

**Тесты для текущей аттестации знаний студентов
по теме №4 «Заболевания гортани»
по дисциплине «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»
для обучающихся по образовательной программе
специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология, направленность (профиль)
Стоматология
форма обучения очная
осенний семестр 2025-2026 учебный год**

Вариант 1

1. Диагноз острого обструктивного ларингита (круп) является клиническим и ставится, как правило, на основании
 - 1) симптомов осиплости голоса;
 - 2) экспираторного стридора;
 - 3) инспираторного стридора;
 - 4) затруднение глотания;
 - 5) лающего кашля;
 - 6) боли в суставах
2. Для купирования круп эффективно ингаляционное введение суспензии будесонида
 - 1) в дозе 2 мг в сутки;
 - 2) в дозе 0,4 мг в сутки;
 - 3) в дозе 0,2 мг в сутки;
 - 4) в дозе 4 мг в сутки.
3. Для лечения эпиглоттита рекомендовано использование цефтриаксона в следующей дозировке для детей от 15 дней до 12 лет
 - 1) 100 мг/кг/сут;
 - 2) 20-80 мг/кг/сут;
 - 3) 2-10 мг/кг/сут;
 - 4) 10-15 мг/кг/сут
4. До 80% случаев круп обусловлено
 - 1) вирусом кори;
 - 2) вирусом парагриппа;
 - 3) дрожжеподобными грибами;
 - 4) вирусом иммунодефицита человека.
5. Клинические признаки эпиглоттита
 - 1) поза «треножника»;
 - 2) боль в горле, тризм, слюнотечение;
 - 3) начинается остро с высокой температуры;
 - 4) лающий кашель;
 - 5) поза «двуножника»;
 - 6) кровохаркание.
6. Клинические проявления II стадии стеноза гортани
 - 1) дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки;
 - 2) умеренная одышка;
 - 3) артериальная гипотензия, нитевидный пульс;
 - 4) дыхание частое, поверхностное;
 - 5) выраженная одышка;
 - 6) акроцианоз;
 - 7) резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки.
7. Клинические проявления IV стадии стеноза гортани
 - 1) дыхание частое, поверхностное;
 - 2) дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки;
 - 3) сознание отсутствует;
 - 4) резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки;
 - 5) артериальная гипотензия, нитевидный пульс;
 - 6) выраженная одышка.

8. Клинические проявления при среднетяжелой стадии стеноза гортани

- 1) бледность и синюшность кожных покровов без дотации кислорода;
- 2) часто лающий кашель;
- 3) стридор легко слышен в покое;
- 4) выраженная сонливость или нарушение сознания;
- 5) стридор постоянно слышен на вдохе и периодически на выдохе;
- 6) стридор в покое отсутствует или имеет минимальные проявления;
- 7) втяжение надключичных и/или межреберных промежутков заметно в покое.

9. Клинические проявления при тяжелой стадии стеноза гортани

- 1) нет цианоза;
- 2) выраженная сонливость или нарушение сознания;
- 3) стридор в покое отсутствует или имеет минимальные проявления;
- 4) стридор постоянно слышен на вдохе и периодически на выдохе;
- 5) бледность и синюшность кожных покровов без дотации кислорода;
- 6) отсутствует втяжение надключичных и/или межреберных промежутков или выражено незначительно;
- 7) часто лающий кашель.

10. Неотложная интубация с целью обеспечения дыхательной функции рекомендована

- 1) при стенозе гортани 4-й степени;
- 2) при стенозе гортани 2-й степени;
- 3) при стенозе гортани 1-й степени;
- 4) при стенозе гортани 3-й степени

11. Осмотр ротоглотки ребенка с подозрением на эпиглоттит

- 1) проводится амбулаторно в условиях первичного приема;
- 2) проводится только в условиях операционной в полной готовности к интубации трахеи;
- 3) проводится на дому родителями;
- 4) не проводится.

12. Пациентам с крупом и эпиглоттитом с целью оценки степени дыхательной недостаточности и необходимости назначения оксигенотерапии, а также для динамического контроля состояния рекомендовано проведение

- 1) пульсоксиметрии;
- 2) эндоскопии носоглотки;
- 3) задней риноскопии;
- 4) интубации трахеи

13. Показаниями к госпитализации являются

- 1) возможность самостоятельного приема пищи и жидкости, восстановление аппетита;
- 2) невозможность проведения адекватной терапии в домашних условиях;
- 3) купирование стеноза;
- 4) прогрессирующее ухудшение состояния;
- 5) нормализация температуры тела и сатурации;
- 6) стеноз гортани 2-3 степени.

14. При крупе гриппозной этиологии рекомендуется селективное применение

- 1) ингибиторов нейраминидазы;
- 2) паровых ингаляций;
- 3) системных антибактериальных препаратов;
- 4) противовирусных средств.

15. Эпиглоттит является тяжелой бактериальной инфекцией и сопровождается

- 1) лейкоцитопенией;
- 2) высоким лейкоцитозом;
- 3) тромбоцитозом;
- 4) повышенным уровнем С-реактивного белка;
- 5) повышенным уровнем глюкозы.

16. Этиологическим фактором эпиглоттита в подавляющем большинстве случаев является

- 1) *Corynebacterium diphtheriae*;
- 2) *Candida albicans*;
- 3) *Escherichia coli*;
- 4) *Haemophilus influenzae* типа b

**Тесты для текущей аттестации знаний студентов
по теме №4 «Заболевания гортани»
по дисциплине «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»
для обучающихся по образовательной программе
специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология,
направленность (профиль) Стоматология
форма обучения очная
осенний семестр 2025-2026 учебный год
Вариант 2**

1. Длительность антибактериальной терапии должна составлять
 - 1) 7-10 дней;
 - 2) 14-20 дней;
 - 3) 5-7 дней;
 - 4) 3-5 дней.
2. Для лечения синдрома крупа может быть использован раствор эпинефрина в следующей дозировке
 - 1) на одну ингаляцию используют 0,5 мл раствора 1:1000;
 - 2) на одну ингаляцию используют 5 мл раствора 1:1000;
 - 3) на одну ингаляцию используют 5 мл раствора 1:10;
 - 4) на одну ингаляцию используют 5 мл раствора 1:100.
3. Для эпиглоттита характерно
 - 1) западение надгортанника в положении на боку;
 - 2) западение надгортанника в положении на животе;
 - 3) западение надгортанника в положении стоя;
 - 4) западение надгортанника в положении на спине
4. Дозировка дексаметазона всем пациентам вне зависимости от степени стеноза
 - 1) 0,2-1,2 мг/кг вводится внутримышечно (или внутривенно);
 - 2) 0,7-1 мг/кг вводится внутримышечно (или внутривенно);
 - 3) 0,1-6 мг/кг вводится внутримышечно (или внутривенно);
 - 4) 0,15-0,6 мг/кг вводится внутримышечно (или внутривенно).
5. Клинические проявления I стадии стеноза гортани
 - 1) артериальная гипотензия, нитевидный пульс;
 - 2) умеренная одышка;
 - 3) выраженная одышка;
 - 4) дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки;
 - 5) акроцианоз;
 - 6) дыхание частое, поверхностное;
 - 7) резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки
6. Клинические проявления III стадии стеноза гортани
 - 1) дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки;
 - 2) акроцианоз;
 - 3) дыхание частое, поверхностное;
 - 4) резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки;
 - 5) умеренная одышка;
 - 6) артериальная гипотензия, нитевидный пульс;
 - 7) выраженная одышка.
7. Клинические проявления при легкой стадии стеноза гортани
 - 1) бледность и синюшность кожных покровов без дотации кислорода;
 - 2) нет цианоза;
 - 3) отсутствует втяжение надключичных и/или межреберных промежутков или выражено незначительно;
 - 4) выраженная сонливость или нарушение сознания;
 - 5) стрidor в покое отсутствует или имеет минимальные проявления;
 - 6) часто лающий кашель;
 - 7) стрidor постоянно слышен на вдохе и периодически на выдохе
8. Клинические проявления при терминальной стадии стеноза гортани

- 1) часто лающий кашель;
- 2) отсутствует втяжение надключичных и/или межреберных промежутков или выражено незначительно;
- 3) стрidor слышен в покое, но может быть тихим или почти неразличимым;
- 4) стрidor в покое отсутствует или имеет минимальные проявления;
- 5) выраженная сонливость или нарушение сознания;
- 6) бледность и синюшность кожных покровов без дотации кислорода;
- 7) стрidor постоянно слышен на вдохе и периодически на выдохе.

9. Круп - наиболее частая причина острой обструкции верхних дыхательных путей у детей

- 1) в возрасте от 6 месяцев до 6 лет;
- 2) в возрасте от 12 месяцев до 3 лет;
- 3) в возрасте от 18 лет;
- 4) в возрасте от 6 лет до 12 лет.

10. Несколько десятилетий назад значимое место в этиологической структуре обструктивного ларингита занимала

- 1) *Escherichia coli*;
- 2) *Streptococcus pyogenes*;
- 3) *Candida albicans*;
- 4) *Corynebacterium diphtheriae*.

11. Острый обструктивный ларингит (круп) – это

- 1) воспаление гортани и тканей складочного пространства без изменения просвета гортани;
- 2) воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани;
- 3) воспаление гортани и тканей надскладочного пространства с расширением просвета гортани;
- 4) воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с расширением просвета гортани.

12. Пик заболеваемости крупом приходится на возраст

- 1) до 1 года;
- 2) 1-4 года;
- 3) 11-18 лет;
- 4) 5-10 лет.

13. Посевы крови с надгортанника берут

- 1) до восстановления проходимости дыхательных путей;
- 2) интубированным пациентам;
- 3) всем пациентам с респираторной инфекцией верхних дыхательных путей;
- 4) после восстановления проходимости дыхательных путей;
- 5) неинтубированным пациентам.

14. При крупе и эпиглоттите необходимо уточнить в анамнезе факт вакцинации

- 1) от гемофильной, пневмококковой инфекции, дифтерии;
- 2) от полиомиелита;
- 3) от гриппа;
- 4) от кори и краснухи

15. Симптомам стеноза гортани предшествуют следующие признаки ларингита

- 1) сухой грубый кашель;
- 2) кровохаркание;
- 3) асимметрия зева;
- 4) осиплость голоса;
- 5) влажный кашель с отхождением мокроты.

16. Эпиглоттит – это

- 1) хроническое воспаление надгортанника и окружающих тканей, которое может привести к нарушению проходимости дыхательных путей;
- 2) остро возникшее вирусное воспаление надгортанника и окружающих тканей, которое может привести к нарушению глотания;
- 3) остро возникшее бактериальное воспаление надгортанника и окружающих тканей, которое может привести к быстрому жизнеугрожающему нарушению проходимости дыхательных путей;
- 4) остро асептическое воспаление надгортанника и окружающих тканей, которое может привести к нарушению голосообразования