

ТЕСТ № 1.1

ДИСПЛАЗІЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ТА ВРОДЖЕНИЙ ЗВИХ
СТЕГНА

1. У дитини 10-ти років наявні скарги на швидку втомлюваність нижніх кінцівок, порушення ходи, іноді біль у ділянці стегон, парестезії у пальцях стоп, обмеження рухів у кульшовому суглобі. Яка з наведених скарг свідчить про наявність ортопедичної патології у даному випадку?

- A. Обмеження рухів у суглобі
- B. Швидка втомлюваність кінцівок
- C. Парестезії у пальцях стоп
- D. Порушення ходи
- E. Біль у ділянці стегон

2. При обстеженні хворого встановлено обмеження рухів у правому кульшовому суглобі: розгинання повне, згинання – на 45 градусів від повного розгинання. Як позначаються результати дослідження за 0-прохідним методом?

- A. 180/135/180
- B. 135/180/135
- C. 0/135/180
- D. 0/45/0
- E. 0/0/45

3. У хворого 12 років, за результатами обстеження виявлено відносне вкорочення правої нижньої кінцівки на 3 см. Як вимірюють відносне вкорочення нижньої кінцівки?

- A. Від spina iliaca anterior superior до медіальної щиколотки
- B. Від пупка до латеральної щиколотки
- C. По зміщенню великого вертлюга вище лінії Розер-Нелатона
- D. Підкладанням мірних дощечок під стопу укороченої кінцівки.
- E. Складанням довжини сегментів кінцівки

4. Хворий К., 2 років. Скарги на швидку втомлюваність (дитина проситься на руки), нестійкість ходи. При огляді відзначається гіпотрофія м'язів правого стегна, обмеження відведення, вкорочення кінцівки до 2-х сантиметрів. При рентгенографії кульшових суглобів виявлене збільшення ацетабулярного індексу до 45 градусів, форма даху вертлюгової западини ущільнена. Голівка стегнової кістки зменшена в розмірах, форма її змінена, шийка вкорочена. Різко порушене співвідношення між вертлюговою

западиною і проксимальним відділом стегнової кістки. Яка провідна рентгенологічна ознака вродженого вивиху стегна?

- A. Порушення співвідношення між вертлюговою западиною і проксимальним відділом стегна
- B. Вкорочення шийки стегнової кістки та порушення її просторової орієнтації
- C. Зменшення розмірів голівки стегнової кістки
- D. Порушення форми голівки стегнової кістки
- E. Збільшення ацетабулярного індексу

5. Дитині 1 місяць. Під час огляду визначається асиметрія сідничних та стегнових складок шкіри, обмеження абдукції стегон, сумнівний симптом клацання у кульшових суглобах. Попередній діагноз – дисплазія кульшових суглобів. Яке додаткове обстеження необхідне в даному випадку?

- A. Негайно сонографія кульшових суглобів
- B. Негайно рентгенографія кульшових суглобів
- C. Сонографія кульшових суглобів у 2 місяці
- D. Рентгенографія кульшових суглобів у 3 місяці
- E. Магнітно-резонансна томографія

6. Батьки дитини у 8 тижнів звернули увагу, що на правому стегні у неї 4 складки, а на лівому 2. При цьому шкірні складки розташовувалися асиметрично. Також відмічається гіпотрофія м'язів правого стегна. На що ймовірно вказує даний симптом?

- A. Рахіт
- B. Дитячий церебральний параліч
- C. Хвороба Пертеса
- D. Дисплазія кульшового суглоба
- E. Вальгусна деформація шийки стегна

7. Дитячий ортопед під час огляду новонародженого в пологовому будинку відзначив можливість відведення стегон до 90 градусів. Довжина нижніх кінцівок однакова, сумнівний симптом нестійкості у лівому кульшовому суглобі. Яке відведення в кульшових суглобах у новонароджених вважається нормою?

- A. до 90 град.
- B. до 80 град.
- C. до 70 град.
- D. до 60 град.
- E. до 50 град.

8. При огляді 2 місячної дитини лікар запідозрив наявність у неї вродженого вивиху стегна. Який симптом є абсолютною (достовірною) ознакою вродженого вивиху стегна?

- A. Симптом Шасоньояка
- B. Симптом Дюпюїтрена
- C. Симптом Богданова
- D. Симптом Маркса-Ортолані
- E. Симптом Тренделенбурга

9. У пологовому будинку неонатологом було виявлено, що при згинанні в колінних і кульшових суглобах ніг у новонародженого колінні суглоби знаходяться на різному рівні. Про що свідчить виявлена ознака?

- A. Вроджений вивих правого стегна
- B. Вкорочення кінцівки
- C. Варусна деформація шийки стегна
- D. Вальгусна деформація шийки стегна
- E. Остеохондропатія головки стегнової кістки

10. У пологовому будинку у новонародженого була діагностована дисплазія кульшових суглобів, призначене лікування, що проводилось, матір'ю під наглядом лікарів поліклініки. В трьохмісячному віці на рентгенограмі виявлено, що кут скошеності даху вертлюгової западини складає 40 градусів праворуч і 35 градусів ліворуч. Який попередній діагноз у дитини ?

- A. Вроджений вивих правого стегна
- B. Дисплазія правого кульшового суглоба
- C. Варусна деформація шийки правої стегнової кістки
- D. Двобічна дисплазія кульшових суглобів
- E. Остеохондропатія головки стегнової кістки

11. Під час огляду ортопед виявив у новонародженої дитини наступні симптоми: зовнішню ротацію правої нижньої кінцівки, асиметрію складок на стегнах та сідницях, вкорочення кінцівки, обмеження відведення в правому кульшовому суглобі та симптом Маркса-Ортолані. Який попередній діагноз у дитини ?

- A. Вроджений вивих правого стегна
- B. Остеохондропатія головки стегнової кістки
- C. Варусна деформація шийки стегна
- D. Вальгусна деформація шийки стегна
- E. Травматичний вивих стегна

ТЕСТ № 1.2
ДИСПЛАЗІЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ТА ВРОДЖЕНИЙ ЗВИХ
СТЕГНА

1. У кого частіше зустрічається вроджений вивих стегна?
 - A. У дівчаток
 - B. У хлопчиків
 - C. Не залежить від статі дитини

2. Який вроджений вивих стегна зустрічається частіше?
 - A. Однобічний
 - B. Двобічний
 - C. З однаковою частотою, як однобічний, так і двобічний

3. Який з вроджених порушень розвитку кульшового суглоба зустрічається частіше?
 - A. Дисплазія кульшового суглобу
 - B. Підвивих
 - C. Вивих

4. Якої величини в нормі має бути шиєчно-діафізарний кут у дітей віком 1 рік?
 - A. 40 градусів
 - B. 90 градусів
 - C. 140 градусів
 - D. 120 градусів
 - E. 130 градусів

5. Яка з перелічених ознак не характерна для дисплазії кульшового суглобу?
 - A. Недорозвинення вертлюжної западини
 - B. Пізня поява точки скостеніння епіфіза
 - C. Порушення співвідношень у суглобі

6. Яка з перелічених ознак не характерна для вродженого вивиху стегна?
 - A. Недорозвинення вертлюжної западини
 - B. Зменшення розмірів епіфізу стегнової кістки
 - C. Розширення У-подібного хряща
 - D. Атрофія кінцівки

7. Розгинання в кульшовому суглобі можливо до:
 - A. 10 градусів
 - B. 40 градусів
 - C. 90 градусів
 - D. 140 градусів
 - E. 180 градусів

8. Якими кістками утворена вертлюгова западина?
- A. Клубова, стегнова, лобкова
 - B. Клубова, сіднична, стегнова
 - C. Сіднична, лобкова, крижова
 - D. Сіднична клубова, лобкова
 - E. Клубова, крижова, стегнова
9. При якому з перелічених варіантів вродженого вивиху стегна запізаються терміни скостеніння його епіфізу?
- A. Дисплазія
 - B. Підвивих
 - C. Вивих
 - D. При всіх варіантах
10. Приведення в кульшовому суглобі можливо до:
- A. 10 градусів
 - B. 40 градусів
 - C. 50 градусів
 - D. 140 градусів
 - E. 180 градусів
11. Яка величина кута скошеності даху вертлюгової западини в нормі?
- A. 19 градусів
 - B. 27 градусів
 - C. 35 градусів
 - D. 37 градусів
 - E. 51 градус
12. В якому віці дитини доцільніше робити корекцію співвідношень у суглобі при вродженому вивиху стегна ?
- A. 3 місяці
 - B. 6 місяців
 - C. 9 місяців
 - D. 2 роки
13. Який із перелічених клінічних симптомів найвірогідніший при діагностиці вродженого вивиху стегна?
- A. Симптом вправлення і вивихування головки
 - B. Асиметрія сідничних складок
 - C. Зовнішня ротація кінцівки на стороні ураження

14. Для якого із варіантів вродженого вивиху стегна більш характерне вкорочення стегна на стороні ураження?
- A. Дисплазія
 - B. Підвивих
 - C. Вивих
15. У якому напрямку не відбувається зміщення стегна при його вродженому вивиху?
- A. Донизу
 - B. Догори
 - C. Назовні
16. Який із перелічених симптомів не характерний для вродженого вивиху стегна?
- A. Обмежене відведення стегна
 - B. Симптом вправлення і вивихування голівки
 - C. Симетричність сідничних складок
17. З яких елементів складається скелет кульшового суглоба?
- A. Голівка стегнової кістки, вертлюгові западина
 - B. Стегнова кістка та клубова кістка
 - C. Крижова кістка та тазова кістка
 - D. Стегнова кістка, сіднична та лобкова кістки
 - E. Сіднична клубова та лобкова кістки
18. В яких випадках вроджений вивих стегна виявляється частіше?
- A. Головне передлежання плоду
 - B. Не залежить від передлежання плоду
 - C. Сідничне передлежання
19. Внутрішня ротація в кульшовому суглобі можлива до:
- A. 10 градусів
 - B. 40 градусів
 - C. 50 градусів
 - D. 140 градусів
 - E. 180 градусів
20. Який із перелічених чинників не сприяє виникненню вродженого вивиху стегна?
- A. Відшарування, інфаркт плаценти
 - B. Недостатня кількість навколоплідних вод
 - C. Внутрішньоутробно перенесене захворювання
 - D. Хронічні захворювання шлунково-кишкового каналу у матері

21. Як називається лінія, що з'єднує верхній зовнішній край даху вертлюгової западини з нижнім краєм тіла клубової кістки?
- A. Лінією кісткового даху
 - B. Базисною лінією
 - C. Лінією хрящової губи
22. Які види вкорочення стегна виникають при вродженому вивиху стегна?
- A. Відносне
 - B. Функціональне
 - C. Абсолютне
23. З якого віку проводиться рентгенографічна діагностика?
- A. 3 тижні
 - B. 1 місяць
 - C. 3 місяці
 - D. 6 місяців
 - E. 1 рік
24. Яка рентгенологічна тріада симптомів застосовується для визначення дисплазії кульшового суглоба та вродженого звиху стегна?
- A. Зацепіна
 - B. Хільгенрейнера
 - C. Путті
 - D. Рейнберга
 - E. Скляренка
25. В якому віці в нормі на рентгенограмі з'являється ядро окостеніння голівки стегнової кістки?
- A. 3 тижні
 - B. 1 місяць
 - C. 3 місяці
 - D. 6 місяців
 - E. 1 рік
26. Згинання в кульшовому суглобі можливо до:
- A. 40 градусів
 - B. 90 градусів
 - C. 140 градусів
 - D. 170 градусів
 - E. 180 градусів

27. Зовнішня ротація в кульшовому суглобі можлива до:
- A. 10 градусів
 - B. 40 градусів
 - C. 50 градусів
 - D. 140 градусів
 - E. 180 градусів
28. За наявності вродженого звиху стегна у дітей віком до 6 місяців лікувальна тактика передбачає:
- A. Спостереження
 - B. Виключно консервативне лікування
 - C. Оперативне лікування
 - D. Консервативне та оперативне лікування
29. Оперативне лікування у хворих на вроджений звих стегна застосовують:
- A. До 1 року
 - B. Від 1 до 3 років
 - C. Після 3 років
 - D. Не застосовують
30. Відведення в кульшовому суглобі можливо до:
- A. 10 градусів
 - B. 40 градусів
 - C. 50 градусів
 - D. 140 градусів
 - E. 180 градусів
31. Який етіологічний чинник поліомієліту?
- A. ентеровірус
 - B. гіпоксія спинного мозку
 - C. ентеробактерія
32. Які відділи нервової системи уражує вірус поліомієліту?
- A. передні роги спинного мозку
 - B. кора головного мозку
 - C. нервові волокна
33. Який головний симптом поліомієліту?
- A. в'ялий параліч
 - B. спастичний параліч
 - C. змішаний параліч
34. Який основний принцип лікування поліомієліту?
- A. корекція м'язевого дисбалансу та попередження розвитку деформацій
 - B. елімінація вірусу
 - C. коригуючі операції
 - D. стабілізація суглобів

35. Які клінічні форми поліомієліту?

- A. абортивна, невротична, резидуальна
- B. синовііту, панартрити, анкілозування
- C. паралітичну, анкілозування

36. Яка деформація стопи може розвиватися при зниженні сили м'язів розгиначів стопи?

- A. еквінус
- B. супінація
- C. варусна деформація
- D. плоско-вальгусна деформація

37. Які симптоми має пацієнт з поліомієлітом?

- A. гіпо- чи арефлексія, гіпотонія м'язів, асиметрична гіпотрофія м'язів
- B. гіперрефлексія, гіпертонія м'язів, асиметрична гіпотрофія м'язів
- C. гіперрефлексія, гіпертонія м'язів, с-м Бабінського

38. Які є клінічні стадії поліомієліту?

- A. початкова, паралітична, відновна, резидуальна
- B. початкова, артритична, залишкова
- C. гостра, паралітична, залишкова

39. Який безпосередній етіологічний чинник ДЦП?

- A. гіпоксія головного мозку
- B. ентеровірус
- C. травма

40. Які симптоми має пацієнт із ДЦП?

- A. гіперрефлексія, гіпертонус м'язів, гіпотрофія м'язів, с-м Бабінського
- B. гіпо- чи арефлексія, зниження м'язового тону, асиметричні гіпотрофія м'язів
- C. гіперрефлексія, підвищення тону м'язів.

41. Який патологічний рефлекс спостерігається при ДЦП?

- A. Бабінського
- B. Ортнера
- C. Дауна
- D. Стрессера

42. Медикаментозне лікування м'язової кривошії?

- A. фонофорез йодиду калію
- B. мумийо
- C. антибіотики
- D. не існує

43. Операція вибору при м'язовій кривошії?
- A. операція міотомії місць прикріплення грудинно-соскоподібного м'яза за Зацепіним
 - B. операція міотомії місць прикріплення та подовження грудинно-соскоподібного м'яза
 - C. операція Волкова.
 - D. операція Крогіуса
44. При лівосторонній м'язовій кривошії ?
- A. підборіддя повернуте у правий бік, голова нахилена вліво
 - B. підборіддя повернуте вліво, голова нахилена вліво
 - C. підборіддя повернуте в правий бік, голова запрокинута дозад
45. При правосторонній м'язовій кривошії ?
- A. підборіддя повернуте вліво, голова нахилена вправо
 - B. підборіддя повернуте вліво, голова нахилена вліво
 - C. підборіддя повернуте вправо, голова запрокинута дозад
46. Рентгенологічні зміни при хворобі Грізеля?
- A. підвищих в атланта-аксіальному з'єднанні
 - B. відсутні
 - C. додатковий напівхребець
47. Етіологічний фактор м'язової кривошії?
- A. дисплазія
 - B. запалення
 - C. травма підчас пологів
48. Основні симптоми клишоногості
- A. еквінус, варус, приведення переднього відділу стопи
 - B. вальгус стопи
 - C. варус стопи та передній еквінус
 - D. приведення переднього відділу
 - E. супінація стопи та pes excavates

ТЕСТ № 2**ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СУГЛОБІВ**

1. Обмеженість рухів у суглобах в усіх площинах (коливальні рухи), це:
 - A. Контрактура в суглобі
 - B. Тугорухомість
 - C. Кістковий анкілоз
 - D. Регідність
 - E. Блок суглобу

2. Первинний остеоартроз (деформуючий артроз), це:
 - A. Ідіопатичний, генетичнообумовлений
 - B. Системний при метаболічних захворюваннях:· гемохроматоз,· синдром Елерса-Данлоса (Русакова), відкладання солей кальцію; ендокринні захворювання:· гіпотиреоз,· гіперпаратиреоз,· цукровий діабет; системна дисплазія кісткової тканини:· епіфізарна дисплазія,· спондилоепіфізарна дисплазія)
 - C. Артроз при диспластичних змінах в суглобі
 - D. Артроз при посттравматичних змінах в суглобі
 - E. Артроз після перенесених раніше запальних процесів

3. Постійні тупі нічні болі в суглобі при остеоартрозі обумовлені:
 - A. реактивним синовіітом
 - B. венозним стазом у субхондральній кістковій тканині
 - C. рефлекторним спазмом м'язів
 - D. нейродистрофічним синдромом
 - E. компресійними мікроангіопатіями

4. Коригуючі остеотомії при II - III рентгенологічній стадії остеоартрозу за Келлгреном і Лоуренсом доцільно виконувати:
 - A. При диспластичному артрозі або біомеханічних відхиленнях в суглобі
 - B. При посттравматичних змінах
 - C. Після перенесених раніше запальних процесів
 - D. При контрактурі в суглобі
 - E. При нестабільності суглоба

5. Дефекти суглобового хряща заміщуються:
 - A. Хрящовою тканиною
 - B. Волокнистою тканиною
 - C. Кістковою тканиною
 - D. Склерозуються
 - E. Не заміщуються

6. Найбільш вразливі на остеоартроз слідуєчі суглоби:
- A. Плечовий, ліктвовий
 - B. Променево-запясний, суглоби пальців
 - C. Кульшовий, колінний
 - D. Колінний, гомілково-ступневий
 - E. Суглоби хребта, крижо-клубові
7. Живлення та трофіка суглобового хряща відбувається з:
- A. синовіальної рідини
 - B. капілярних петель субхондральної кістки
 - C. мікросудин в місцях фіксації до кістки синовіальної оболонки
 - D. судин в місцях фіксації до кістки капсули
 - E. синовіальної рідини, капілярних петель субхондральної кістки
8. Загострення больового синдрому та погіршення функції суглоба при остеоартрозі можуть спричинити локальні фізіопроцедури:
- A. Магнітотерапія
 - B. Ампліпульстерапія
 - C. Електрофорез з ліками
 - D. Загальні ванни(сероводневі, радонові та інші)
 - E. Парафіно-озокеритові аплікації на суглоб
9. Поєднання артрозу колінного, кульшового та гомілковоступневого суглобів,це:
- A. Поліостеоартрозу
 - B. Олігоостеоартрозу
 - C. Моноартрозу
 - D. Артрозу
 - E. Ревматоїдного артрити
10. Яку групу препаратів недоцільно застосовувати при лікуванні остеоартрозу:
- A. Місцево використання мазей,гелів,аерозолів з НПЗС
 - B. Препарати системної ензимотерапії
 - C. Хондропротектори
 - D. Препарати, що поліпшують мікроциркуляцію
 - E. Внутрішньосуглобово глюкокортикостероїди (дипроспан, флостерон)
11. Що невірно для циклооксигенази (ЦОГ)-1:
- A. Структурний, конституціональний - «фізіологічний» фермент, що регулює продукцію простагландину E₂, простагліцину, тромбосана A₂
 - B. Патологічний» фермент, який каталізує синтез простагландинів, що беруть участь у запальному процесі.
 - C. Блокування (інгібування) ЦОГ-1 веде до розвитку гастропатій
 - D. Блокування ЦОГ-1 веде до порушення агрегації тромбоцитів
 - E. Прийом неселективних НПЗП викликають блокування (інгібування) ЦОГ-1

12. Який вид операції не застосовується при оперативному лікуванні остеоартрозу:

- A. Ендопротезування суглобу
- B. Синовектомія
- C. Білясуглобові остеотомії
- D. Артроскопічна чистка суглоба «дебридмент»
- E. Лікувально-діагностична артроскопія

13. В клінічній картині деформуючого артрозу не спостерігається:

- A. Біль
- B. Хруст при рухах
- C. Зміна форми суглоба(деформація)
- D. Поступове обмеження рухів в суглобі
- E. Підвищення місцевої температури (суглоба)

14. Класифікацію деформуючого артрозу за Є. Т. Скляренко:

- A. Хондроз, артроз, деформуючий артроз, артрозо-артрит
- B. Передартроз, артроз, остеоартроз, артрозо-артрит.
- C. I, II, III
- D. 0, I, II, III, IV
- E. I, II, III, IV

15. Хворий пред'являє скарги на біль в області правого кульшового суглоба, який посилюється при рухах. Хворіє декілька років. Травму заперечує, не лікувався. При обстеженні біль, обмеження рухів. Рентгенологічно - зменшення щілини в суглобі, остеофіти, деформація голівки стегна. Діагноз:

- A. Правосторонній коксартроз
- B. Ревматоїдний артрит
- C. Поперековий радикуліт
- D. Ішиаз
- E. Пухлина верхньої третини стегна.

16. Дистрофічні зміни хряща, це

- A. Хондроз
- B. Остеоартроз
- C. Артроз
- D. Остеонекроз
- E. Деформуючий артроз

17. Початкові клінічні прояви при остеоартрозі обумовлені:

- A. Внутрішньосуглобовими змінами (реактивним синовіітом, внутрішньосуглобовою гіперпресією, підвищення внутрішньокісткового тиску)
- B. Позасуглобовими змінами (контрактурами, компресійними мікроангіопатіями, нейродистрофічним синдромом)
- C. Вертеброгенними факторами
- D. Кістковими змінами
- E. Некрозом субхондральної зони кістки

18. Визначення біологічних маркерів метаболізму сполучної тканини при деструкції матриксу хряща в Іст. остеоартрозу (кератансульфатів, хондроїтинсульфатів, протеогліканів, протеаз) краще визначати в :

- A. Синовіальній рідині
- B. Сироватці крові
- C. Сечі
- D. Сироватці крові, сечі
- E. Біоптаті хряща

19. В III-IV рентгенологічній стадії за Келлгреном і Лоуренсом оперативне лікування:

- A. тотальне ендопротезування
- B. коригуючі остеотомії
- C. артродез ураженого суглоба
- D. синовектомія
- E. тунелізація епіметафізарної ділянки

20. В ранній стадії остеоартрозу деструктивні зміни в поверхневій зоні хряща можуть бути діагностовано за допомогою:

- A. Рентгенографії
- B. УЗД
- C. Артроскопія
- D. МРТ
- E. Сцинтиграфія зтехнециєм (^{99m}Tc)

21. Основний тип колагену суглобового хряща:

- A. I
- B. II
- C. III
- D. IV
- E. V

22. Крайові кісткові розростання (остеофіти) навколо суглобових поверхонь характеризують:
- A. Хондроз
 - B. Osteoартроз
 - C. Артроз
 - D. Osteoартрит
 - E. Деформуючий артроз
23. Яка група препаратів використовується на тривалий період лікування остеоартрозу:
- A. НПЗП
 - B. Препарати системної ензимотерапії
 - C. Внутрішньосуглобово глюкокортикостероїди (дипроспан, флостерон)
 - D. Хондропротектори
 - E. Препарати, що поліпшують мікроциркуляцію
24. Найкращий лікувальний ефект місцевого впливу на суглоб при остеоартрозі від:
- A. Мануальної терапії суглоба
 - B. Рефлекторного масажу
 - C. Точечного масажу
 - D. Апаратного масажу
 - E. Самомасажу
25. Який рентгенологічний симптом не характерний для остеоартрозу:
- A. Звуження суглобової щілини
 - B. Osteосклероз (субхондральний склероз)
 - C. Крайові кісткові розростання (остеофіти)
 - D. Ерозія суглобової поверхні
 - E. Кісти в субхондральній ділянці кістки
26. Яка група НПЗП негативно впливає на хрящ (хондронегативний вплив):
- A. Індометацин, ацетеметацин (похідні індолоцтової кислоти)
 - B. Диклофенак, епіфенак, фенклофенак (похідні арилукусної кислоти)
 - C. Піроксикам, токсикам, мелоксикам (оксиками)
 - D. Аспірин, саліцилат Na (прохідні саліцілової кислоти)
 - E. Артротек, церебрекс, нимесулід, мелоксикам
27. Що, швидше за все веде до розвитку коксартрозу:
- A. Надмірна вага тіла
 - B. Дисплазія кульшового суглоба
 - C. Професійне заняття спортом
 - D. Цукровий діабет
 - E. Нераціональне харчування

28. Остеоартроз (синоніми: деформуючий остеоартроз, ДОА, артроз, деформуючий артроз) — дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів, причиною якого є ураження:

- A. синовіальної оболонки
- B. хрящової тканини суглобової поверхні
- C. субхондральної зони кістки
- D. навколосуглобових тканин
- E. кістки

29. Який рентгенологічний симптом не характерний для остеоартрозу:

- A. Звуження суглобової щілини
- B. Остеосклероз (субхондральний склероз)
- C. Крайові кісткові розростання (остеофіти)
- D. Остеолізіс
- E. Кісти в субхондральній ділянці кістки

30. Класифікація асептичного некрозу голівки стегнової кістки.

- A. Хондроз, коксартроз, деформуючий коксартроз, коксартрозо-артрит
- B. Передартроз, артроз, остеоартроз, артрозо-артрит.
- C. I,II,III
- D. 0, I,II,III,IV
- E. Стадія початкових явищ, імпресійного перелому, стадія вторинного артрозу, стадія виходу

31. Дистрофічний процес в суглобі, це

- A. Хондроз
- B. Остеоартроз
- C. Артроз
- D. Остеонекроз
- E. Деформуючий артроз

32. Ранковий (стартовий) біль в суглобі при остеоартрозі обумовлений:

- A. реактивним синовіїтом
- B. підвищенням внутрішньокісткового тиску
- C. венозним стазом у субхондральній кістковій тканині
- D. рефлекторним спазмом м'язів
- E. нейродистрофічним синдромом

33. В лікуванні I- II ст. остеоартрозу патогномонічно більш доцільно застосовувати групу препаратів:

- A. НПЗП
- B. Препарати системної ензимотерапії
- C. Внутрішньосуглобово глюкокортикостероїди (дипроспан, флостерон)
- D. Хондропротектори
- E. Препарати, що поліпшують мікроциркуляцію

34. Транспорт речовин в суглобовий хрящ відбувається:
- A. Дифузійно-навантажувальним механізмом через синовіальну рідину
 - B. Дифузійно-навантажувальним механізмом через субхондральну зону кістки
 - C. Осмосом
 - D. Різницею внутрішньосуглобового та внутрішньокісткового тиску
 - E. Законом поверхневого натягнення
35. Параартикулярний шлях введення глюкокортикостероїдів (дипроспан, флостерон): при остеоартрозі найбільш доцільний:
- A. При вираженому синовіті суглоба
 - B. При неефективності застосування НПЗП
 - C. При вираженому больовому синдромі в суглобі
 - D. При обмеженні рухів в суглобі
 - E. При неефективності застосування хондропротекторів
36. Глікозаміноглікани хрящового матриксу суглоба:
- A. Гіалуронова кислота, хондроїтин-4-сульфат, кератансульфат
 - B. Фібронектин, хондронектин, хондрокальцин, анкорін
 - C. Неколагенові білки
 - D. Моноклональні антитіла до хондроїтинсульфатів
 - E. Полісахариди
37. Початкова причина формування контрактури при остеоартрозі пов'язана з:
- A. Склеротичними змінами в тканин суглоба
 - B. Синовіітом суглоба
 - C. Розростанням остеофітів
 - D. Спастичним скорочення м'язів згиначів, як реакція на біль
 - E. Внутрішньосуглобовими остеохондральними тілами-«мишами»
38. Основний механізм протизапальної дії НПЗП відбувається:
- A. шляхом інгибування біосинтезу P_gG₂
 - B. шляхом інгибування арахідонової кислоти
 - C. гальмування дії фосфоліпази
 - D. посилення розщеплення фосфоліпідів
 - E. шляхом посилення біосинтезу P_gG₂
39. Наявність одночасно спондилозу, спондилоартрозу, остеохондрозу хребта, двобічного коксартрозу, гонартрозу характерно для:
- A. Поліостеоартрозу
 - B. Олігоостеоартрозу
 - C. Моноартрозу
 - D. Артрозу
 - E. Ревматоїдного артрити

40. Найчастіший вид деформації в колінному суглобі при гонартрозі III ст.:
- A. Вальгусна деформація
 - B. Варусна
 - C. Рекурвація
 - D. Антекурвація
 - E. Ротаційна
41. При остеоартрозі можлива так звана «блокада суглоба» або «застиглий суглоб» - різко виражений болючий синдром, що швидко розвивається, внаслідок появи:
- A. «Суглобної миші» - вільного в суглобі кісткового або хрящового фрагмента
 - B. Пошкодження меніску
 - C. Остеофіту
 - D. Підзвиху в суглобі
 - E. Мікроперелому субхондральної зони кістки
42. Який не є фактор ризику розвитку остеоартрозу:
- A. Вік старше 45 років
 - B. Чоловіки хворіють частіше
 - C. Спадкова схильність (наявність цього захворювання у родичів)
 - D. Вроджені та набуті дефекти опорно-рухового апарату (дисплазії суглобів, внутрішньосуглобові переломи та інші)
 - E. Надмірна вага тіла
43. Яким процесом ніколи не закінчується остеоартроз:
- A. Порухенням вісі нижньої кінцівки при ураженні колінного суглоба
 - B. Вогнищевими дистрофічно-некротичними процесами в субхондральній зоні кістки (кістами)
 - C. Анкілозом
 - D. Сплюсненням та деформацією суглобових поверхонь
 - E. Звуженням суглобової щілини
44. Чоловік 60 років страждає на деформуючий артроз II ступеня правого колінного суглоба з вираженим больовим синдромом. Клінічно та рентгенологічно визначається помірна варусна деформація колінного суглоба. Яка лікувальна тактика є патогенетично обґрунтованою у даного пацієнта?
- A. Носіння тютора на колінний суглоб
 - B. Внутрішньосуглобове введення хондропротекторів
 - C. Протизапальне лікування нестероїдними препаратами
 - D. Внутрішньосуглобове введення кортикостероїдних препаратів
 - E. Оперативне лікування

45. Хлопчик 10 років на протязі 3 місяців скаржиться на біль у області лівого тазостегнового суглобу, функція суглобу обмежена. На рентгенограмі у області голівки стегнової кістки видна ділянка 1-1,5 см з підвищеною щільністю і сплющенням епіфізу. Суглобова щілина розширена, суглобова впадина – не змінена Назвіть найбільш імовірний діагноз

- A. Ревматоїдний артрит.
- B. Туберкульозний артрит.
- C. Деформуючий артроз.
- D. Хвороба Бехтерева.
- E. Асептичний некроз головки стегнової кістки

ТЕСТ № 3**СПЕЦИФІЧНІ ТА НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

1. Ревматоїдний артрит найбільш часто починається у віці:
 - а) 10- 20 років
 - б) 20- 50 років
 - в) 50- 60 років
 - г) 60- 65 років
 - д) 65 років і більше

2. Гіпотетичними збудниками ревматоїдного артриту є всі перераховані, окрім
 - а) вірусу Епштейна - Барра
 - б) вірусу корі
 - в) вірусу краснухи
 - г) вірусу гепатиту В
 - д) бета-гемолітичного стрептокока групи А

3. Для розвитку ревматоїдного артриту ведучим є
 - а) генетична схильність
 - б) нейроендокринні порушення
 - в) ензимопатії
 - г) аутоімунні порушення
 - д) утворення супероксидантних аніонів

4. З важким ерозивним серопозитивним ревматоїдним артритом асоціюється наступний антиген гістосумісності
 - а) HLA- B27
 - б) HLA- DR4
 - в) HLA- A11
 - г) HLA- B35
 - д) HLA- B8

5. З перерахованих клітин імунної системи в першу чергу розпізнають невстановлений специфічний антиген при ревматоїдному артриті
 - а) Т- Хелпери
 - б) Т- Супресори
 - в) Т- Кілери
 - г) моноцити/макрофаги
 - д) В- Лімфоцити

6. Процесом, що не має вирішального значення для розвитку імунних (аутоімунних) порушень при ревматоїдному артриті, є:
- а) надходження в синовіальну порожнину антигену
 - б) поглинання макрофагом антигену
 - в) з'єднання обробленого макрофагом антигену з HLA-DR4
 - г) з'єднання антигену в комплексі з HLA-DR4 з Т-хелперами і Т-супресорами
 - д) активування інтерлейкіном-1 і інтерлейкіном-2 Т-лімфоцитів
 - е) феномени, пов'язані з патологією ядер
7. У дебюті ревматоїдного артрити найбільш часто вражаються наступні суглоби:
- а) п'ястко-фалангові і проксимальні міжфалангові
 - б) плечові
 - в) колінні
 - г) шийний відділ хребта
 - д) ліктьові
8. Найбільш типовою ознакою деформації кисті при ревматоїдному артриті є:
- а) "рука з лорнетом"
 - б) ульнарна девіація
 - в) у вигляді "шиї лебедя"
 - г) у вигляді "бутоньєрки"
 - д) у вигляді "молоткоподібного пальця"
9. Для ревматоїдного артрити найбільш характерним є ураження
- а) шийного відділу хребта
 - б) грудного відділу хребта
 - в) поперекового відділу хребта
 - г) крижового відділу хребта
 - д) крестцово-здухвинних зчленувань
10. При збільшенні у хворого з ревматоїдним артритом пахвових лімфовузлів до розмірів курячого яйця біопсія
- а) доцільна
 - б) не доцільна
11. Ревматоїдний артрит може супроводжуватися всім перерахованим, за винятком
- а) дигітальним артеріітом
 - б) геморагічним висипанням
 - в) виразки шкіри гомілок
 - г) кільцеподібної еритеми

12. Поразкою нервової системи, що зустрічається рідше інших при ревматоїдному артриті, є

- а) рухова нейропатія
- б) сенсорна нейропатія
- в) порушення мозкового кровообігу, пов'язане з васкулітом головного мозку
- г) гострий некротизуючий артеріїт з неврологічними порушеннями

13. Для синдрому Фелті характерні

- 1) склерит
- 2) синдром Рейно
- 3) полісерозит
- 4) шкірний васкуліт
- 5) лейкопенія
- б) рецидивуюча інфекція
- 7) альвеоліт

- а) вірно 1, 2, 3
- б) вірно 2, 3, 4
- в) вірно 2, 4, 5
- г) вірно 4, 5, 6
- д) вірно 4, 5, 7

14. При ревматоїдному артриті найчастіше зустрічається вторинний амілоїдоз

- а) печінки
- б) кишечника
- в) нирок
- г) наднирників
- д) серця

15. Для суглобового синдрому при серонегативному ревматоїдному артриті характерні всі перераховані особливості, окрім

- а) починається з поразки великих суглобів
- б) швидко і рано в процес утягуються суглоби зап'ястя
- в) рідко в процес утягуються проксимальні міжфалангові і п'ястко-фалангові суглоби кисті
- г) часто вражається кульшовий суглоб з розвитком асептичного некрозу
- д) рентгенологічно - переважає анкілозування над ерозивним процесом
- е) часто виявляється двобічний сакроілеїт

16. Варіантами плину ревматоїдного артрити є
- повільно прогресуючий плин
 - з тривалими ремісіями
 - з спонтанними ремісіями
 - швидко прогресуючий плин
 - все перераховане
17. Найчастішою причиною смерті при ревматоїдному артриті є
- некротизуючий васкуліт з залученням життєво важливих органів
 - ураження легенів
 - підвивих шийних хребців з здавленням спинного мозку
 - уремія при вторинному амілоїдозі нирок
 - ускладнення лікарської терапії
18. Критеріями Американської ревматологічної асоціації (1987), при наявності яких, діагноз ревматоїдного артрити достовірний, є:
- ранкова скутість не менш 1 години
 - артрит 3 і більше суглобів
 - артрит суглобів кисті
 - симетричний артрит
 - синдром Рейно
 - підвищення ШОЕ в сироватці крові
 - ревматичні вузлики
- вірно 1, 5, 6, 7
 - вірно 2, 5, 6, 4
 - вірно 3, 4, 5, 7
 - вірно 1, 2, 3, 4
 - вірно 2, 4, 5, 6
19. Для діагностики ревматоїдного артрити найбільш важливим з лабораторних показників є:
- підвищення ШОЕ
 - підвищення рівня 2-глобулінів
 - наявність у сироватці крові С-Реактивного білка
 - наявність у сироватці крові ревматоїдного фактора
 - підвищення в синовіальній рідині кількості лейкоцитів і зниження вмісту глюкози
20. Про ступінь активності ревматоїдного артрити можна судити по всіх перерахованих змінах, окрім:
- лабораторних показників активності
 - виразності ексудативних змін у суглобах
 - наявності або відсутності системних проявів
 - температурної реакції організму
 - амілоїдозу нирок

21. До характерних рентгенологічних ознак ревматоїдного артриту відносяться:

- 1) епіфізарний остеопороз
 - 2) звуження суглобної щілини
 - 3) кісти в кістках
 - 4) узурація суглобних поверхонь епіфіза
- а) вірно 1, 2, 4
 - б) вірно 1, 2, 3, 4
 - в) вірно 3, 4
 - г) вірно 1, 2, 3
 - д) вірно 2, 3, 4

22. Рентгенологічні зміни при ревматоїдному артриті раніше всього виявляються:

- а) у ліктьових суглобах
- б) у плечових суглобах
- в) у проксимальних міжфалангових або п'ясткофалангових суглобах
- г) у колінних суглобах
- д) у гомілковоступневих суглобах

23. Морфологічною ознакою при біопсії синовіальної оболонки, визначальна ознака діагнозу ревматоїдний артрит, є:

- а) проліферація синовіоцитів, фібробластів
- б) лімфоцитарна, плазмоклітинна, макрофагальна інфільтрація
- в) відкладення фібрину
- г) фібриноїдний некроз

24. Для ревматоїдного артриту не характерно:

- а) підвивихи
- б) анкілози
- в) бурсити
- г) "біла пухлина" колінного суглоба
- д) контрактури

25. Ознакою, характерною для ревматоїдного артриту, є:

- а) ахілоденія
- б) талалгія
- в) кератодермія
- г) двобічний сакроілеїт (IV стадія)
- д) симетричний артрит проксимальних міжфалангових і п'ясткофалангових суглобів кисті

26. З перерахованих видів ураження клапанів серця найбільш характерним для ревматоїдного артриту є:
- а) недостатність митрального клапана
 - б) митральний стеноз
 - в) поєднаний митральний порок
 - г) недостатність аортального клапана
 - д) аортальний стеноз
27. Для ревматоїдного артриту характерно:
- а) початок захворювання після тривалого фізичного навантаження
 - б) ураження проксимальних міжфалангових суглобів кистей
 - в) локалізація у великих або дистальних міжфалангових суглобах
 - г) первинне ізольоване ураження кульшових суглобів
 - д) нормальна ШОЕ
28. Діагностично для ревматоїдного артриту важливою ознакою є:
- а) артрит дистальних міжфалангових суглобів кистей і стоп
 - б) одночасне ураження суглобів одного пальця
 - в) дифузний набряк пальців рук або ніг у вигляді "сардельки"
 - г) сенсорна нейропатія
 - д) зміни нігтів (симптом наперстка)
29. Для ревматоїдного артриту характерно:
- а) 90% хворих становлять чоловіка
 - б) наявність HLA-B27
 - в) наявність синдесмофітов на рентгенограмах хребта
 - г) наявність у сироватці крові ревматоїдного фактору
30. Всі положення, що стосуються лікування ревматоїдного артриту правильні, окрім:
- а) лікування комплексне
 - б) лікування тривале, протягом багатьох місяців і років
 - в) лікування етапне (стаціонар, поліклініка, курорт)
 - г) лікування індивідуальне
 - д) лікування радикальне
31. Найбільш важливим механізмом, що забезпечує протизапальний, жарознижуючий і анальгетический ефект НПЗП, є:
- а) пригнічення міграції макрофагів
 - б) зниження лізосомальної проникності
 - в) зменшення судинної проникності
 - г) пригнічення синтезу простагландинів
 - д) інгібіція супероксидних радикалів

32. З перерахованих положень, що стосуються НПЗП, невірним є:
- а) неспецифічність протизапальної дії
 - б) сполучення протизапальних, жарознижуючих і анальгетичних властивостей
 - в) швидке виведення з організму
 - г) гальмуючий вплив на синтез простагландинів
 - д) викликають ремісію
33. З нижчевказаних препаратів тільки анальгетичними властивостями володіють:
- а) індольні похідні
 - б) саліцілати
 - в) фенамати
 - г) похідні фенілуксусної кислоти
34. У людей похилого віку при застосуванні індольних похідних частіше, чим у молодих відзначаються нижчеперераховані побічні реакції
- а) головні болі, підвищення артеріального тиску
 - б) підвищення артеріального тиску
 - в) гастропатії
 - г) депресія
 - д) все перераховане
35. Максимальна доза диклофенаку натрію при III ступеня активності ревматоїдного артриту не повинна перевищувати
- а) 75 мг на добу
 - б) 100 мг на добу
 - в) 150- 200 мг на добу
36. З перерахованих нижче НПЗП менше побічних дій має:
- а) аспірин
 - б) вольтарен
 - в) індометацин
 - г) моваліс
 - д) пироксікам
37. Найбільш важливим критерієм оцінки ефективності базисних препаратів при лікуванні ревматоїдного артриту є:
- а) позитивна динаміка показників суглобного синдрому
 - б) позитивна динаміка імунологічних показників
 - в) позитивна динаміка показників активності ревматоїдного процесу
 - г) зменшення виразності системних проявів
 - д) зменшення добової потреби в НПЗП
 - е) поліпшення якості життя

38. Найбільш важкими ускладненнями терапії хіноліновими препаратами є:
- а) гастроентерологічні порушення
 - б) шкірні висипання
 - в) знебарвлення волосся
 - г) ретинопатії
 - д) міопатії
39. З перерахованих нижче ускладнень від препаратів золота найбільш серйозним є:
- а) еозинофілія
 - б) діарея
 - в) нефротичний синдром
 - г) дерматит
 - д) стоматит
40. У випадку II ступеня активності ревматоїдного артриту і при відсутності ефекту від НПЗП, варто віддати перевагу:
- 1) солям золота
 - 2) D-пенициламіну
 - 3) цитостатикам
 - 4) делагілу
- а) вірно 1
 - б) вірно 1, 3
 - в) вірно 1, 4
 - г) вірно 3
 - д) вірно 3, 4
41. При лікуванні ревматоїдного артриту менше побічних ефектів спостерігається при призначенні:
- а) хлорбутина
 - б) хлорохіна
 - в) циклофосфаміда
 - г) метотрексата
 - д) проспидина
42. Як базисний препарат при ревматоїдном артриті у цей час не використовуються:
- а) золото
 - б) хлорохін
 - в) сульфасалазин
 - г) метотрексат
 - д) НПЗП

43. Циклоспорин А впливає переважно
- а) на Т-хелпери і Т-кілери
 - б) Т-супресори
 - в) плазматичні клітини
 - г) В-лімфоцити
 - д) інтерлейкін-6
44. Найнебезпечнішим ускладненням циклоспорину А є
- а) гіпертрихоз
 - б) токсичне ушкодження нирок
 - в) гіперплазія ясен
 - г) артеріальна гіпертензія
 - д) алергічна реакція
45. З перерахованих цитостатиків при анемії й лейкопенії при ревматоїдному артриті можна застосовувати
- а) азатіопрін
 - б) циклофосфан
 - в) хлорбутин
 - г) проспідин
 - д) метотрексат
46. Найбільш частим побічним ефектом сульфасалазіна є
- а) шкірні висипання
 - б) нудота й блювота
 - в) агранулоцитоз
 - г) лихоманка
 - д) виразки слизової оболонки порожнини рота
47. Два або три базисних препарати одночасно
- а) застосовують
 - б) не застосовують
48. Глюкокортикоїди в лікуванні ревматоїдного артриту повинні застосовуватися:
- а) у всіх хворих
 - б) при наявності ревматоїдного фактора в сироватці крові
 - в) при ознаках поразки нирок
 - г) при відсутності ефекту від НПЗП
 - д) при високій активності ревматоїдного процесу

49. При пероральному тривалому лікуванні ГК підтримуюча добова доза преднізолону не повинна перевищувати:

- а) 5 мг
- б) 7,5 мг
- в) 10 мг
- г) 15 мг
- д) 20 мг

50. При необхідності проведення тривалої терапії ГК віддається перевага:

- а) преднізолону
- б) дексаметазону
- в) триамсинолону

51. Високі дози ГК варто застосовувати при ревматоїдному артриті:

- а) з активністю III ступеня
- б) з активністю I ступеня
- в) з моно- або олігоартритом
- г) у початковій стадії захворювання без системних проявів

52. Первинним завданням у лікуванні синдрому Фелті є:

- 1) придушення активності суглобового синдрому
 - 2) усунення нейтропенії
 - 3) ліквідація інфекції
 - 4) спленектомія
- а) вірно 1, 2
 - б) вірно 1, 3
 - в) вірно 2, 4
 - г) вірно 2, 3
 - д) вірно 3, 4

53. З метою усунення вираженої нейтропенії при синдромі Фелті найбільше доцільно застосовувати ГК:

- б) у середніх дозах
- в) у більших дозах
- г) у вигляді пульс-терапії

54. Ускладненнями ГК терапії, небезпечними для життя, є:

- 1) гостра кишково-шлункова кровотеча; 2) остеопороз;
 - 3) амілоїдоз; 4) катаракта; 5) затримка натрію і води
- а) вірно 1, 2
 - б) вірно 2, 3
 - в) вірно 3, 4
 - г) вірно 5
 - д) вірно 1, 3

ТЕСТ № 4.1.

ВРОДЖЕНІ ТА НАБУТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ХРЕБТА

Задача 1.

Дитина 2 років оглянута дитячим ортопедом і встановлений діагноз: вроджений сколіоз. Які його основні симптоми?

- A. Виявлення деформації тулуба, коли дитина починає стояти і ходити.
- B. Коротка дуга скривлення.
- C. Наявність клиноподібних хребців.
- D. Виявлення деформації тулуба на першому році життя.
- E. Болі в хребті при ходьбі.

Задача 2.

Дитина 5 років, дівчинка, оглянута дитячим ортопедом і висловлено припущення, що в дитини хвороба Кліпель-Фейля. Які клінічні ознаки дозволили встановити такий діагноз?

- A. Уроджене двостороннє вистояння лопатки.
- B. Уроджена м'язова кривошия з додатковими шийними ребрами.
- C. Уроджений вивих стернального кінця ключиці. .
- D. Уроджене зрощення шийних хребців із грубими кістковими аномаліями.
- E. Одностороння уроджена відсутність ключиці.

Задача 3.

Хворий 47 років надійшов у клініку ортопедії з приводу різких болів в зоні хребта. При обстеженні ЯМР (ядерно-магнітний резонанс) виявлені зміни в 6 руховому хребетному сегменті. Які анатомо-функціональні утворення формують руховий хребетний сегмент?

- A. Відростки хребців, з'єднаних зв'язковим і м'язовим апаратом.
- B. Задні елементи хребців, що забезпечують кінематичну функцію.
- C. Цілий ряд хребців одного сегмента (шийний, грудний, поперековий).
- D. Тіла хребців, що забезпечують опорну функцію.
- E. Два суміжних хребця і міжхребцевий диск із сумково-зв'язковим апаратом.

Задача 4.

Хворий 15 років надійшов у клініку ортопедії з приводу диспластичного сколіозу другого ступеня. Що є провідним у патогенезі?

- A. Підвищене вертикальне навантаження.
- B. Первинний зсув пульпозного ядра.
- C. Пухлина спинного мозку.

- D. Перенесений остеомієліт.
- E. Уроджена м'язова слабкість.

Задача 5.

Хвора 47 років надійшла в клініку ортопедії з приводу остеохондрозу грудного відділу хребта. Які рентгенологічні ознаки мають бути у хворої?

- A. Розширення міжхребцевої щілини, остеопороз замикальних пластинок.
- B. Наявність остеофітів.
- C. Звуження міжхребцевої щілини, остеофіти, склероз замикальних пластинок.
- D. Звуження міжхребцевих щілин, деструкція хребців.
- E. Лізіс остистих відростків і дужок.

Задача 6.

Дитина 15 років госпіталізована з приводу сколіозу грудопоперекового відділу 3 ступеня. Запропоновано оперативне лікування. Який вид оперативного лікування показаний?

- A. Передній корпородез.
- B. Корпоректомія.
- C. Дискотомія, енуклеація, клиноподібна резекція.
- D. Епіфізіодез.
- E. Задній спондилодез.

Задача 7.

Хворий Д., 40 років, скарги на біль у спині. При роботі в шахті потрапив під породу, що обрушилася. При цьому хворого зігнуло і плечі пригорнуло до ніг. На зроблених рентгенограмах визначається 1-й поперековий хребець у виді клина. Зменшення передньої поверхні його в основному за рахунок краніальної частини. Міжхребцева щілина звичайна. Ваш діагноз?

- A. Остеохондроз диска D XII – L1 хребця.
- B. Вивих 12 грудного хребця.
- C. Туберкульоз 1 поперекового хребця.
- D. Компресійний перелом тіла першого поперекового хребця.
- E. Остеохондропатія L1 хребця.

Задача 8.

Хворий 32 років страждає болями в попереку близько 2 років, 3 місяці тому з'явився іррадіація болю в праву ногу до 1 пальця стопи. Біль підсилюється при рухах. У неврологічному статусі: гіпостезія в зоні великого пальця правої стопи, слабкість згинання великого пальця, симптом Ласега $<30^\circ$ праворуч, позитивний симптом Керніга. На рентгенограмі звужена щілина на рівні L4 – L5 хребців. Який діагноз у даного хворого?

- A. Стеноз хребетного каналу.
- B. Грижа міжхребцевого диска L5-S1 хребців.
- C. Грижа міжхребцевого диска L4 – L5 хребців.
- D. Люмбаго.
- E. Пухлина хребта.

Задача 9.

Хворий 32 років страждає болями в попереку близько 2 років, 3 місяці тому з'явився іррадіація болю в праву ногу до 1 пальця стопи. Біль підсилюється при рухах. У неврологічному статусі: гіпостезія в зоні великого пальця правої стопи, слабкість згинання великого пальця, симптом Ласега $<30^\circ$ праворуч, позитивний симптом Керніга. На рентгенограмі звужена щілина на рівні L4 – L5 хребців. Яке додаткове обстеження буде найбільш інформативне у даного хворого?

- A. Клінічний аналіз крові.
- B. Ультразвукове дослідження хребта.
- C. Комп'ютерна томографія.
- D. Магнітно-резонансна томографія хребта.
- E. Вміст сечової кислоти у сироватці крові.

Задача 10.

Хвора скаржиться на біль у поперековому відділі хребта, болячисть крижово-хребетних і тазостегнових суглобів. Об'єктивно виявляється слабкість і парестезія нижніх кінцівок, поперековий лордоз збільшений, при пальпації виявляється східчастий зсув між L4 – L5 хребцями. Рентгенографія виявила зсув IV хребця уперед, відсоток сповзання хребця складає 50 %. Яке лікування показане в даній ситуації?

- A. Носіння корсета.
- B. Постільний режим.
- C. Гімнастика, зміцнення м'язів черевної стінки.
- D. Хірургічне.
- E. Нестероїдні протизапальні засоби.

Задача 11.

Хвора скаржиться на біль у поперековому відділі хребта, болячисть крижово-хребетних і тазостегнових суглобів. Об'єктивно виявляється слабкість і парестезія нижніх кінцівок, поперековий лордоз збільшений, при пальпації виявляється східчастий зсув між L4 – L5 хребцями. Рентгенографія виявила зсув IV хребця уперед, відсоток сповзання хребця складає 45 %. Який ступінь спондилолітезу має місце в даній ситуації?

- A. 1.
- B. 2.
- C. 3.
- D. 4.
- E. це не спондилолітез.

Задача 12.

У хворого М. 42 років поставлений клінічний діагноз: правобічна грижа диска L5-S1 хребців зі здавлюванням S1 корінця. При МРТ виявлена наявність зсуву грижі диска L5-S1 хребців прорив лікворного сигналу на даному рівні. Який вид лікування показаний у даному хворому?

- A. Епідуральні блокади.
- B. Паравертебральна правобічна блокада.
- C. Ендоскопічне черезкісткове видалення грижі диска.
- D. Медикаментозне лікування.
- E. Інтерламінектомія, видалення грижі диска.

Задача 13.

Хворий скаржиться на біль у шийному відділі хребта, оніміння в правому передпліччі. Скарги підсилюються при фізичних навантаженнях. При обстеженні відзначаються напруга м'язів шийного відділу, вимушене положення під час болю, обмеження рухливості. На оглядових рентгенограмах виявлене звуження міжхребцевої щілини C5-C6 хребців, при функціональній рентгенографії зсув тіла C5 хребця складає 0,4 см допереду. Укажіть діагноз даного хворого.

- A. Деформуючий спондиліоз шийного відділу хребта.
- B. Грижа диска C5-C6 хребців з нестабільністю хребця на даному рівні.
- C. Виражена нестабільність на рівні C5-C6 хребців.
- D. Міозит.
- E. Грижа диска C5-C6 хребців.

Задача 14.

Хворий скаржиться на біль у грудному відділі хребта, що підсилюється при рухах, нездужання, утрату ваги. Хворіє близько 3 міс, болі носять тупий, ниючий характер. При огляді виявлена наявність болючості на рівні Th9-Th10 хребців, лихоманка, у крові невеликий лейкоцитоз. При рентгенографії невелике вогнище деструкції тіла Th10, що прилягає до хребетного диска. Який діагноз?

- A. Пухлина.
- B. Грижа Шморля.
- C. Спондиліт.
- D. Деформуючий спондильоз.
- E. Грижа диска.

Задача 15.

Дівчинка 13 років. Спостерігається ортопедом з 9 років із приводу сколіотичної хвороби. На контрольній рентгенограмі відзначається сколіоз грудного відділу, кут відхилення осі хребта складає 22° по Коббу. Які оптимальні заходи лікувального впливу?

- A. Фіксація хребта за допомогою корсета типу ЦІТО з курсами фізіофункціонального лікування.
- B. Фізіофункціональне лікування.
- C. Гіпсове ліжечко, фізіофункціональне лікування.
- D. Фізіофункціональне лікування з виконанням ортопедичного режиму.
- E. Оперативне лікування із застосуванням дистракторів Харінгтона.

Задача 16.

Дитині 7 років. Батьки звернулися зі скаргами на порушення постави, асиметричне розташування правої лопатки. Рентгенологічно права лопатка зменшена в розмірах, розташовується на 5 см вище свого нормального положення, асиметрія плечового пояса, вісь хребта відхилена вправо в грудному відділі. Який діагноз?

- A. Хвороба Шеєрман-Мау.
- B. Сколіоз 3 ступеня.
- C. Крилоподібна лопатка.
- D. Хвороба Шпренгеля, сколіоз.
- E. Хвороба Шерешевського-Тернера.

Задача 17.

Дитині 10 років, скарги на періодичні болі в хребті протягом року. Травма заперечується. Виявлено: ознаки кіфосколіозу, біль при нахилі вперед, у поперековому відділі. На рентгенограмі хребта S-подібний сколіоз, у бічній проекції відзначається розшарування й остеосклероз замикальних пластинок тіл УІІ-ХІІ грудних хребців, наявність остеофітів у передньоверхніх і передньонижніх кутах хребців. Який діагноз?

- А. Юнацький кіфоз.
- В. Хвороба Кальве.
- С. Юнацький остеохондроз.
- Д. Зміни хребта обмінно-гормонального характеру.
- Е. Наслідки компресійного перелому.

Задача 18.

Дитина 13 років. Спостерігається з приводу юнацької форми остеохондрозу, з вираженим больовим синдромом. Які лікувально-профілактичні міри показані?

- А. Звільнити цілком від фізичних навантажень, спорту.
- В. Лікувальна гімнастика в положенні лежачи, виси, підводне витягнення, голкотерапія, мануальна терапія, масаж, електрофорез з анестетиком.
- С. Спостереження у ортопеда, знеболюючі препарати.
- Д. Відкрите вирівнювання зміщених хребців і передній спондилодез кістковими ауто трансплантатами.
- Е. Папаїнізація дисків.

Задача 19.

Дитина 8 років. Скарги на біль у спині, швидку стомлюваність, температура тіла не підвищувалася, аналіз крові без змін. Виявлено: ознаки сколіотичної постави, пальпаторно визначається випинання остистого відростка Th 6 хребця, при натисненні і постукуванні якого - гострий біль. На рентгенограмі хребта в бічній проекції визначається зниження висоти і збільшення передньозаднього розміру тіла Th 6 хребця, ущільнення структури. Який діагноз?

- А. Еозинофільна гранульома Th 6 хребця.
- В. Хвороба Шеерман-Мау.
- С. Юнацький остеохондроз.
- Д. Туберкульозний спондиліт.
- Е. Хвороба Кальве.

Задача 20.

Дитина 6 років. Спостерігається з приводу хвороби Кальве ортопедом за місцем проживання. Яка тактика лікування?

- A. Оперативне лікування.
- B. Масаж, ЛФК, фізіопроцедур.
- C. Можна обмежитися гіпсовим випрямлювальним корсетом.
- D. Тільки санаторно-курортне лікування з дотриманням строгого розвантажувального режиму для хребта.
- E. Лікування симптоматичне.

ТЕСТ № 4.2.**ВРОДЖЕНІ ТА НАБУТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ХРЕБТА**

1. Скільки відділів має хребет:

- A. 1.
- B. 2.
- C. 3.
- D. 4.
- E. 5.

2. Скільки хребців у поперековому відділі хребта ?

- A. 1.
- B. 2.
- C. 5.
- D. 7.
- E. 12.

3. Вигин відділу хребта вперед у сагітальній площині – це:

- A. Кіфоз.
- B. Сколіоз.
- C. Лордоз.
- D. Кіфосколіоз.
- E. Синостоз.

4. Вигин відділу хребта назад у сагітальній площині – це:

- A. Кіфоз.
- B. Сколіоз.
- C. Лордоз.
- D. Кіфосколіоз.
- E. Синостоз.

5. Формування шийного лордозу відбувається:

- A. В віці 2 – 3 місяців.
- B. В віці 5 – 6 місяців.
- C. В віці 11 – 12 місяців.
- D. В віці 2 – 3 років.
- E. В віці 5 – 6 років.

6. Формування грудного кіфозу відбувається:

- A. В віці 2 – 3 місяців.
- B. В віці 5 – 6 місяців.
- C. В віці 11 – 12 місяців.
- D. В віці 2 – 3 років.
- E. В віці 5 – 6 років.

7. Формування поперекового лордозу відбувається:

- A. В віці 2 – 3 місяців.
- B. В віці 5 – 6 місяців.
- C. В віці 11 – 12 місяців.
- D. В віці 2 – 3 років.
- E. В віці 5 – 6 років.

8. Ритмічне свідомо-рефлекторне переміщення людини в ортостатичному положенні - це:

- A. Постава.
- B. Спондилолітез.
- C. Хода.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

9. Ортостатичне положення людини, при якому збережені фізіологічні вигини хребта із симетричним розміщенням голови, тулуба, таза, кінцівок - це:

- A. Постава.
- B. Спондилолітез.
- C. Хода.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

10. Вроджене або набуте розсмоктування дужок хребця в ділянці перешийка - це:

- A. Люмбалізація.
- B. Спондилолітез.
- C. Сакралізація.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

11. Зісковзування тіла хребця вперед - це:

- A. Люмбалізація.
- B. Спондилолітез.
- C. Сакралізація.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

12. Зрощення L5 з S1 – це:

- A. Люмбалізація.
- B. Спондилолітез.
- C. Сакралізація.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

13. Відділення S1 від основної маси крижової кістки – це:

- A. Люмбалізація.
- B. Спондилолістез.
- C. Сакралізація.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

14. В якому варіанті перераховані вади постави?

- A. Дегенеративний стеноз хребтового каналу, протрузія, кила диску.
- B. Остеохондроз, спондильоз, спондилоартроз.
- C. Спондилоліз, спондилолістез, псевдоспондилолістез.
- D. Рахітичний кіфоз, вроджений кіфоз.
- E. Кругла та плоска спина, кіфотична, сколіотична та лордотична постави.

15. В якому варіанті перераховані дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта?

- A. Дегенеративний стеноз хребтового каналу, протрузія, кила диску.
- B. Остеохондроз, спондильоз, спондилоартроз.
- C. Спондилоліз, спондилолістез, псевдоспондилолістез.
- D. Рахітичний кіфоз, вроджений кіфоз.
- E. Кругла та плоска спина, кіфотична, сколіотична та лордотична постави.

16. В якому варіанті перераховані стадії остеохондрозу хребта?

- A. Кругла та плоска спина, кіфотична, сколіотична та лордотична постави.
- B. Остеохондроз, спондильоз, спондилоартроз.
- C. Спондилоліз, спондилолістез, псевдоспондилолістез.
- D. Рахітичний кіфоз, вроджений кіфоз.
- E. Внутрішньодискове зміщення ядра, протрузія, кила диску.

17. Дегенеративно-дистрофічне захворювання хребта з первинним ураженням міжхребцевого диску – це:

- A. Остеохондроз.
- B. Спондилолістез.
- C. Спондилоартроз.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

18. Дегенеративно-дистрофічне захворювання міжхребцевих суглобів – це:

- A. Остеохондроз.
- B. Спондилолістез.
- C. Спондилоартроз.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

19. Дегенеративно-дистрофічне захворювання хребта, яке характеризується кістковими розростаннями в ділянках відшарування зв'язкового апарату від тіл хребця – це:

- A. Остеохондроз.
- B. Спондилолітез.
- C. Спондилоартроз.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

20. Кругла спина – це:

- A. Рівномірне збільшення фізіологічного кіфотичного вигину хребта у грудному відділі.
- B. Значне зменшення або повна відсутність фізіологічних вигинів хребта без нахилу тазу вперед.
- C. Надмірне заглиблення поперекового лордозу.
- D. Бічне відхилення хребта в одному з відділів лише у фронтальній площині.
- E. Фіксоване вроджене або набуте фронтально-торсійне зміщення хребта.

21. Плоска спина – це:

- A. Рівномірне збільшення фізіологічного кіфотичного вигину хребта у грудному відділі.
- B. Значне зменшення або повна відсутність фізіологічних вигинів хребта без нахилу тазу вперед.
- C. Надмірне заглиблення поперекового лордозу.
- D. Бічне відхилення хребта в одному з відділів лише у фронтальній площині.
- E. Фіксоване вроджене або набуте фронтально-торсійне зміщення хребта.

22. Лордотична постава – це:

- A. Рівномірне збільшення фізіологічного кіфотичного вигину хребта у грудному відділі.
- B. Значне зменшення або повна відсутність фізіологічних вигинів хребта без нахилу тазу вперед.
- C. Надмірне заглиблення поперекового лордозу.
- D. Бічне відхилення хребта в одному з відділів лише у фронтальній площині.
- E. Фіксоване вроджене або набуте фронтально-торсійне зміщення хребта.

23. Сколіотична постава – це:

- A. Рівномірне збільшення фізіологічного кіфотичного вигину хребта у грудному відділі.
- B. Значне зменшення або повна відсутність фізіологічних вигинів хребта без нахилу тазу вперед.
- C. Надмірне заглиблення поперекового лордозу.
- D. Бічне відхилення хребта в одному з відділів лише у фронтальній площині.
- E. Фіксоване вроджене або набуте фронтально-торсійне зміщення хребта.

24. Сколіотична хвороба – це:

- A. Рівномірне збільшення фізіологічного кифотичного вигину хребта у грудному відділі.
- B. Значне зменшення або повна відсутність фізіологічних вигинів хребта без нахилу тазу вперед.
- C. Надмірне заглиблення поперекового лордозу.
- D. Бічне відхилення хребта в одному з відділів лише у фронтальній площині.
- E. Фіксоване вроджене або набуте фронтально-торсійне зміщення хребта.

25. Зміщення тіла хребця назад – це:

- A. Псевдоспондилолітез.
- B. Спондилолітез.
- C. Спондилоартроз.
- D. Спондилоліз.
- E. Спондильоз.

26. Яка найчастіша причина виникнення псевдоспондилолітезу ?

- A. Нестабільність у дуговідросчатих суглобах.
- B. Порушення постави.
- C. Вада розвитку хребта.
- D. Спондилолітез.
- E. Спондилоліз.

27. Синостоз шийних хребців – це хвороба:

- A. Гоффа .
- B. Кьоніга.
- C. Кюмеля-Вернея.
- D. Кліпель-Фейля.
- E. Осгуда-Шляттера.

28. Наявність бічних напівхребців призводить до:

- A. Розвитку кифотичної деформації.
- B. Набутого сколіозу.
- C. Вродженого сколіозу.
- D. Спондилолізу.
- E. Псевдоспондилолітезу.

29. Наявність задніх напівхребців призводить до:

- A. Розвитку кифотичної деформації.
- B. Набутого сколіозу.
- C. Вродженого сколіозу.
- D. Спондилолізу.
- E. Псевдоспондилолітезу.

30. Коли виникає спино мозкова грижа?
- A. Внаслідок наявності клиноподібних хребців.
 - B. При спондилоартрозі.
 - C. При остеохондрозі.
 - D. При наявності *spina bifida*.
 - E. При псевдоспондилолітезі.
31. Стінками спино мозкової грижи є?
- A. Тіло хребця та спинний мозок.
 - B. Ліквор, спино мозковий конус, кінський хвіст.
 - C. Спино мозкові оболонки та шкіра.
 - D. Жовта зв'язка та дуговідросчати суглоби.
 - E. Підшкірна клітковина та дужки хребця.
32. Вмістом спино мозкової грижи є?
- A. Тіло хребця та спинний мозок.
 - B. Ліквор, спино мозковий конус та кінський хвіст.
 - C. Спино мозкові оболонки та шкіра.
 - D. Жовта зв'язка та дуговідросчати суглоби.
 - E. Підшкірна клітковина та дужки хребця.
33. Набутий спонділоліз може виникнути внаслідок:
- A. Дисплазії.
 - B. Синдрому горизонтальних крижів.
 - C. Травми хребця.
 - D. Лордотичної постави.
 - E. Всього перерахованого.
34. Скільки ступенів виділяє класифікація спондилолітезу за Мейердінгом?
- A. 2.
 - B. 3.
 - C. 4.
 - D. 5.
 - E. 6.
35. Скільки ступенів виділяє класифікація перебігу сколіотичної хвороби за Чакліном?
- A. 2.
 - B. 3.
 - C. 4.
 - D. 5.
 - E. 6.

36. Як буде за латиною слово “розщелина хребців”?
- A. Suffusus vertebrae.
 - B. Fractura vertebrae.
 - C. Penetratio vertebrae.
 - D. Luxatio vertebrae.
 - E. Spina bifida.
37. При якій патології спостерігається рентгенологічний симптом «горобиного хвоста» ?
- A. Внаслідок наявності клиноподібних хребців.
 - B. При спондилоартрозі.
 - C. При остеохондрозі.
 - D. При наявності spina bifida.
 - E. При спондилолітезі.
38. За причинним фактором серед набутих сколіозів найчастіше зустрічаються сколіози:
- A. Статичні.
 - B. Рахітичні.
 - C. Міопатичні.
 - D. Ідеопатичні.
 - E. Нейрогенні.
39. Чи може при сколіотичній хворобі виникнути летальний наслідок?
- A. Може, внаслідок перелому хребців.
 - B. Може, внаслідок парепарезу.
 - C. Може, внаслідок ниркової недостатності.
 - D. Може, внаслідок серцево-легеневої недостатності.
 - E. Може, внаслідок серцево-судинної недостатності.
40. Який патогномонічний симптом відрізняє сколіотичну хворобу від сколіотичної постави?
- A. Наявність торсії хребців при сколіотичній поставі.
 - B. Наявність торсії хребців при сколіотичній хворобі.
 - C. Наявність бокового викривлення хребта при сколіотичній поставі.
 - D. Наявність бокового викривлення хребта при сколіотичній хворобі.
 - E. Рентгенологічний симптом Турнера при сколіотичній поставі.
41. Яка мета консервативного лікування сколіотичної хвороби?
- A. Повне усунення деформації хребта.
 - B. Часткове усунення деформації хребта.
 - C. Запобігання прогресуванню деформації.
 - D. Консервативне лікування не застосовується.
 - E. Усунення реберного горбу.

42. Оперативне лікування сколіотичної хвороби показане:
- A. При I ст. деформації.
 - B. При наявності S-подібного сколіозу.
 - C. При II ст. деформації.
 - D. При переході з II у III ст.
 - E. негайно, відразу після виявлення.
43. Який патогномонічний симптом відрізняє вроджений горб від рахітичного горба?
- A. Наявність торсії хребців.
 - B. Зникнення деформації у положенні лежачи на животі.
 - C. Наявність бокового викривлення хребта.
 - D. Зникнення деформації у положенні стоячи на колінах.
 - E. Рентгенологічний симптом Турнера.
44. Який вид оперативних втручань використовуються при сколіотичній хворобі?
- A. Клиноподібна резекція тіла хребця.
 - B. Артроскопічна ревізія дуговідросчатих суглобів хребців.
 - C. Ендопротезування міжхребцевого диску.
 - D. Остеосинтез тіл хребців.
 - E. Жоден з перерахованих не використовується.
45. У хворих на сколіотичну хворобу зі схильністю до високого зросту при наростанні деформації показана:
- A. Клиноподібна резекція тіла хребця.
 - B. Артроскопічна ревізія дуговідросчатих суглобів хребців.
 - C. Ендопротезування міжхребцевого диску.
 - D. Остеосинтез тіл хребців.
 - E. Епіфізіодез.
46. Грижа Шморля – це:
- A. Грижа міжхребцевого диску яка більша за 10мм .
 - B. Спиномозкова грижа.
 - C. Проникнення частини диску в губчасту частину тіла хребця.
 - D. Проникнення частини диску в кортикальну частину тіла хребця.
 - E. Проникнення частини диску в дужку хребця.
47. Яке ускладнення може виникнути при прогресуванні сколіотичної хвороби?
- A. Тромбоз стегнової артерії.
 - B. Легеневе серце.
 - C. Синдром Леріша.
 - D. Гострий тромбофлебіт.
 - E. Міоренальний синдром.

48. Яка тактика найдоцільніша у дитини з юнацькою формою остеохондрозу, з вираженим больовим синдромом?
- A. Звільнити цілком від фізичних навантажень, спорту.
 - B. Лікувальна гімнастика в положенні лежачи, виси, підводне витягнення, голкотерапія, мануальна терапія, масаж, електрофорез з анестетиком.
 - C. Спостереження у ортопеда, знеболюючі препарати.
 - D. Відкрите вирівнювання зміщених хребців і передній спондилодез кістковими ауто трансплантатами.
 - E. Папаїнізація дисків.
49. Який вид знеболень застосовують при мануальній терапії при остеохондрозі хребта?
- A. Інфільтраційне.
 - B. Місцеве.
 - C. Внутрішньокісткове.
 - D. Спиномозкове.
 - E. Не застосовують.
50. Які оптимальні заходи лікувального впливу при II ст. сколіозу, з тенденцією до повільного прогресування, у підлітка?
- A. Фіксація хребта за допомогою жорсткого корсета з курсами фізіофункціонального лікування.
 - B. Фізіофункціональне лікування.
 - C. Гіпсове ліжечко, фізіофункціональне лікування.
 - D. Фізіофункціональне лікування з виконанням ортопедичного режиму.
 - E. Оперативне лікування із застосуванням дистракторів.
51. Подразнення медіальної гілочки спиномозкового нерву призводить до:
- A. Запаморочення.
 - B. Дискалгії.
 - C. Спондилоартралгії.
 - D. Спондилоартрозу.
 - E. Хрусту у хребті.
52. Оперативне лікування остеохондрозу хребта показане:
- A. При I ст.
 - B. При наявності спонділоартрозу.
 - C. При II ст.
 - D. При переході з II у III ст.
 - E. Негайно, відразу після виявлення.

53. Консервативне лікування остеохондрозу хребта показане:
- A. При переході з I у II ст.
 - B. При наявності повного стенозу хребтового каналу.
 - C. При III ст.
 - D. При переході з II у III ст.
 - E. Не застосовується.
54. Який вид оперативних втручань використовуються при остеохондрозі хребта II - III ст?
- A. Клиноподібна резекція тіла хребця.
 - B. Денервація міжхребцевих суглобів.
 - C. Епіфізіодез.
 - D. Транспедікулярна фіксація хребців.
 - E. Декомпресія корінця спинного мозку.
55. Який вид оперативних втручань використовуються при остеохондрозі хребта на тлі нестабільності рухових сегментів?
- A. Клиноподібна резекція тіла хребця.
 - B. Денервація міжхребцевих суглобів.
 - C. Епіфізіодез.
 - D. Транспедікулярна фіксація хребців.
 - E. Декомпресія корінця спинного мозку.
56. Який вид оперативних втручань використовуються при остеохондрозі хребта на тлі спондилоартрозу?
- A. Клиноподібна резекція тіла хребця.
 - B. Денервація міжхребцевих суглобів.
 - C. Епіфізіодез.
 - D. Транспедікулярна фіксація хребців.
 - E. Декомпресія корінця спинного мозку.
57. З яким захворюванням необхідно провести диф. діагностику спондиліозу?
- A. Юнацький епіфізіоліз.
 - B. Хвороба Пертеса.
 - C. Хвороба Бехтерева.
 - D. Хвороба Ольє
 - E. Хвороба Кьоніга.
58. I ст перебігу сколіотичної хвороби за Чакліном – це сколіоз з кутом деформації:
- A. від 0 до 5°.
 - B. від 0 до 10°.
 - C. від 0 до 15°.
 - D. від 0 до 20°.
 - E. від 0 до 25°.

59. II ст перебігу сколіотичної хвороби за Чакліном – це сколіоз з кутом деформації:

- A. до 5° .
- B. до 10° .
- C. до 15° .
- D. до 20° .
- E. до 25° .

60. III ст перебігу сколіотичної хвороби за Чакліном – це сколіоз з кутом деформації:

- A. до 100° .
- B. до 30° .
- C. до 40° .
- D. до 50° .
- E. до 70° .

ТЕСТ № 5.1,7.1,9.1
ПОШКОДЖЕННЯ ПОЯСУ ТА ВІЛЬНОЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ,
НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ, ХРЕБТА ТА ТАЗУ

1. Які клінічні симптоми переломів відносяться до достовірних?
 - A. Патологічна рухомість уламків сегмента, крепітація.
 - B. Порушення функції кінцівки.
 - C. Деформація кінцівки.
 - D. Вкорочення кінцівки.
 - E. Біль, припухлість.

2. Які ускладнення переломів слід вважати ранніми?
 - A. Нейродистрофічні розлади.
 - B. Травматичний шок.
 - C. Тугорухомість в суглобах з атрофією м'язів.
 - D. Сповільнене зрощення переломів.
 - E. Несправжній суглоб.

3. Сповільнена консолидація переломів проявляється клінічними симптомами:
 - A. Не зрощення кісткових уламків.
 - B. Збільшення терміну зрощення в 1,5 рази.
 - C. набряк тканин навколо перелому.
 - D. Закриття кістково-мозкового каналу на рентгенограмі.
 - E. Склероз кінців уламків.

4. При відкритих переломах на догоспітальному етапі слід виконувати:
 - A. Зупинку кровотечі, транспортну іммобілізацію.
 - B. Знеболення та наступне зашивання шкіри.
 - C. Репозицію уламків.
 - D. Накладання тимчасового скелетного витяжіння.
 - E. Виконання первинної хірургічної обробки рани.
5. Які транспортні шини відносяться до екстензійних?
 - A. Шина Крамера.
 - B. Фанерна шина.
 - C. Шина Єланського.
 - D. Праща підборідна.
 - E. Шина Дітерікса.
6. Контрольна рентгенографія вперше після накладання гіпсової пов'язки здійснюється:
 - A. Протягом першої доби.
 - B. На 2-3 добу.
 - C. На 6-8 добу.
 - D. На 10-14 добу.
 - E. Не раніше другого тижня.

7. Причиною вторинних ранніх кровотеч являється:
- A. Евакуація тромбу з кровоносної судини.
 - B. Аррозія судини.
 - C. Розщеплення тромбу.
 - D. Тромбоцитопенія.
 - E. Неспроможність факторів згортання крові.
8. Перелоμο-вивихом називається стан, який характеризується одночасним:
- A. Переломом та зміщенням кісткових уламків.
 - B. Переломом та інтерпозицією м'язів між уламками.
 - C. Переломом з вклиненням уламків.
 - D. Вивихом однієї кістки і переломом іншої.
 - E. Вивихом і переломом суглобових та білясуглобових відділів кості.
9. Виключить невірно вказаний шар кісткової мозолі:
- A. Параоссальний.
 - B. Периоссальний.
 - C. Інтермедіарний.
 - D. Ендостальний.
 - E. Кістковомозковий.
10. Назвіть симптоми закритого перелому кістки:
- A. Підшкірна емфізема.
 - B. Патологічна рухливість.
 - C. Збільшення абсолютної довжини кінцівки.
 - D. Кровотеча.
 - E. Пружній опір в найближчому суглобі.
11. Які повинні бути межі транспортної іммобілізації у потерпілого при переломі плечової кістки ?
- A. Пальці - лопатка здорової сторони.
 - B. Кисть - лопатка ураженої сторони.
 - C. Променево-зап'ястковий суглоб - лопатка ураженої сторони.
 - D. Променево-зап'ястковий суглоб - плечовий суглоб ураженої сторони.
 - E. Передпліччя - плече ураженої сторони.
12. Вкажіть елемент першої допомоги на місці пригоди потерпілому з переломом довгої трубчастої кістки:
- A. Використати шину Белера.
 - B. Накласти гіпсову пов'язку.
 - C. Іммобілізувати кінцівку транспортною шиною.
 - D. Виконати репозицію уламків.
 - E. Виконати скелетне витягання.

13. Коли і де слід проводити репозицію кісткових уламків при відкритому переломі?
- A. На місці отримання травми (при наданні першої медичної допомоги).
 - B. При транспортуванні в стаціонар.
 - C. Під час санітарної обробки в приймальному відділенні.
 - D. В операційні в найближчий час після надходження в лікувальний заклад.
 - E. В любому з перерахованих місць та в любий час.
14. Абсолютною ознакою перелому, яка виявляється за допомогою клінічного обстеження, є:
- A. Гіперемія шкіри.
 - B. Блідість шкірних покривів.
 - C. набряк кінцівки.
 - D. Кісткова крепітація.
 - E. Біль в ділянці перелому.
15. До якого способу знедолення відноситься місцева анестезія за О.В. Вишневським?:
- A. Термінального.
 - B. Інфільтраційного.
 - C. Епідурального.
 - D. Провідникового.
 - E. Комбінованого.
16. Скільки стадій розвитку проходить кісткова мозоль?
- A. 2.
 - B. 5.
 - C. 3.
 - D. 6.
 - E. 4.
17. Яку концентрацію новокаїну застосовують при інфільтраційній анестезії за Вишневським?
- A. 10 %.
 - B. 1%.
 - C. 5%.
 - D. 0,25%.
18. Оперативне лікування переломів показане в наступних випадках:
- A. При уповільненому зростанні перелому.
 - B. При епіфізіолізі.
 - C. При неускладнених поперечних переломах.
 - D. При гвинтоподібних переломах.
 - E. При вклинених переломах.

19. Який метод відноситься до неоперативного методу фіксації кісткових уламків?

- A. Фіксація металевими пластинами.
- B. Введення в кістково-мозковий канал металевих штифтів.
- C. Скелетне витягання.
- D. Застосування комперсійно-дистракційного методу.
- E. Фіксація металевими спицями Киршнера.

20. Що відноситься до загальних причин уповільненого зрощення переломів?

- A. Інтерпозиція м'яких тканин.
- B. Авітаміноз з порушенням мінерального обміну.
- C. Зміщення кісткових уламків, яке було не виправлене при репозиції.
- D. Дефект м'яких тканин над зоною перелому.
- E. Порушення кровозабезпечення кісткових уламків.

21. Накладання тугої пов'язки показано при:

- A. Венозній кровотечі.
- B. Артеріальній кровотечі.
- C. Капілярній кровотечі.
- D. Кровотечі з носової порожнини.
- E. Кровотечі з плечової артерії.

22. Оптимальні умови для зрощення діафізарних переломів шляхом прямого остеогенезу забезпечує:

- A. Імобілізаційний метод.
- B. Скелетне витягання.
- C. Остеосинтез металевим стрижнем.
- D. Черезкістковий остеосинтез.
- E. Всі перелічені.

23. Основним джерелом регенерації кісткової тканини при діафізарних переломах у дітей є:

- A. Міжфрагментарна гематома.
- B. Ендост.
- C. Периост.
- D. Кістковий мозок.
- E. Сполучна тканина.

24. Основна причина зниженої регенерації кісткової тканини при переломах у пацієнтів похилого і старечого віку:

- A. Синильний психоз.
- B. Зміни метаболізму з перевагою катаболічних процесів.
- C. Недостатність вітамінів та мікроелементів.
- D. Атеросклероз судин.
- E. Зниження еластичності кістки.

25. Справжнє вкорочення кінцівки буває при:
- A. Контрактурі суглоба.
 - B. Регідності суглоба.
 - C. Гемартрозі.
 - D. Переломі сегменту кінцівки.
 - E. Пухлині кістки.
 - I. Переломах, які довго не зростаються.
26. Постійне скелетне витягання дозволяє:
- A. Усунути зміщення уламків по довжині.
 - B. Забезпечити заживлення перелому шляхом прямого остеогенезу.
 - C. Забезпечити повну нерухомість уламків.
 - D. Розпочати ранню мобілізацію суглобів.
 - E. Скоротити термін лікування.
27. Скелетне витягання протипоказане при:
- A. Парезах і судомах, міопатії, ушкодженні м'язів антагоністів, ушкодженні нервово-судинних пучків.
 - B. Комбінаційних ушкодженнях.
 - C. Косих, косо-поперечних і уламкових переломах
 - D. Внутрішньо-суглобових переломах
 - E. При всіх перелічених вище випадках.
28. Що відноситься до пізніх ускладнень при переломах кісток?
- A. Гострий остеомієліт.
 - B. Шок.
 - C. Раньова інфекція у вигляді нагноєння рани, флегмони.
 - D. Нейродистрофічні розлади.
 - E. Жирова емболія.
29. До методів стабільної фіксації кісткових уламків відноситься:
- A. Шина Дітерікса.
 - B. Остеосинтез за допомогою спиць Кіршнера.
 - C. Гіпсова пов'язка.
 - D. Компресійно-дистракційний остеосинтез.
 - E. шовковий шов, шовковий серкляж.
30. Що відноситься до основних принципів лікування переломів?
- A. Редислокація кісткових уламків.
 - B. Фіксація косих переломів шляхом гіпсової іммобілізації.
 - C. Фіксація кісткових уламків у вірному положенні та їх стабільне утримання.
 - D. Початок реабілітації пацієнта не раніше другого тижня.
 - E. Видалення гематоми шляхом пункції із зони перелому.

31. Який основний місцевий симптом має значення для постановки діагнозу перелому?
- A. Біль, набряк.
 - B. Деформація кінцівки.
 - C. Гематома.
 - D. Вкорочення кінцівки.
 - E. Кісткова крепітація.
32. Що відноситься до методів стабільної фіксації кісткових уламків?
- A. Скелетне витяжіння.
 - B. Шина Белера.
 - C. Компресійно-дистракційний остеосинтез.
 - D. Гіпсова пов'язка.
 - E. Шина Дітерікса.
33. В яку ділянку протипоказане проведення шпиль при скелетному витяжінні?
- A. Ліктьовий відросток.
 - B. Кісточки.
 - C. П'яточна кістка.
 - D. Горбистість великогомілкової кістки.
 - E. Виростки стегна.
34. Який метод відноситься до неоперативного методу фіксації кісткових уламків?
- A. Зшивання шовком.
 - B. Фіксація металевими пластинами.
 - C. Накладання скелетного витягання.
 - D. Введення в кістковий канал металевих штифтів.
 - E. Використання компресійно-дистракційного методу.
35. Що відноситься до достовірних ознак переломів?
- A. Локальна болючість, іррадіація болю.
 - B. Порушення функції кінцівки.
 - C. Вимушене положення кінцівки.
 - D. Кісткова крепітація в ділянці перелому.
 - E. Набряк і деформація кінцівки.
36. Який основний принцип лікування переломів?
- A. Шов окістя кістки.
 - B. Зіставлення уламків та їх утримання.
 - C. Фіксація уламків за допомогою металевих пластин.
 - D. Фіксація уламків за допомогою компресійно-дистракційного методу.
 - E. Видалення всіх кісткових уламків.

37. Який метод зупинки венозної кровотечі краще використовувати при переломах кісток передпліччя?

- A. Тиснуча пов'язка.
- B. Джгут дистальніше рани.
- C. Перев'язка судин.
- D. Гемостатична губка.
- E. Накладання затискачів.

38. Який метод зупинки кровотечі краще застосувати при відкритому переломі кісток передпліччя з ушкодженням променевої та ліктьової артерії?

- A. Джгут дистальніше рани.
- B. Накладання затискачів на ушкодженні судини.
- C. Перев'язка судин.
- D. Електрокоагуляція.
- E. Накладання артеріального джгута на плече.

39. Що відноситься до основних задач лікування пацієнтів з переломами кінцівок?

- A. Збереження життя потерпілого.
- B. Збереження кінцівки.
- C. Усунення болю.
- D. Відновлення анатомічної форми кінцівки, її функції, працездатності.
- E. Все вищеперераховане.

40. Що являється протипоказанням до оперативного лікування.

- A. Наявність інтерпозиції тканин міжкістковими уламками.
- B. Відкриті переломи.
- C. Геморагічний шок 3-го ступеня.
- D. Ушкодження судин та нервів.
- E. Нестабільні або важко утримувані переломи.

41. Що відноситься до несправжніх суглобів (псевдоартрозів)?

- A. Наявність болючої рухомості уламків.
- B. Наявність безболісної рухомості уламків.
- C. Наявність кісткової крепітації.
- D. Вільний кістково-мозковий канал.
- E. Відсутність щілини між уламками.

42. Які принципи лікування несправжніх суглобів?

- A. Видалення рубцевої фіброзної тканини та звільнення від неї уламків.
- B. Освіження поверхонь кінців кісткових уламків.
- C. Відкриття кістково-мозкового каналу.
- D. Використання кісткової пластики.
- E. Все вищеперераховане.

43. До відривних переломів відносяться:

- A. Діафізарні
- B. Метафізарні.
- C. Комбіновані.
- D. Апофізарні.
- E. Епіфізарні.

44. В залежності від локалізації ушкодження кістки розрізняють наступні переломи:

- A. Поперечні
- B. Епіфізарні
- C. Косі
- D. Гвинтові
- E. Скалкові.

45. Розрізняють наступні види зміщення уламків:

- A. Вколочені
- B. Розтрощення
- C. Гвинтові
- D. Бокові
- E. Косі.

46 . Який із слів відноситься до кісткової мозолі?

- A. Капсулярний.
- B. Ендостальний
- C. Судинний
- D. Фасціальний.
- E. Кістково-мозковий.

47 . В якій анатомічній ділянці кістки частіше виникає відривний перелом?

- A. Діафіз.
- B. Апофіз.
- C. Метафіз.
- D. Епіметафіз
- E. Зона ендосту.

48. В якій анатомічній ділянці кістки частіше виникає компресійний перелом?

- A. Діафіз.
- B. Апофіз
- C. Метафіз
- D. Епіметафіз
- E. Зона ендосту.

49. Який доцільніше застосовувати вид металоостеосинтезу використовувати при неускладнених переломах пальців кисті?
- A. Металевими пластинами
 - B. Апаратами зовнішньої фіксації
 - C. Спицями Киршнера
 - D. Гвинтами
 - E. Інтрамедулярний синтез металевим стрижнем
50. Що відноситься до місцевих причин уповільненого зрощення переломів?
- A. Хронічні захворювання.
 - B. Авітаміноз з порушенням мінерального обміну.
 - C. Множинність травм.
 - D. Вагітність.
 - E. Порушення кровозабезпечення кісткових уламків
51. Що відноситься до ранніх ускладнень при переломах кісток?
- A. Порушення функції в суглобах (контрактури, анкілози).
 - B. Укорочення кінцівки.
 - C. Сповільнене зрощення кісткових уламків.
 - D. Нейродистрофічні розлади

ТЕСТ № 5.2,7.2,9.2**ПОШКОДЖЕННЯ ПОЯСУ ТА ВІЛЬНОЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ,
НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ, ХРЕБТА ТА ТАЗУ.**

1. Пацієнтка С., 65 років, послизнулася на вулиці і впала на випрямлену ліву руку після чого виник різкий біль в ділянці променево-зап'ясткового суглоба. При огляді визначається деформація променево-зап'ясткового суглоба, значний набряк, підшкірна гематома. При осьовому навантаженні відчуває різкий біль. Який з достовірних симптомів буде свідчити про наявність перелому?
- A. Біль, набряк, гематома.
 - B. Наявність пружності травмованого сегменту кінцівки.
 - C. Кісткова крепітація, патологічна рухливість уламків.
 - D. Деформація травмованого сегменту.
 - E. Вкорочення кінцівки.
2. У пацієнта М., 40 років клінічна і рентгенологічне діагностовано закритий косий перелом нижньої третини плечової кістки зі зміщенням уламків по довжині на 1 см. Кисть звисає, пацієнт не може повністю розігнути її та відвести перший палець. Яка лікувальна тактика?
- A. Відкрита репозиція уламків, металоостеосинтез, ревізія променевого нерву.
 - B. Накладання лонгетної гіпсової пов'язки з фіксацією кисті.
 - C. Застосування скелетного витягання за ліктьовий відросток.
 - D. Позавогнищевий металоостеосинтез. Еластичне бинтування.
 - E. Еластичне бинтування верхньої кінцівки, холод на ділянку перелому.
3. Лікар, оглядаючи пацієнтку К., 39 років, з підозрою на перелом лівого передпліччя, виявив локальну болючість у середній третині передпліччя, гематому, крепітацію уламків; передпліччя набрякле, деформоване. Активні рухи в променево-зап'ястковому суглобі відсутні. Який достовірний симптом вказує на перелом?
- A. Крепітація.
 - B. Гематома.
 - C. Локальна болючість.
 - D. Набряк і деформація.
 - E. Відсутність рухів у променево-зап'ястковому суглобі.

4. Пацієнт К., 40 років, звернувся у травмпункт зі скаргами на біль у правому надпліччі. При огляді ділянка надпліччя згладжена. Ліва половина плечового поясу вкорочена, конфігурація ключиці змінена. При пальпації – локальна болючість, при значному натисканні відмічається крепітація. Дихання пацієнта не порушене. Активні рухи в плечовому суглобі різко обмежені. Ваш попередній діагноз?
- A. Перелом ключиці.
 - B. Вивих акроміального кінця ключиці.
 - C. Вивих плеча.
 - D. Вивих стернального кінця ключиці.
 - E. Перелом головки плечової кістки.
5. Пацієнтка К., 43 років, поступила в приймальне відділення зі скаргами на біль в правому плечі, порушення функції кінцівки. При огляді відмічається різка болючість у ділянці плеча, його патологічна рухомість, викривлення осі, вкорочення, крепітація. Ваш попередній діагноз.
- A. Перелом діафіза плечової кістки.
 - B. Перелом ключиці.
 - C. Вивих плеча.
 - D. Вивих акроміального кінця ключиці.
 - E. Забій м'яких тканин правого плеча.
6. У пацієнта з переломом нижньої третини плечової кістки відсутні активні рухи в променево-зап'ястковому суглобі. Яка тактика сімейного лікаря, який надає першу медичну допомогу?
- A. Гіпсова пов'язка на 6 тижнів.
 - B. Накласти тугу еластичну пов'язку, консультація нейрохірурга.
 - C. Накласти стандартну транспортну шину, динамічне спостереження.
 - D. Накласти імпровізовану транспортну шину, негайна консультація травматолога.
 - E. Холод на уражену кінцівку, нестероїдні протизапальні препарати, протинабрякова терапія.
7. У пацієнта клінічна і рентгенологічна діагностовано закритий косий перелом нижньої третини плечової кістки із зміщенням уламків по довжині на 1 см. Кисть звисає, пацієнт не може повністю розігнути кисть та відвести перший палець. Якою має бути лікувальна тактика?
- A. Накладання лонгетної гіпсової пов'язки з клиноподібною подушкою, кисть фіксувати в положенні тильної флексії.
 - B. Накладання скелетного витягання за ліктьовий відросток.
 - C. Позавогнищевий остеосинтез компресійно-дистракційним апаратом.
 - D. Мікрохірургічний шов променевого нерву, відкрита репозиція уламків, метал остеосинтез.
 - E. Одномоментна ручна репозиція уламків, накладання гіпсової лонгети, лікувальна фізкультура з 3-ї доби.

8. Пацієнт 66 років скаржиться на біль в ділянці правої плечової кістки, порушення функції кінцівки. Рік тому консервативно лікувався з приводу поперекового перелому правої плечової кістки (закрита репозиція, гіпсова іммобілізація). Об'єктивно: відмічається безболісна рухливість в ділянці перелому. Рентгенологічно: щілина міме кістковими уламками, остеосклероз і зрощення кістково-мозкового каналу. Ваш діагноз?

- A. Хронічний остеомієліт.
- B. Нейродистофія кінцівки.
- C. Сповільнене зрощення уламків.
- D. Несправжній суглоб.
- E. Патологічний перелом.

9. Після ручної репозиції та накладання гіпсової лонгети, у пацієнта з переломами кісток передпліччя виник набряк кисті та пальців, біль, порушення чутливості. Якою має бути першочергова тактика лікаря?

- A. Це закономірне явище, набряк самостійно зменшиться через добу.
- B. Повторити репозицію.
- C. Зняти гіпсову лонгету на годину.
- D. Розрізати бинт, яким фіксовано лонгету.
- E. Призначити анальгетики та сечогінні.

10. У пацієнта 40 років поперековий закритий перелом діяфізу плечової кістки. Була виконана закрыта репозиція перелому, накладання циркулярної гіпсової пов'язки. Який повинен бути термін гіпсової іммобілізації в даному випадку?

- A. 30-40 діб.
- B. 3-55 діб.
- C. 60-70 діб.
- D. 80-100 діб.
- E. 100-120 діб.

11. Пацієнта 33 років протягом тижня лікували за допомогою скелетного витягу з приводу косоного перелому діяфізу плечової кістки в дистальній третині. Однак, усунути зміщення уламків по ширині не вдалось. На 10-ту добу було проведено відкриту репозицію уламків з подальшим остеосинтезом металевою пластинкою. Наступного дня після операції при огляді виявлено, що пацієнт не може активно розігнути пальці і кисть, а також відвести перший палець. Чому пацієнт не може активно розігнути пальці, кисть і відвести перший палець?

- A. Ушкодження серединного нерву.
- B. Ушкодження променевого нерву.
- C. Ушкодження ліктьового нерву.
- D. Ушкодження плечового сплетення.

12. Пацієнт К., 23 років, впав на праву руку. Скаржиться на кваліть, біль в руці, нудоту. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові оболонки бліді, праве передпліччя кутоподібно зігнуте в середній третині, де в проекції променевої кістки є рана розміром 5 на 3 см., з якої виступає уламок кістки та спостерігається значна кровотеча. Діагностовано відкритий перелом кісток правого передпліччя. З чого почнете надання невідкладної допомоги?

- A. Ушкодження пахвового нерву.
- B. Введення серцевих препаратів.
- C. Введення анальгетиків.
- D. Зупинка зовнішньої кровотечі.
- E. Відновлення ОЦК.
- I. Здійснення транспортної іммобілізації.

13. Пацієнт К., 32 років, упав з висоти 2,5 метрів на ліву руку і ногу. При приїзді карети швидкої медичної допомоги, скаржиться на сильний біль у ділянці лівого плеча і стегна. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові бліді, АТ-110/75 мм. ртг. ст., пульс - 88 за хв. Ліве плече і стегно в середній третині деформовані. У цих сегментах відмічається патологічна рухомість і крепітація. Діагностовано закриті переломи плеча і стегна. Яка транспортна іммобілізація найдоцільніша в даному випадку?

- A. Прибинтувати ногу до здорової.
- B. Одна шина Крамера - на руку, друга - на ногу.
- C. Шина Крамера - на стегно, іммобілізація плеча косинкою.
- D. Шина Дітеріхса - на ногу, шина Крамера - на руку.
- E. Дві шини Крамера - на ногу, іммобілізація руки косинкою.

14. Пацієнта Р., 32 років, доставлено в травмпункт районної лікарні з відкритим переломом нижньої третини плеча. Фельдшер наклав шину Крамера, попередньо змодельовавши на здоровій руці, що захоплювала плече, передпліччя і кисть до п'ястково-фалангових суглобів. Рука підвішена на хустці. Яку помилку допустив фельдшер?

- A. Не наклав асептичну пов'язку.
- B. Неправильне моделювання шини.
- C. Не потрібно хустки.
- D. Недоцільно використовувати шину Крамера.
- E. Помилка відсутня.

15. Пацієнт 24 років пірнув з розгону в річку. Скаржиться на болі в шийному відділі хребта, відсутність можливості повернути голову, м'язи шиї напружені. Голова дещо ротована вліво від середньої лінії. При пальпації через ротову порожнину оприділяється деформація, виступаюча допереду. Ваш діагноз:

- A. Переломо-остистого відростка
- B. Компресійний перелом тіла хребця.
- C. Повний двосторонній звих шийного хребця.
- D. Пошкодження, шийного відділу хребта.

16. Пацієнт 30 років упав з висоти на голову. Скаржиться на болі в шийному відділі хребта та голові, неможливість із-за болю рухів в даному відділі хребта. М'язи шиї напружені, спастичне скорочення. Пальпація по тильній стороні шиї супроводжується різкими болями.

Ваш діагноз:

- A. Перелом тіла шийного хребця.
- B. Підвивих шийного хребця.
- C. Перелом остистого відростка.
- D. Повний односторонній звих шийного хребця.

17. Пацієнт 26 років під час спортивної боротьби отримав травму шийного відділу хребта. Скаржиться на болі в шийному відділі хребта. Ротаційні та згинально-розгинальні рухи голови різко обмежені особливо вліво, м'язи шиї напружені, голова дещо ротована вправо. Підборіддя також трохи нахилене вправо. Ваш діагноз:

- A. Односторонній ротаційний підвивих шийних хребців.
- B. Перелом тіла шийного хребця.
- C. Перелом остистого відростка .
- D. Повний двосторонній вивих шийних хребців.

18. Пацієнт 28 років під час гри в футбол після різкого розвороту відчув різкі болі в передньо-верхній частині повздошної кістки справа, у вказаному місці виявляється припухлість, гематома. Пальпація різко болісна у вказаній області, супроводжується крипітацією. Ваш діагноз:

- A. Перелом передньої верхньої ості повздошної кістки.
- B. Перелом Мальгеня.
- C. Розрив симфізу.
- D. Перелом лобкової кістки.
- E. Перелом сідничної кістки.

19. Пацієнт 20 років під час купання в річці пірнув з розгону на мілкому місці головою вниз. Скаржиться на болі в шийному відділі хребта, голова зміщена допереду і злегка нахилена донизу. Підборіддя - по середній лінії. Остистий відросток 6 шийного хребця різко виступає дозаду. Ваш діагноз:

- A. Перелом остистого відростка .
- B. Пошкодження зв'язок шийного відділу хребця.
- C. Повний двосторонній звих 5 шийного хребця.
- D. Перелом тіла 5 хребця.

20. Пацієнтка 25 років після родів скаржиться на болі в районі лобка, які посилюються при ходінні. При пальпації симфізу виявляється вертикальна западина по середній лінії, болі при пальпації і натискуванні на симфіз. Ваш діагноз:

- A. Розрив симфізу.
- B. Перелом лобкової кістки.
- C. Перелом сідничної кістки.
- D. Центральний звих стегна.

21. Пацієнт 33 роки упав на сідниці з 3-го поверху. В момент огляду у пацієнта шок. Положення вимушене - поза Волковича. Пальпація таза різко болісна, супроводжується криптацією з обох сторін як справа, так і зліва, а також спереду та ззаду. Ваш діагноз:

- A. Перелом Мальгєня.
- B. Розрив симфізу.
- C. Центральний звих стегна.
- D. Перелом крила повздошної кістки.

22. Пацієнту 39 років упав великий вантаж на плечі від чого він упав, втративши свідомість. При огляді скаржиться на болі в нижньо-грудному відділі хребта, які посилюються при рухах. Ваш діагноз:

- A. Вибуховий перелом тіла 10-12 грудного хребців.
- B. Вивих поперекових хребців.
- C. Перелом поперекових відростків.
- D. Пошкодження зв'язок поперекового відділу хребта.

23. Пацієнтка 25 років підсковзнула на асфальті і впала на сідниці. Самостійно піднятися не могла. При огляді скаржиться на болі в області міжсідничної складки, які посилюються при рухах. Ваш діагноз:

- A. Перелом купика.
- B. Перелом крила повздошної кістки.
- C. Центральний звих стегна.
- D. Пошкодження зв'язок поперекового відділу хребта.

24. Пацієнт 46 років при переході вулиці був збитий вантажним автомобілем, після чого самостійно рухатись не міг. Лікар КШД при огляді виявив відносно вкорочення правої кінцівки, рухи в кульшовому суглобі супроводжуються різкими болями. Ваш діагноз:

- A. Центральний звих правого стегна.
- B. Перелом краю повздошної кістки.
- C. Перелом копчика.

25. Хворий, 32 роки. Під час монтажних робіт на 5-му поверсі послизнувся, зірвався і впав на землю. Самостійно підвестися на ноги не міг. КШД був доставлений в лікарню. При огляді відмічались виражені болі в області таза, які при пальпації та спробах рухів - різко посилювались. В позі Волкова болі в області таза дещо стихали. Ваш діагноз:

- A. Перелом хребта в поперековому відділі.
- B. Перелом кісток таза.
- C. Вивих стегна.
- D. Перелом стегна.

26. Хворий 48 років отримав травму внаслідок ДТП. Був доставлений у лікарню зі скаргами на болі в нижньо-грудному відділі хребта, які посилювались при рухах. При рентгенологічному дослідженні виявлена компресія тіла 11 грудного хребця до 1/2 висоти. Ваш діагноз:

- A. Розтягнення зв'язок хребта.
- B. Нестабільний перелом тіла 11 грудного хребця.
- C. Стабільний перелом тіла 11 грудного хребця.

27. Хворий 25 років після падіння з висоти 3-го поверху був госпіталізований в травматологічне відділення зі скаргами на болі в поперековому відділі хребта. При рентгенологічному обстеженні виявлений перелом дужок та дуговідрощатих відростків L 4. Ваш діагноз:

- A. Нестабільний перелом L4.
- B. Стабільний перелом L4.
- B. Забій поперекового відділу хребта.

28. Пацієнт 46 років після ДТП каретою швидкої допомоги був доставлений в травматологічне відділення зі скаргами на болі внизу живота, які посилювались при рухах, позиви до сечовиділення. При пальпації відмічаються локальні болі в області симфізу, крипітація. При сечовиділенні відмічається забарвлення сечі кров'ю. Ваш діагноз:

- A. Перелом копчика.
- B. Перелом лонних кісток з пошкодженням сечівника та уретри.
- C. Перелом крила повздошної кістки.
- D. Розрив симфізу.

29. Пацієнт 38 років під час роботи на будівлі упав з 5-го поверху. Скаржиться на болі в області таза та в животі. При огляді відмічається напруження м'язів передньої черевної стінки, при чому верхня половина живота бере участь в акті дихання, а нижня - нерухома («двоповерховий живіт»). Після проведення внутрішньо-тазової блокади за Селівановим з обох боків через 3-4- хвилини після блокади напруження м'язів передньої стінки живота зникло.

Ваш діагноз:

- A. Центральної вивих стегна.
- B. Перелом Мальгєня з позачервеною гематомою.
- C. Перелом передньої верхньої ості.
- D. перелом передньої нижньої ості.

30. Пацієнт 29 років послизнувся і при падінні сів на сідниці. При огляді скаржиться на болі в нижній частині сідниць, промежині, що загострюються під час рухів ногами. Відмічається крововилив, що має форму метелика. Дотики до сідничних кісток і пальпація викликає загострення болю. Ваш діагноз:

- A. Перелом крила повздошної кістки.
- B. Перелом сідничних кісток.
- C. Розрив симфізу.

31. Хворий 34 років отримав травму, їдучи в автомобілі - при різкому гальмуванню його автомобіль отримав сильний удар ззаду. В результаті удару його голова спочатку нахилилась вперед, а потім різко відкинулась дозаду. Після ДТП хворий скаржиться на різкі болі у верхній половині шиї. Потерпілий руками тримає голову нахиленою дозаду і оберігає її від найменших рухів. М'язи шиї напружені, збільшений шийний лордоз, при пальпації остистих відростків та при натисканні на них - посилюються болі. Ваш діагноз:

- A. Перелом верхніх шийних хребців.
- B. Струс головного мозку.
- C. Пошкодження зв'язкового апарата шийного відділу хребта.