скаргами на свербіння в носі, пароксизмальне чихання, сльозотечу, слизові виділення з носа, утруднене дихання. Дана симптоматика з'являється після годування рибок у акваріумі сухими дафніями. Відмічається також головний біль, гугнявість. Об'єктивно: слизова оболонка носових ходів синюшна, подекуди з білими плямами, носові раковини збільшені у розмірах, носові ходи зменшені. Встановіть діагноз.

1. *Гострий риніт.*
2. *Хронічний катаральний риніт.*
3. *Хронічний гіпертрофічний риніт, істинна форма.*
4. *Хронічний вазомоторний риніт, алергічна форма.*
5. *Хронічний атрофічний риніт.*

17. Як проводиться пункція гайморової порожнини?

1. *Через загальний носовий хід.*
2. *Через верхній носовий хід.*
3. *Через середній носовий хід.*
4. *Через нижній носовий хід.*
5. *Зовнішнім шляхом через "собачу ямку".*

18. У результаті росту якої слизової оболонки в порожнині носа виникають множинні поліпозні утворення?

1. *Лобних синусів.*
2. *Порожнини носа.*
3. *Основного синуса.*
4. *Клітин решітчастого лабіринту.*
5. *Гайморових синусів.*

19. Що застосовують у лікуванні продуктивних форм хронічних синуситів?

1. *Пункції синусів із наступним введенням антибіотиків.*
2. *Протизапальна та дегідратаційна терапія.*
3. *Тільки оперативне втручання з проведенням протизапальної, дегідратаційної та десенсибілізуючої терапії.*
4. *Фізіотерапевтичне лікування.*
5. *Конхотомія.*

20. У хворого 35 років після тривалого неодноразового зубного болю протягом 3 міс у ділянці 6-го зуба верхньої щелепи справа з'явилося утруднене носове дихання на ліву половину носа, гнійні виділення з неприємним запахом, головний біль, підвищення температури тіла до 37,8 °С, зниження нюху. Об'єктивно: при передній риноскопії – в середньому носовому ході зліва гнійна смужка, середня носова раковина збільшена в розмірах, гіперемія слизової оболонки. На рентгенограмі навколоносових пазух – гомогенне затемнення лівої гайморової порожнини. Встановіть діагноз хворому.

1. *Хронічний катаральний риніт.*
2. *Хронічний лівобічний фронтит.*
3. *Хронічний лівобічний етмоїдит.*
4. *Хронічний лівобічний одонтогенний гнійний гайморит.*
5. *Хронічний лівобічний гнійний сфеноїдит.*

21. Хвора 35 років скаржитья на біль, який посилюється під час жування і відкривання рота. Хворіє 2 дні, захворювання пов'язує з видаленням сірки з вуха шпилькою. Об'єктивно: вушна раковина не змінена, під час натискування на козелок виникає різкий біль, пальпація вушної ділянки безболісна; під час отоскопії визначається гіперемія та дифузна інфільтрація шкіри зовнішнього слухового ходу, більш виражена в перетинчастохрящовому відділі, барабанна перетинка гіперемована по краю, слух не порушений. Встановити діагноз.

1. *Сірчана пробка.*
2. *Стороннє тіло.*
3. *Загострення хронічного середнього отиту.*
4. *Екзема зовнішнього слухового проходу.*
5. *Гострий зовнішній дифузний отит.*

22. Хвора 32 років скаржитья на сильний біль у правому вусі, що віддає в зуби та скроню, закладеність вуха, головний біль, підвищення температури тіла до 37,8 °С. Хворіє 3-й день, захворюванню передувало нежить. Об'єктивно: вушна раковина не змінена, зовнішній слуховий хід вільний, барабанна перетинка почервоніла, інфільтрована, випинається, контури не визначаються. Пальпація козелка та соскоподібного відростка безболісна. Шепітну мову сприймає правим вухом із відстані 1 м, а розмовну – з 3 м. Встановити діагноз.

1. *Гострий зовнішній дифузний правобічний отит.*
2. *Хондроперихондрит вушної раковини справа.*
3. *Мастоїдит справа.*
4. *Гострий середній ексудативний правобічний отит.*
5. *Гострий середній гнійний правобічний отит.*

23. Хвора 40 років скаржиться на біль у правому вусі та в заушній ділянці, гноетечу з вуха, зниження слуху, головний біль, погане загальне самопочуття, підвищення температури тіла до 37 °С. Через 2 дні від початку захворювання почалася гноетеча з вуха, біль зменшився, температура знизилась. Лікувалася у поліклініці протягом тижня, але гноетеча тривала. Два дні тому з'явився біль у заушній ділянці, головний біль, температура тіла в останні дні підвищилась до 38,5 °С. Ознобу, блювання не було. Об'єктивно: вушна раковина не змінена, зовнішній слуховий хід звужений у кістковому відділі через нависання задньоверхньої стінки, виділення слизисто-гнійного характеру. Барабанна перетинка почервоніла, інфільтрована, щілиноподібна перфорація в передньонижньому квадранті з пульсацією гною. Визначається припухлість у ділянці соскоподібного відростка, втрата його контурів, м'які тканини набряклі, напружені, болочі під час перкусії та пальпації, вушна раковина відстовбурчена. Які дослідження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

1. *Рентгенограма скроневих кісток за Шюллером.*
2. *Рентгенограма скроневих кісток за Майєром.*
3. *Рентгенограма скроневих кісток за Стенверсом.*
4. *Рентгенограма кісток черепа.*
5. *Рентгенограма навколоносових пазух.*

24. Хвора 54 років скаржиться на гноетечу з правого вуха протягом багатьох років, зниження слуху. Пацієнтка багато лікувалася амбулаторно і стаціонарно. Хворій було запропоновано хірургічне лікування, від якого вона відмовилась. Дані отоскопії: у правому вусі – незначна кількість гнійних виділень із неприємним запахом, крайовий дефект барабанної перетинки в задньоверхньому квадранті. Шепітну мову правим вухом сприймає з відстані 1,5 м, лівим – 6 м. Визначити лікувальну тактику.

1. *Консервативне лікування.*
2. *Тимпанопункція.*
3. *Тимпанопластика.*
4. *Антромастоїдотомія.*
5. *Загальнопорожнинна радикальна операція з тимпанопластиком.*

25. Хворий 46 років скаржиться на гнійні виділення з лівого вуха, знижений слух. Хворіє 7 років. Неодноразово лікувався в стаціонарі та амбулаторно. Дані отоскопії: в лівому зовнішньому слуховому ході – слизисто-гнійні виділення; ниркоподібний дефект барабанної перетинки в нижніх квадрантах,

навколо якого є залишок барабанної перетинки; слизова оболонка барабанної порожнини гіперемована, набрякла. Інші ЛОР-органи без істотних змін. Шепітну мову правим вухом сприймає з 6 м, лівим – з 3 м. Призначити лікування.

1. *Консервативна терапія (протизапальна терапія, промивання вуха антисептичними препаратами, фізіотерапевтична терапія).*
2. *Промивання вуха антисептиками.*
3. *Оперативне лікування: загальнопорожнинна радикальна операція з тимпанопластикою.*
4. *Тимпанопластика.*
5. *Парацентез барабанної перетинки.*

26. Хвора 45 років скаржиться на біль у правому вусі, значні гнійні виділення, зниження слуху, підвищення температури тіла до 37,7 °С. Страждає на гноєтечу з лівого вуха після перенесеного в дитинстві кору. Неодноразово лікувалася амбулаторно і стаціонарно. Два тижні тому хвора застудилася, і процес у вусі загострився. Дані отоскопії: у зовнішньому слуховому ході зліва значна кількість гною з неприємним запахом, барабанна перетинка тотально зруйнована, грануляції на медіальній стінці барабанної порожнини, у верхніх відділах – білі епідермальні маси. Слизова оболонка барабанної порожнини гіперемована. Лівий соскоподібний відросток звичайної форми. Інші ЛОР-органи без змін. Визначити патогномонічні симптоми захворювання, характерні симптоми захворювання.

1. *Звуження зовнішнього слухового проходу.*
2. *Гіперемія вушної раковини.*
3. *Вестибулярні розлади.*
4. *Гнійні маси у зовнішньому слуховому проході.*
5. *Значна гноєтеча, зниження слуху, підвищена температура тіла, тотальна перфорація барабанної перетинки, наявність холестеатоми, грануляції.*

27. Хвора 56 років госпіталізована до ЛОР-відділення зі скаргами на запаморочення, хиткість під час ходьби, слизисто-гнійні виділення з правого вуха. Хворіє на хронічний середній отит протягом 20 років. Два дні тому назад збільшились слизисто-гнійні виділення з неприємним запахом у правому зовнішньому слуховому ході, вперше з'явилися запаморочення та хиткість ходи. Дані отоскопії: у зовнішньому слуховому ході праворуч слизисто-гнійні виділення з неприємним запахом, барабанна перетинка рожева з крайовою перфорацією в передньоверхньому квадранті. Виявлена позитивна фістульна проба, горизонтальний дрібно розмашистий ністагм під час погляду вправо. Під час ходьби відхиляється вліво, у позі Ромберга падає вліво. Вказати об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз.

1. *Гноєтеча з вуха.*

2. Статичні розлади.
3. Наявність крайової перфорації барабанної перетинки.
4. Гнійні виділення з неприємним запахом.
5. Давність захворювання, наявність виділень з вуха з неприємним запахом, статичні розлади, позитивна фістульна проба, крайова перфорація барабанної перетинки у передньоверхньому квадранті.

28. Хворий 40 років звернувся до лікаря зі скаргами на гноетечу з правого вуха та асиметрію обличчя. Під час огляду відмічаються опущення правого кута рота, згладженість носогубної складки з цього ж боку. У відповідь на прохання заплющити очі хворий нещільно заплющує праве око. Під час отоскопії у зовнішньому слуховому ході визначають рідкі гнійні виділення. Після туалету зовнішнього слухового ходу оглянута барабанна перетинка, яка гіперемована, інфільтрована, дещо випинається. У центрі відзначається невеличка перфорація, з якої виділяються краплі гною в такт пульсу. Який механізм ураження лицевого нерва?

1. Алергічна реакція.
2. Захворювання зубощелепної системи.
3. Поперечний перелом піраміди скроневої кістки.
4. Ураження ЦНС.
5. Інтоксикація, наявність дегісценцій у каналі лицевого нерва.

29. Дитина 8 міс хворіє на ГРВІ протягом тижня. В останні два дні стала неспокійною, часто плаче, киває головою з боку на бік, тягнеться ручкою до правого вуха, відмовляється брати груди. Температура тіла – 39,2 °С. Під час розпитування матері встановлено, що в дитини були короточасні судоми, багаторазове блювання, понос. Під час отоскопії – права барабанна перетинка почервоніла, випинається, контури її не визначаються, натискання на козелок болюче. Відмічається ригідність потиличних м'язів. Указати причину виникнення судом і менінгеальних ознак при захворюванні вуха у немовлят.

1. Лікворна гіпертензія.
2. Ураження ЦНС.
3. Порушення функції.
4. Ураження соскоподібного відростка.
5. Інтоксикація та подразнення.

30. Хвора скаржить на те, що при сильному нежитю з'явилося відчуття закладеності у вухах. Об'єктивно: визначається гіперемія, інфільтрація слизової оболонки носа, слизові виділення в носових ходах. Слизова оболонка задньої стінки глотки також гіперемована. Отоскопічно: AD – барабанна перетинка сірого кольору, помутніла, утягнена, світловий конус укорочений; AS – барабанна перетинка мутна, трохи утягнена. Шепіт чує на відстані 3 м на обидва вуха. Основні клінічні симптоми захворювання.

1. *Втягнення барабанної перетинки.*
2. *Скорочення світлового конусу.*
3. *Гіперемія задньої стінки глотки.*
4. *Інфільтрація слизової оболонки носоглотки, укорочення світлового конусу.*
5. *Сіра, помутніла барабанна перетинка, трохи утягнена, погіршення слуху.*

31. Раптово вночі дитина п'яти років прокинулася від нападу гавкаючого кашлю, що почався, дихання стало галасливим, свистячим і різко утрудненим. При цьому дитина була неспокійна, кидалася в ліжку. З анамнезу відомо, що даний стан виник на тлі повного благополуччя. Об'єктивно: виражена інспіраторна задишка, в акті дихання бере участь вся допоміжна мускулатура (втягнення м'яких тканин яремної ямки, над- і підключичних просторів), ціаноз слизистих оболонок (особливо губ), шкіра покрита холодним потом. Голос залишається звучним, температура тіла підвищена. Назвіть невідкладний стан, у якому знаходилася дитина.

1. *Дійсний круп.*
2. *Помилковий круп.*
3. *Декомпенсований стеноз гортані.*
4. *Ангіоневротичний набряк гортані.*
5. *Гострий ларингіт.*

32. Хворий скаржиться на осиплість протягом нетривалого періоду часу. При непрямій ларингоскопії визначається порушення рухливості лівої дійсної голосової складки. Яка можлива причина цього стану?

1. *Можливий запальний процес слизової оболонки гортані.*
2. *Голосове перенавантаження.*
3. *Здавлювання гортанного нерва.*
4. *Парез поворотного нерва.*
5. *Переохолодження.*

33. Хворий скаржиться на постійну осиплість протягом тривалого періоду часу. З анамнезу відомо, що в період респіраторних захворювань часто з'являється утруднене дихання. Дані симптоми виникли два роки тому, після того, як була проведена операція на щитоподібній залозі – струмектомія. Об'єктивно: стан хворого задовільний. З боку інших ЛОР-органів патології не виявлено. При непрямій ларингоскопії: слизова оболонка гортані рожева, голосові складки білі, ліва при фонації і диханні нерухома і знаходиться в положенні, близькому до середньої лінії. Права голосова складка активно рухається, внаслідок чого голосова щілина широка у момент дихання. Встановіть діагноз.

1. *Парез гортані у результаті перетину поворотного нерва.*
2. *Функціональна дисфонія.*

3. *Рак гортані.*
4. *Субкомпенсований стеноз гортані.*
5. *Травма гортані.*

34. Хворий 45 років скаржиться на періодичну осиплість без зв'язку з респіраторними захворюваннями. При спілкуванні говорить пошепки. При ларингоскопії гортань без запальних процесів, проте має місце неповне зімкнення голосових складок при фонації. Під час кашлю посилюється звучність голосу. Методи терапії?

1. *Седативна терапія.*
2. *Психотерапія.*
3. *Ендоларингеальне вливання в гортань антибіотиків.*
4. *Ендоларингеальне вливання в гортань секретолітиків.*
5. *Інгаляції кортикостероїдами.*

35. Хворому 45 років проведена нижня трахеостомія з приводу гострого стенозу гортані. Через 4 год стало утруднене дихання через канюлю, на шії виявлена підшкірна емфізема. При ревізії рани виявлено, що канюля вийшла з провіту трахеї і знаходиться в м'яких тканинах. Яка тактика?

1. *Встановити канюлю знову.*
2. *Замінити трахеостомічну трубку на довшу.*
3. *Ввести інтубаційну трубку.*
4. *Провести додатковий розріз шкіри і підшкірно-жирової клітковини.*
5. *Не проводити заходів взагалі.*

36. До лікаря звернувся хворий 40 років з осиплістю. Найважлива дихальна недостатність відповідає 1-му ступеню. З діагнозом "хронічний ларингіт" направлений в стаціонар. При огляді визначаються множинні папіломи, що заповнюють весь присінок гортані і що звужують голосову щілину. До якої форми захворювання відноситься папіломатоз гортані?

1. *Рак.*
2. *Факультативний передрак.*
3. *Облігатний передрак.*
4. *Специфічні захворювання гортані.*
5. *Не відноситься до жодної форми.*

37. Хвора 30 років, гуляючи в лісі, з'їла невідому ягоду. Через 2 год з'явилося утруднення дихання, відчуття стискання в ділянці шії. Була доставлена у відділення з явищами наростаючої задухи. При непрямій ларингоскопії на язичній поверхні надгортанника, у валекулах, у черпалонадгортанних складках – склоподібний набряк, що розповсюджується на грушоподібні кишені. Вкажіть природу захворювання.

1. *Запальна.*
2. *Алергічний набряк гортані.*
3. *Інтоксикація.*
4. *Дисгормональна.*
5. *Спадкова.*

38. Хворий скаржиться на охриплість. Близько 0,5 року відзначив, що до кінця дня "втрачає" голос. При непрямій ларингоскопії: голосові складки бліді, на межі передньої і середньої третини лівої голосової складки визначається округле утворення сірого кольору, діаметром 1 мм (просяне зерно). Рухливість гортані не порушена, голосова щілина звичайних розмірів. Лімфатичні вузли не збільшені. Діагноз?

1. *Фіброма гортані.*
2. *Папілома гортані.*
3. *Хронічний гіпертрофічний ларингіт.*
4. *Рак гортані.*
5. *Лейкоплакія.*

39. Хворий 70 років з'їв рибу годину тому і подавився кісткою. При фарингоскопії чужорідне тіло не виявлене. При ларингоскопії в правій валекулі – риб'яча кістка. Яким способом буде витягнуто чужорідне тіло?

1. *Зовнішнім доступом.*
2. *Горловим корцангом при непрямій ларингоскопії.*
3. *Горловим корцангом при прямій ларингоскопії.*
4. *Горловим корцангом при фарингоскопії.*
5. *Видалення кістки не є обов'язковим.*

40. Хворий 46 років відзначає осиплість, що турбує рік. Палить 25 років. Об'єктивно: у порожнині глотки патологічних змін немає. Непряма ларингоскопія: визначається горбистий інфільтрат на правій голосовій складці, рухливість обмежена, голосова щілина широка. У підкладковому просторі змін немає. Які додаткові дослідження необхідні для уточнення діагнозу?

1. *Біопсія.*
2. *Цитологія.*
3. *УЗД регіонарних лімфатичних вузлів.*
4. *Томографія гортані.*
5. *Все згадане вище.*

41. Хворий 35 років скаржиться на інтенсивний біль у глотці справа, рясну саливацію, неможливість проковтнути навіть рідину (виливається через ніс). Голос гугнявий. Хворіє сім днів, лікувався в поліклініці з приводу лагунарної ангіни; настало значне поліпшення, але напередодні підвищилася температура до 38 °С і поступово розвинулися згадані вище явища. Під час огляду рот відкривається насилу; слизиста оболонка ротоглотки гіперемована, інфільтрована; зів звужений через значне випинання правої половини піднебінної завіски і мигдалини і зсув набряклого язичка вліво. Інфільтрація розповсюджується по бічній стінці до правого грушоподібного синуса. У правій підщелепній ділянці пальпується конгломерат щільних болючих лімфатичних вузлів. Які ускладнення ангіни в даній ситуації мають місце бути?

1. *Правобічний паратонзиллярний абсцес.*
2. *Флегмона ший, що починається.*
3. *Заглотковий абсцес.*
4. *Парафарингіт.*
5. *Підщелепний лімфаденіт.*

42. Хворий 65 років скаржиться на відчуття сухості в глотці, утруднення і біль при ковтанні слини упродовж п'яти років. З анамнезу відомо, що хворий тривалий період часу палить. До лікаря звернувся вперше. Об'єктивна картина: при фарингоскопічній картині слизиста оболонка задньої стінки глотки бліда, тьмяна, стоншена. Інші ЛОР-органи без патології.

Поставте діагноз і уточніть форму захворювання.

1. *Хронічний атрофічний фарингіт.*
2. *Хронічний гіпертрофічний фарингіт.*
3. *Хронічний катаральний фарингіт.*
4. *Хронічний субатрофічний фарингіт.*
5. *Змішана форма хронічного фарингіту.*

43. Хворий 68 років звернувся до лікаря зі скаргами на сильний колючий біль у глотці зліва, болюче ковтання. Згадані вище симптоми з'явилися після того, як годину тому їв рибу. Намагався самостійно позбавитися цього відчуття, застосовуючи різні народні методи (проковтування сухих кірок хліба та ін.). Об'єктивно: знімні протези верхньої і нижньої щелеп. Слизова оболонка лівої піднебінної мигдалини з ін'єкцією судин. У тканині правої мигдалини видно риб'ячу кістку. При якому методі обстеження можливо видалення кістки?

1. *Непряма ларингоскопія.*
2. *Пряма ларингоскопія.*
3. *Задня риноскопія.*
4. *Фарингоскопія.*
5. *Фібrolарингоскопія.*

44. Хворий 35 років скаржиться на часті ангіни з дитячого віку, які раніше протікали з високою температурою, сильними болями в глотці. П'ять років тому фолікулярна ангіна ускладнилась ревматизмом з ураженням серця і суглобів, з приводу чого хворий знаходився на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні близько 2 міс. З тих пір щорічно продовжують турбувати болі в глотці, але без значного підвищення температури тіла. Хворий знаходиться під спостереженням ревматолога. Об'єктивно: стан хворого задовільний. Пульс ритмічний. Визначається серцевий шум систоли на верхівці, невелике збільшення межі серцевої тупості вліво. Фарингоскопічна картина представлена гіперемією слизової оболонки передніх піднебінних дужок. Мигдалини знаходяться в межах піднебінних дужок, рубцово змінені, спаяні з піднебінними дужками. У лакунах мигдалин гнійні

пробки. Підщелепні лімфатичні вузли ущільнені. Решта ЛОР-органів без особливостей. Поставте діагноз.

1. *Ревматоїдна ангіна.*
2. *Хронічний компенсований тонзиліт.*
3. *Хронічний субкомпенсований тонзиліт.*
4. *Хронічний декомпенсований тонзиліт.*
5. *Хронічний фарингіт.*

45. Дитина 5 років погано дихає носом, часто страждає на респіраторні захворювання, кілька разів хворів на ангіну, погано спить, скрикує уві сні, наголошується нічне нетримання сечі. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, напіввідкритий рот. Згладження носогубних складок. Високе "готичне" піднебіння. Про яке захворювання можна думати, не вдаючись до ендоскопії?

1. *Пухлина.*
2. *Гіпертрофія глоткової мигдалини.*
3. *Хронічний фарингіт.*
4. *Хронічний тонзиліт.*
5. *Генетично детермінована деформація лицевого черепа.*

46. Хворий 17 років скаржиться на біль у горлі, головний біль, високу лихоманку з температурою тіла до 39 °С увечері, вранці – 37,2 °С, хворіє 7 днів. Захворюванню передувало нездужання протягом 4–5 днів. Загальний стан хворого задовільний. Шкіра і видимі слизисті оболонки чисті. Звертають на себе увагу збільшені підщелепні, передньошийні, особливо задньошийні, пахові і пахові лімфатичні вузли. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на два пальці. Фарингоскопічна картина – слизова оболонка глотки яскраво гіперемована, на поверхні мигдалин гнійні фолікули. Додаткові методи дослідження – аналіз крові клінічний: еритроцити – $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоцити – $15 \times 10^9/л$, лімфоцити – 50 %, моноцити 60 %. Встановіть діагноз.

1. *Інфекційний мононуклеоз.*
2. *Фолікулярна ангіна.*
3. *Лакунарна ангіна.*
4. *Гепатит.*
5. *Дифтерія.*

47. Хворий звернувся до лікаря з діагнозом паратонзиллярний абцес. На який день від початку захворювання при паратонзиллярному абцесі проводиться його розтин і як визначається місце розтину?

1. *1-й день – у місці гіперемії.*
2. *2-й день – у місці набряку.*
3. *2–3-й день – місце розташовується в середній третині лінії, що йде від основи язичка до останнього корінного зуба нижньої щелепи.*
4. *3–4-й день – у місці найбільшого випинання.*
5. *5-й день.*

48. Хворий 37 років доставлений у приймальне відділення на носилках зі скаргами на загальне нездужання, головний біль, біль у горлі. Хворіє другий день. З анамнезу відомо, що близько тижня тому був у контакті з хворим, який госпіталізований в інфекційне відділення. Стан хворого середньої тяжкості, ослаблений. Шкірні покриви бліді, вологі. Температура тіла – 38,5 °С, пульс – 82 уд/хв. Фарингоскопічно – слизова оболонка глотки гіперемована із застійними явищами, мигдалини покриті брудно-сірими нальотами, які розповсюджуються на дужки. Налюти знімаються насилу, прилегла тканина кровоточить. М'які тканини в колі мигдалин пастозні, набряклі. Запах із рота. У підщелепній ділянці визначається набряклість м'яких тканин у колі регіонарних лімфатичних вузлів. Який передбачуваний діагноз?

1. *Дифтерія глотки.*
2. *Ангіна Симановського–Венсана.*
3. *Моноцитарна ангіна.*
4. *Ангіоневротичний набряк.*
5. *Лакунарна ангіна.*

49. Хвора 17 років скаржиться на сильний біль у горлі, що посилюється при ковтанні, підвищення температури тіла, загальне нездужання, головний біль, відсутність апетиту. Захворіла три дні тому при переохоложенні. Об'єктивно: шкірні покриви вологі, температура – 38 °С. Пульс – 88 уд/хв, ритмічний. Яскрава гіперемія слизової оболонки піднебінних мигдалин, на поверхні яких виявлені нальоти, що легко знімаються, а також наявність збільшених болючих підщелепних лімфатичних вузлів дозволили лікареві встановити правильний діагноз – лакунарна ангіна. Вкажіть основний збудник даного захворювання.

1. *Веретеноподібна паличка.*
2. *Шокова спірохета.*
3. *β -гемолітичний стрептокок групи А.*
4. *Вірус парагрипу.*
5. *Стафілокок.*

50. Хворий знаходиться на амбулаторному лікуванні у терапевта з приводу ангіни. Незважаючи на протизапальне лікування стан хворого прогресивно погіршується, має місце стабільне підвищення температури до фібрильних цифр. Скаржиться на загальну слабкість, головний біль, озноб, рясну пітливість, безсоння. Об'єктивні дані: шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, збільшені печінка, селезінка і підщелепні лімфатичні вузли. При фарингоскопії – картина катаральної ангіни з незначним набряком слизової оболонки глотки. Додаткові дані: аналіз крові: лейкоцитоз – $112 \times 10^9/\text{л}$, наявність мієлобластів, лімфобластів, гемоцистобластів; ерит-

роцити – $1,5 \times 10^9$ /л; гемоглобін – 45 г/л, кольоровий показник – 1; СОЕ – 20 мм/год. Який діагноз?

1. Приєднання вторинної інфекції.
2. Алейкія.
3. Гострий мієлолейкоз.
4. Агранулоцитоз. .
5. Катаральна ангіна.

ВІДПОВІДІ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	3	4

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
4	4	4	3	4	5	5	1	5	1	5	5	5	5	5

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
2	4	1	2	2	3	2	1	2	5	1	1	4	4	2

46	47	48	49	50										
1	4	1	3	3										

Навчальне видання

**Тестові
контрольні завдання
з оториноларингології
для лікарів-інтернів**

Упорядники Журавльов Анатолій Семенович
 Лупир Андрій Вікторович
 Ященко Марина Іванівна
 Калашник Михайло Васильович
 Шушляпіна Наталія Олегівна
 Калашник Юлія Михайлівна
 Юревич Надія Олександрівна
 Дзиза Алла Василівна
 Дьоміна Євгенія Вікторівна
 Чернякова Олександра Євгенівна

Відповідальний за випуск А. С. Журавльов



Редактор М. В. Тарасенко
Коректор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,3. Зам. № 17–33490.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

**Тестові
контрольні завдання
з оториноларингології
для лікарів-інтернів**