

## ЕПІДУРАЛЬНІ ГЕМАТОМИ ЧАСТО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ

- переломами кісток черепа
- назальною ліквореєю
- вушною ліквореєю
- вентрикулярними гематомами
- пневмоцефалією

## ЕПІДУРАЛЬНІ ГЕМАТОМИ ПЕРЕВАЖНО ОБМЕЖЕНІ

- корою головного мозку
- хоріоїдальними сплетеннями
- серповидним відростком
- наметом мозочку
- швами кісток черепа

## ДЛЯ ГОСТРИХ ТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ГЕМАТОМ ХАРАКТЕРНИМ Є

- синдром Фостера - Кенеді
- пульсуючий екзофтальм
- світлий проміжок
- синдром Брунса
- повний блок субарахноїдального простору при пробі Квекенштедта

## ДЛЯ ГОСТРИХ ТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ГЕМАТОМ ХАРАКТЕРНИМ Є

- анізокорія
- анізоцитоз
- тахікардія
- гемігіперестезія
- геміатетоз

## ДЛЯ ГОСТРИХ ТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ГЕМАТОМ ХАРАКТЕРНИМ Є

- геміпарез або геміплегія на боці гематоми
- геміпарез або геміплегія на боці протилежному гематомі
- геміанестезія або гемігіпестезія на боці гематоми
- хореоатетоз на боці протилежному гематомі
- гемібалізм на боці протилежному гематомі

## ПРИ ГОСТРИХ ТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ГЕМАТОМАХ ДОСТАТНЬО ЧАСТО ЗУСТРІЧАЄТЬСЯ

- гіперсалівація
- гіпергідроз
- судоми
- гостра наднирникова недостатність
- травматичний шок

## БРАДИКАРДІЯ, ГЕМІПАРЕЗ, МІДРІАЗ Є КЛАСИЧНОЮ КАРТИНОЮ

- каротидно-кавернозного співустя
- аномалії Арнольда - Кіарі
- пухлини гіпофіза
- компресійної судинної нейропатії
- травматичної внутрішньочерепної гематоми

#### ДЖЕРЕЛОМ ФОРМУВАННЯ ЕПІДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ Є

- артерії і вени головного мозку
- судинні сплетення 4-го шлуночку
- вена Галена
- диплоетичні судини кісток черепа
- оболонкові артерії

#### ДЖЕРЕЛОМ ФОРМУВАННЯ СУБДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ Є

- передня ворсинчаста артерія
- піальні вени
- судинні сплетення бічних шлуночків
- судинні сплетення IV шлуночка
- артерії Вілізієвого кола

#### ДЖЕРЕЛОМ ФОРМУВАННЯ ЕПІДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ Є

- синуси твердої мозкової оболонки
- емісарні вени
- венозні судини головного мозку
- артерії Вілізієва кола
- внутрішня сонна артерія в ділянці проходження через кавернозний синус

#### РОЗРІЗНЯЮТЬ НАСТУПНІ ВИДИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ГЕМАТОМ

- епідуральні
- інтрадуральні
- субдуральні
- внутрішньомозкові
- внутрішньошлуночкові

#### ОСНОВНИМИ ВИДАМИ ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ Є

- конградна амнезія
- антероградна амнезія
- ретроградна амнезія
- когнітивна амнезія

#### АНИЗОКОРІЯ ПРИ ПРАВОБІЧНІЙ СУБДУРАЛЬНІЙ ГЕМАТОМІ ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ

- лівобічним міозом
- правобічним птозом
- лівобічним мідріазом
- правобічним мідріазом

#### РОЗРІЗНЯЮТЬ ТАКІ ВИДИ ВДАВЛЕНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ЧЕРЕПА

- імпресійні
- експресійні
- депресійні
- лінійні
- дирчасті

#### ПРИЧИНАМИ РАНЬОГО ПРОЛАПСУ (ВИПАДІННЯ) ГОЛОВНОГО МОЗКУ Є

- набряк та набухання головного мозку
- розвиток енцефаліту
- розвиток абсцесу мозку
- гостра гідроцефалія
- формування внутрішньочерепних гематом

#### ГОСТРИМИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИМИ ГЕМАТОМАМИ Є ТАКІ, ЩО ФОРМУЮТЬСЯ

- на протязі перших 5 діб
- на протязі перших 14 діб
- на протязі перших 3 діб
- на протязі перших 10 діб

#### ПІДГОСТРИМИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИМИ ГЕМАТОМАМИ Є ТАКІ, ЩО ФОРМУЮТЬСЯ

- на протязі перших 3 діб
- на протязі перших 3-14 діб
- на протязі перших 7-20 діб
- на протязі перших 1-30 діб

#### ХРОНІЧНИМИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИМИ ГЕМАТОМАМИ Є ТАКІ, ЩО ФОРМУЮТЬСЯ

- через 3 доби
- через 14 діб
- через 10 діб
- через 7 діб
- через 12 діб

#### ПРИЧИНАМИ СТИСНЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ Є

- внутрішньочерепні гематоми
- вдавнені переломи кісток черепа
- переломи основи черепа
- пневмоцефалія
- субдуральні гідроми

#### ПРИЧИНАМИ СТИСНЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ Є

- дирчасті переломи кісток черепа
- набряк та набухання головного мозку
- сторонні тіла
- субарахноїдальні кровотечі
- епідуральні гематоми

#### З МЕТОЮ ДЕКОМПРЕСІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЧМТ ПРОВОДЯТЬ

- декомпресивні трепанації
- пластику дефекту черепа
- тенторіотомію
- ліквідацію вдавненого перелома
- видалення внутрішньочерепних гематом

#### ДЕКОМПРЕСИВНА ТРЕПАНАЦІЯ ЧЕРЕПА ПРОВОДИТЬСЯ

- в потиличній ділянці
- в лобно-скронево-тім'яній ділянці
- втім'яній ділянці
- в лобно-тім'яній ділянці
- в лобно-тім'яно-потиличній ділянці

#### ДЕКОМПРЕСИВНА ТРЕПАНАЦІЯ ЧЕРЕПА ВИКОНУЄТЬСЯ

- в потиличній ділянці на боці об'ємного ураження
- може бути одно- та двобічна
- обов'язково з обох сторін в потиличній ділянці
- в потиличній ділянці на боці протилежному об'ємному ураженню

#### ДЕКОМПРЕСИВНА ТРЕПАНАЦІЯ ЧЕРЕПА ВИКОНУЄТЬСЯ

- тверда мозкова розтинається
- тверда мозкова ніколи не розтинається

#### ПЕРВИННА ПЛАСТИКА ДЕФЕКТУ ЧЕРЕПА ВИКОНУЄТЬСЯ

- в перші 2 доби
- до 14 діб
- до 2 місяців
- після 2 місяців
- на 2-4 добу

#### ПЕРВИННО-ВІДСТРОЧЕНА ПЛАСТИКА ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕПА ВИКОНУЄТЬСЯ

- в перші 2 доби
- до 14 діб
- до 2 місяців
- після 2 місяців
- після 1 місяця

#### РАННЯ ПЛАСТИКА ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕПА ПРОВОДИТЬСЯ

- до 2 діб
- до 14 діб
- до 2 місяців
- після 2 місяців
- після 1 місяця

#### ПІЗНЯ ПЛАСТИКА ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕПА ПРОВОДИТЬСЯ

- до 2 діб
- через 6 місяців
- до 1 місяця
- після 1 місяця
- після 2 місяців

#### ДИСОЦІАЦІЯ СИМПТОМІВ ПО ОСІ ТІЛА В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ЧМТ ПОВИННА НАСТОРОЖУВАТИ НА МОЖЛИВІСТЬ

- розвитку травматичного шоку
- розвитку менінгіту
- розвитку стиснення головного мозку
- розвитку ліквореї
- субарахноїдальної геморагії

## ПРИ ДИФУЗНОМУ АКСОНАЛЬНОМУ УШКОДЖЕННІ КЛІНІЧНА КАРТИНА ОБУМОВЛЕНА МОРФОЛОГІЧНИМИ ЗМІНАМИ, ЩО ВІДБУВАЮТЬСЯ

- в коркових відділах лобних часток
- в глибинних відділах головного мозку з ураженням білої речовини, мозолистого тіла та підкіркових утворень
- в довгастому мозку з ушкодженням ядер черепних нервів
- в верхнє шийному відділі спинного мозку та довгастому мозку

## ДИФУЗНЕ АКСОНАЛЬНЕ УШКОДЖЕННЯ НАЙЧАСТІШЕ СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ

- тривалим коматозним станом
- вегетативним станом
- практично завжди менінгеальним синдромом
- пірамідно-екстрапірамідним тетрапаретичним синдромом
- легкими транзиторними вогнищевими симптомами

## ПРИ СИНДРОМІ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ ГОЛОВИ ПЕРВИННА ХІРУРГІЧНА ОБРОБКА РАН ГОЛОВИ

- рання, виконується в перші години на травматологічному пункті
- відстрочена і проводиться в спеціалізованих закладах
- пізня і виконується в загальнохірургічних стаціонарах
- рання і виконується в загальнохірургічних стаціонарах

## ЖИРОВА ЕМБОЛІЯ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЧМТ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ

- при переломі основи черепа
- при множинних переломах склепіння черепа
- при поєднаній краніоскелетній травмі
- при вогнепальних переломах черепа
- при ізольованих внутрішньочерепних гематомах

## ЗАСТІЙНІ ДИСКИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ ПРИ ЧМТ ЗІ СТИСНЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ З'ЯВЛЯЮТЬСЯ

- на 10-14 добу
- в перші 6 годин
- на першу добу
- на 2-4 добу
- після 14 доби

## В НАДАННІ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЧМТ СТОРОННІ ТІЛА ГОЛОВНОГО МОЗКУ

- підлягають обов'язковому видаленню
- видаляються шляхом активної аспірації та розсічення мозкової речовини
- не видаляють
- видаляють переважно сторонні тіла з твердого матеріалу та рівними краями

## КОМБІНОВАНА ЧМТ ЦЕ

- сукупність численних ушкоджень, в тому числі і ЧМТ, що виникають внаслідок одномоментної дії різних факторів ураження
- сукупність численних ушкоджень, в тому числі і ЧМТ, що виникають внаслідок одномоментної дії механічного фактору на декілька ділянок тіла
- переломи кісток склепіння черепа, що поєднуються з внутрішньочерепними гематомами
- внутрішньочерепні гематоми, які поєднуються з травмою лицьового скелета

## ПОЄДНАНА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА ЦЕ

- сукупність численних ушкоджень, в тому числі і ЧМТ, що виникають внаслідок одномоментної дії механічного фактору на декілька ділянок тіла
- сукупність численних ушкоджень, в тому числі і ЧМТ, що виникають внаслідок одномоментної дії різних факторів ураження
- поєднання переломів кісток склепіння та основи черепа з забоєм головного мозку, внутрішньочерепними гематомами або ліквореєю

## ЗА ШКАЛОЮ КОМ ГЛАЗГО ТЯЖКА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА ОЦІНЮЄТЬСЯ В

- 1-2 бали
- 3-7 балів
- 8-10 балів
- 8 балів

## ЗА ШКАЛОЮ КОМ ГЛАЗГО ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА ПОМІРНОЇ ТЯЖКОСТІ ОЦІНЮЄТЬСЯ В

- 1-2 бали
- 3-7 балів
- 5-8 балів
- 9-12 балів

## ЗА ШКАЛОЮ КОМ ГЛАЗГО ЛЕГКА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА ОЦІНЮЄТЬСЯ В

- 3-5 балів
- 7-10 балів
- 13-15 балів
- 10-12 балів

## НАЗАЛЬНА ЛІКВОРЕЯ НАЙЧАСТІШЕ ВИНΙΚАЄ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В ДІЛЯНЦІ

- лобної пазухи
- кам'янистої частини піраміди скроневої кістки
- продирявленої пластинки
- решітчастої кістки

## ВУШНА ЛІКВОРЕЯ НАЙЧАСТІШЕ ВИНΙΚАЄ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В ДІЛЯНЦІ

- кам'янистої частини піраміди скроневої кістки
- лобної пазухи
- продирявленої пластинки
- сфеноїдальної пазухи
- решітчастої кістки

## ДОПОМІЖНИМИ МЕТОДАМИ ДІАГНОСТИКИ ЛІКВОРЕЇ Є

- глюкотест
- ендоскопічний огляд
- ЕХО енцефалографія
- радіонуклідна гамма-цистернографія
- КТ-цистернографія
- каротидна ангіографія

## МЕНІНГЕАЛЬНИЙ СИНДРОМ НАЙЧАСТІШЕ ЗУСТРІЧАЄТЬСЯ В КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ

- струсу головного мозку
- забою головного мозку
- хронічної субдуральної гематоми
- хронічної субдуральної гідроми

## ПО ВИДУ РАНЬОВОГО КАНАЛА ВИДІЛЯЮТЬ ТАКІ ВИДИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ПОРАНЕНЬ

- наскрізні
- сліпі
- відкриті
- дотичні
- підапоневротичні
- рикошетуючі

## ДО ГНІЙНОЗАПАЛЬНИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ УСКЛАДНЕНЬ ЧМТ ВІДНОСЯТЬСЯ

- венстрікуліт
- лікворея
- абсцес
- менінгіт
- енцефаліт

## ДО НЕЗАПАЛЬНИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ УСКЛАДНЕНЬ ЧМТ ВІДНОСЯТЬ

- посттравматичні гранульоми
- дислокаційні синдроми
- тромбемболія судин головного мозку, інфаркт мозку
- пізній пролапс головного мозку
- колапс головного мозку

## ПОЗАЧЕРЕПНІ УСКЛАДНЕННЯ

- шок
- ДВС синдром
- пневмонія
- лікворея
- гостра серцево-судинна недостатність, порушення серцевого ритму

## МЕТОДОМ ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ КІСТОК ЧЕРЕПА Є

- періодичне пунктування з метою видалення некротизованих тканин та промивання антибактеріальними препаратами
- радикальне видалення ушкодженої ділянки кістки та висічення уражених тканин
- розвантажувальні люмбальні пункції на тлі масованої антибіотикотерапії
- ірігація остеомієлітичної порожнини розчинами антибіотиків

## В ЯКИХ ВИПАДКАХ ЧМТ МОЖНА ВВАЖАТИ ВІДКРИТОЮ

- ушкодження черепа та головного мозку з ушкодженням забоїв та ран м'яких тканин голови без ушкодження апоєнвроза
- ушкодження черепа та головного мозку з ушкодженням забоїв та ран м'яких тканин голови за умови ушкодження апоєнвроза
- всі випадки ЧМТ, які супроводжуються ліквореєю
- ЧМТ, при якій наявні будь-які переломи склепіння черепа

### ПРОНИКАЮЧОЮ ЧМТ ВВАЖАЮТЬ

- відкриту ЧМТ, при якій є розриви арахноїдальної оболонки
- відкриту ЧМТ, при якій є ушкодження твердої мозкової оболонки
- відкриту ЧМТ при наявності пневмоцефалії
- відкриту ЧМТ при наявності гідроцефалії

### ПРИ СТРУСІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ВІДБУВАЮТЬСЯ

- лише зміни у функціонуванні нервових клітин
- поодинокі розриви аксонів в діенцефальних відділах головного мозку
- ультраструктурні зміни у вигляді ушкодження синаптичних мембран, клітинних органел, перерозподілу клітинної рідини
- дрібні вогнищеві зміни в коркових відділах лобних та скроневих часток, а також мікроскопічні крововиливи в паравентрикулярних зонах

### ВИДІЛЯЮТЬ ТАКІ ПЕРІОДИ ПЕРЕБІГУ ЧМТ

- гострий
- підгострий
- проміжний
- заключний
- віддалений

### ТРИВАЛІСТЬ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ПРИ СТРУСІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИБЛИЗНО СКЛАДАЄ

- 1-2 тижні
- 1-3 тижні
- перші 2 місяці

### ТРИВАЛІСТЬ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ПРИ ЗАБОЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИБЛИЗНО СТАНОВИТЬ

- 1-2 тижні
- 2-8 тижнів
- 8-10 тижнів
- перші 2 місяці

### ПРИ ПІДОЗРІ НА ПЕРЕЛОМ ПІРАМІДИ СКРОНЕВОЇ КІСТКИ ПОКАЗАНО

- невідкладне нейрохірургічне втручання
- обробка вушної раковини антисептиками з накладенням асептичної пов'язки
- масивна антибіотикотерапія
- розсічення барабанної перетинки

### ПНЕВМОЦЕФАЛІЯ НАЙЧАСТІШЕ ВИНΙΚАЄ

- при переломах в ділянці орбіти
- при переломах основи черепа
- при переломах кісток носу
- при переломах верхньої щелепи



## СТИСНЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ПНЕВМОЦЕФАЛІЇ МОЖЛИВО ПРИ НАЯВНОСТІ

- клапанного механізму при переломах основи черепа
- постійного сполучення порожнини черепа з оточуючим середовищем при наявності дефекту кісток склепіння черепа в скроневої ділянці
- наявності дефекту арахноїдальної оболонки в ділянці піраміди скроневої кістки
- наявності дефекту твердої мозкової оболонки в ділянці піраміди скроневої кістки

## КЕФАЛОГЕМАТОМА ЦЕ

- крововилив під шкіру
- крововилив під апоневроз
- крововилив під окістя
- крововилив під тверду мозкову оболонку
- багатоповерховий крововилив

## САМИМ ОПТИМАЛЬНИМ МЕТОДОМ ЛІКУВАННЯ ПРИ КЕФАЛОГЕМАТОМАХ Є

- розтин з подальшим дрениванням
- пункційне видалення
- тотальне видалення з капсулою
- тотальне видалення з резекцією кістки
- декомпресивна трепанація черепа

## ВИДАМИ ПОРУШЕННЯ СВІДОМОСТІ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ Є

- оглушення
- сопор
- кома
- шок
- амнезія

## ДЛЯ СТРУСУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ХАРАКТЕРНО

- короткочасна втрата свідомості
- багаторазове блювання
- одноразове блювання
- головний біль
- головокружіння
- стійка вогнищева симптоматика
- наявність легких дислокаційних синдромів
- виражений менінгеальний синдром

## СЕРЕД ТРАНЗИТОРНИХ ВОГНИЩЕВИХ СИМПТОМІВ ПРИ СТРУСІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НАЙЧАСТІШЕ ВИЯВЛЯЮТЬ

- спонтанний горизонтальний ністагм
- симптом Брудзинського
- симптом Марінеску-Радовичі
- симптом Седана
- симптом Ласега
- слабкість конвергенції
- синдром Фостера-Кенеді

## МЕТОДОМ ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ СУБАРАХНОІДАЛЬНИХ КРОВОВИЛИВАХ Є

- невідкладне нейрохірургічне втручання спрямоване на зупинку кровотечі та декомпресію головного мозку
- розвантажувальні люмбальні пункції
- проведення планового нейрохірургічного втручання спрямованого на декомпресію головного мозку через 7-10 днів після травми
- проведення стереотаксичного кліпування судин м'якої оболонки через 7-10 днів після травми

## СУБДУРАЛЬНІ ГЕМАТОМИ РОЗТАШОВАНІ

- між апоневрозом та окістям
- між твердою та паутинною оболонками
- між твердою мозковою оболонкою та окістям
- в великій потиличній цистерні

## ПРИ НАЯВНОСТІ СУБДУРАЛЬНОЇ ГЕМАТОМИ ТА ДИСЛОКАЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПОКАЗАНО

- проведення невідкладного нейрохірургічного втручання
- динамічне спостереження у відділенні інтенсивної терапії
- проведення гемостатичної терапії та динамічне спостереження у відділенні неврології
- невідкладне проведення люмбальної пункції, особливо при гематомах задньої черепної ямки

## МЕТОДОМ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ СУБДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ Є

- видалення через фрезьові отвори
- видалення шляхом трепанації черепа
- ендоваскулярне видалення
- стереотаксичне видалення
- пункційне видалення гематоми

## МЕТОДОМ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІДГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ГЕМАТОМ Є

- видалення шляхом резекційної трепанації
- видалення через фрезьові отвори
- стереотаксичне видалення
- пункційне видалення
- ендоваскулярне видалення

## КОНСЕРВАТИВНО ЛІКУЮТЬСЯ СУБДУРАЛЬНІ ГЕМАТОМИ

- об'ємом до 30 мл
- об'ємом до 100 мл
- об'ємом до 150 мл
- без явищ дислокації
- при наявності зміщення серединних структур до 7 мм

## СУБДУРАЛЬНІ ГІДРОМИ ЦЕ

- підпаутунне скопичення ліквору
- скопичення ексудату під твердою мозковою оболонкою
- скопичення ліквору під твердою мозковою оболонкою
- скопичення рідкої крові під твердою мозковою оболонкою
- скопичення трансудату під твердою мозковою оболонкою

## МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СУБДУРАЛЬНИХ ГІДРОМ

- пункційне випорожнення через фрезований отвір
- стереотаксичне видалення
- тривале ендолюмбальне дренивання
- ендоваскулярне видалення

## СИМПТОМАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ТРОМБОЗУ ВЕНОЗНИХ СИНУСІВ Є

- постійні виражені вогнищеві симптоми
- гіпертензивний синдром
- наявність в анамнезі закритої ЧМТ
- наявність в анамнезі відкритої ЧМТ

## ДІАГНОСТИЧНИМИ КРИТЕРІЯМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ТРОМБОЗУ ВЕНОЗНИХ СИНУСІВ Є

- порушення дренажної функції церебральних вен при ангіографії
- відхилення судин головного мозку від нормального анатомічного розташування
- розширення шлуночків головного мозку при КТ
- зменшення розмірів шлуночків головного мозку
- наявність дислокації при виконанні КТ та ЕХО енцефалографії

## ОСОБЛИВОСТЯМИ ЧМТ В ПОХИЛОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІЦІ Є

- гіпертензивний синдром слабо виражений
- практично завжди спостерігається гіпертензивний синдром
- часто розвиваються грубі порушення свідомості
- відносно тяжкі ураження головного мозку
- ураження головного мозку відносно легші ніж у осіб молодого та середнього віку

## ОСОБЛИВОСТЯМИ ЧМТ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ Є

- відносно легкий перебіг
- порушення свідомості часто більш виражені та тривалі
- швидке наростання внутрішньочерепної гіпертензії
- гіпертензивний синдром мало виражений
- вираженість вестибулярних та вегетативних порушень

## ЗРОСТАЮЧІ ПЕРЕЛОМИ КІСТОК ЧЕРЕПА НАЙБІЛЬШ ХАРАКТЕРНІ

- для дітей до 3-х років
- для людей похилого та старечого віку
- для постраждалих з переломами основи черепа
- для постраждалих з переломами склепіння черепа

## ШОК ПРИ ІЗОЛЬОВАНІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

- зустрічає достатньо часто (в 10-15% випадків)
- практично не зустрічається (1-2% випадків)

## ПРИ НАЯВНОСТІ У ХВОРОГО ЕПІДУРАЛЬНОЇ ГЕМАТОМИ ПОКАЗАНО

- невідкладне нейрохірургічне втручання
- невідкладне проведення люмбальної пункції для уточнення об'єму гематоми
- динамічне спостереження (виконання контрольної КТ або МРТ) в умовах відділення інтенсивної терапії

## МЕТОДОМ ВИБОРУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ЕПІДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ Є

- видалення шляхом трепанації
- ендоваскулярне видалення
- пункційне видалення через фрезьові отвори
- стереотаксичне видалення

ХВОРУ МОЛОДОГО ВІКУ ЗНАЙШЛИ НА ВУЛИЦІ В НЕПРИТОМНОМУ СТАНІ. АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК 70/0, ПУЛЬС 120, ШКІРА БЛІДА, ХОЛОДНА, ПОРУШЕННЯ СВДОМОСТІ ПО ТИПУ КОМИ II, КОНТАКТ НЕПРОДУКТИВНИЙ, ЗІННИЦІ ПОМІРНО РОЗШИРЕНІ, МЛЯВА РЕАКЦІЯ НА СВІТЛО, ВОГНИЩЕВОЇ СИМПТОМАТИКИ НЕ ВИЯВЛЕНО. ПІД ЧАС ОГЛЯДУ ВИЯВЛЕНА ЗАБИТА ПОВЕРХНЕВА РАНА У ПРАВІЙ СКРОНЕВО-ЛОБНІЙ ДІЛЯНЦІ. НАЙБІЛЬШ ВІРОГІДНИЙ ДІАГНОЗ?

- закрита ЧМТ. Струс головного мозку.
- закрита ЧМТ. Забій головного мозку
- відкрита ЧМТ. забій головного мозку
- геморагічний шок
- відкрита ЧМТ. Гостра епідуральна гематома. Серповидне вклинення головного мозку.

ХВОРУ МОЛОДОГО ВІКУ ЗНАЙШЛИ НА ВУЛИЦІ В НЕПРИТОМНОМУ СТАНІ. АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК 70/0, ПУЛЬС 120, ШКІРА БЛІДА, ХОЛОДНА, ПОРУШЕННЯ СВДОМОСТІ ПО ТИПУ КОМИ II, КОНТАКТ НЕПРОДУКТИВНИЙ, ЗІННИЦІ ПОМІРНО РОЗШИРЕНІ, МЛЯВА РЕАКЦІЯ НА СВІТЛО, ВОГНИЩЕВОЇ СИМПТОМАТИКИ НЕ ВИЯВЛЕНО. ПІД ЧАС ОГЛЯДУ ВИЯВЛЕНА ЗАБИТА ПОВЕРХНЕВА РАНА У ПРАВІЙ СКРОНЕВО-ЛОБНІЙ ДІЛЯНЦІ. ВИЗНАЧТЕ, В ЯКЕ ВІДДІЛЕННЯ НЕОБХІДНО ГОСПІТАЛІЗУВАТИ ХВОРУ?

- травматологічне
- нейрохірургічне
- неврологічне
- хірургічне
- кардіологічне

ХВОРИЙ ДОСТАВЛЕНИЙ У НЕЙРОХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ З МІСЦЯ ДТП У ТЯЖКОМУ СТАНІ (ШКТ-7 БАЛІВ). ВІДМІЧАЄТЬСЯ ПЕРИФЕРИЧНИЙ ПАРАЛІЧ МІМІЧНИХ М'ЯЗІВ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ОБЛИЧЧЯ, ПРАВОСТОРОННІЙ ГЕМПАРЕЗ, ПОЗИТИВНИЙ СИМПТОМ КЕРНІГА, РОЗШИРЕНА ЛІВА ЗІНИЦЯ, МЛЯВА РЕАКЦІЯ НА СВІТЛО, ПІДШКІРНА ГЕМАТОМА В ЛІВІЙ СКРОНЕВІЙ ДІЛЯНЦІ. АТ 140/70, ПУЛЬС 56.

ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ.

- закрита ЧМТ, забій головного мозку
- закрита ЧМТ, струс головного мозку
- закрита ЧМТ, гостра епідуральна гематома
- закрита ЧМТ, тяжкий забій головного мозку, перелом основи черепа
- закрита ЧМТ, дифузне аксональне ушкодження головного мозку

ХВОРИЙ ДОСТАВЛЕНИЙ У НЕЙРОХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ З МІСЦЯ ДТП У ТЯЖКОМУ СТАНІ (ШКГ-7 БАЛІВ). ВІДМІЧАЄТЬСЯ ПРАВОСТОРОННІЙ ГЕМПАРЕЗ, ПОЗИТИВНИЙ СИМПТОМ КЕРНІГА, РОЗШИРЕНА ЛІВА ЗІНИЦЯ, МЛЯВА РЕАКЦІЯ НА СВІТЛО, ПІДШКІРНА ГЕМАТОМА В ЛІВІЙ СКРОНЕВІЙ ДІЛЯНЦІ. АТ 140/70, ПУЛЬС 56.

ВИЗНАЧТЕ НАЙБІЛЬШ ІНФОРМАТИВНИЙ МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ

- селективна ангиографія
- енцефалосцинтиграфія
- люмбальна пункція
- комп'ютерна томографія
- електроенцефалографія

ХВОРИЙ ДОСТАВЛЕНИЙ У НЕЙРОХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ З МІСЦЯ ДТП У ТЯЖКОМУ СТАНІ (ШКГ-7 БАЛІВ). ВІДМІЧАЄТЬСЯ ПЕРИФЕРИЧНИЙ ПАРАЛІЧ М'ЯЗІВ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ОБЛИЧЧЯ, ПРАВОСТОРОННІЙ ГЕМПАРЕЗ, ПОЗИТИВНИЙ СИМПТОМ КЕРНІГА, РОЗШИРЕНА ЛІВА ЗІНИЦЯ, МЛЯВА РЕАКЦІЯ НА СВІТЛО, ПІДШКІРНА ГЕМАТОМА В ЛІВІЙ СКРОНЕВІЙ ДІЛЯНЦІ. АТ 140/70, ПУЛЬС 56. ПРИ ВИКОНАННІ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ЗНАЙДЕНА ЕПІДУРАЛЬНА ГЕМАТОМА В ЛІВІЙ СКРОНЕВІЙ ДІЛЯНЦІ. ЗМІЩЕННЯ СЕРЕДИННИХ СТРУКТУР СКЛАДАЄ 6 ММ.

ВИЗНАЧТЕ ЛІКУВАЛЬНУ ТАКТИКУ

- динамічне спостереження з виконанням контрольної комп'ютерної томографії
- невідкладне проведення нейрохірургічного втручання
- проведення розвантажувальних люмбальних пункцій та динамічне спостереження
- невідкладне проведення пункції бічних шлуночків

35-РІЧНИЙ ЧОЛОВІК ДОСТАВЛЕНИЙ У НЕЙРОХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ У ВАЖКОМУ СТАНІ ПІСЛЯ ДТП. У ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ ПРИЙШОВ ДО СВІДОМОСТІ, АЛЕ ПІД ЧАС ОБСТЕЖЕННЯ ЗНОВУ ЇЇ ВТРАТИВ. СПОСТЕРІГАВСЯ СУДОМНИЙ НАПАД. КЛІНІЧНО: ПРАВОСТОРОННІЙ ГЕМПАРЕЗ, ЛІВОСТОРОННІЙ МІДРІАЗ, ПУЛЬС 52, АТ 160/80.ПРИ КРАНІОГРАФІЇ ВИЗНАЧЕНО ЛІНІЙНИЙ ПЕРЕЛОМ ЛІВОЇ СКРОНЕВОЇ КІСТКИ.

ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ

- закрита ЧМТ, струс головного мозку
- закрита ЧМТ, забій головного мозку
- закрита ЧМТ, гостра епідуральна гематома
- закрита ЧМТ, субарахноїдальний крововилив

35-РІЧНИЙ ЧОЛОВІК ДОСТАВЛЕНИЙ У НЕЙРОХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ У ВАЖКОМУ СТАНІ ПІСЛЯ ДТП. У ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ ПРИЙШОВ ДО СВІДОМОСТІ, АЛЕ ПІД ЧАС ОБСТЕЖЕННЯ ЗНОВУ ЇЇ ВТРАТИВ. СПОСТЕРІГАВСЯ СУДОМНИЙ НАПАД. КЛІНІЧНО: ПРАВОСТОРОННІЙ ГЕМПАРЕЗ, ЛІВОСТОРОННІЙ МІДРІАЗ, ПУЛЬС 52, АТ 160/80.ПРИ КРАНІОГРАФІЇ ВИЗНАЧЕНО ЛІНІЙНИЙ ПЕРЕЛОМ ЛІВОЇ СКРОНЕВОЇ КІСТКИ.

ЯКІ ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ПОТРІБНО ПРОВЕСТИ ДЛЯ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДІАГНОЗУ.

- електроенцефалографія
- ЕХО енцефалографія
- люмбальна пункція
- пневмоенцефалографія
- комп'ютерна томографія

ХВОРИЙ 28 РОКІВ СКАРЖИТЬСЯ НА ГОЛОВНИЙ БІЛЬ, ЩО ПОСИЛЮЄТЬСЯ У РАНКОВИЙ ЧАС, НУДОТУ, ГОЛОВОКРУЖІННЯ. ПЕРІОДИЧНО СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ ПІДЙОМ ТЕМПЕРАТУРИ ДО 38<sup>0</sup>С. ЗА ОСТАННІ 3 ТИЖНІ ПОГІРШИВСЯ ЗІР. ЗА 4 МІСЯЦІ ДО ЦЬОГО ЗНАХОДИВСЯ У НЕВРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ З ПРИВОДУ СТРУСУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ, ЗАБИТОЇ РАНИ ПРАВОЇ СКРОНЕВОЇ ДІЛЯНКИ. ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ВИЯВЛЯЮТЬСЯ ПОЧАТКОВІ ПРОЯВИ НАБРЯКУ ДИСКІВ ЗОРОВИХ НЕРВІВ, РОЗШИРЕННЯ ЛІВОЇ ЗІНИЦІ, ЛЕГКИЙ ПРАВСТОРОННІЙ ГЕМПАРЕЗ ПЕРЕВАЖНО У ВЕРХНІХ КІНЦІВКАХ. ВИЗНАЧТЕ ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ.

- хронічна субдуральна гематома
- посттравматичний абсцес головного мозку
- субдуральна гідрома
- посттравматичне каротидно-кавернозне співустя
- пізній пролапс головного мозку

ХВОРИЙ 28 РОКІВ СКАРЖИТЬСЯ НА ГОЛОВНИЙ БІЛЬ, ЩО ПОСИЛЮЄТЬСЯ У РАНКОВИЙ ЧАС, НУДОТУ, ГОЛОВОКРУЖІННЯ. ПЕРІОДИЧНО СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ ПІДЙОМ ТЕМПЕРАТУРИ ДО 38<sup>0</sup>С. ЗА ОСТАННІ 3 ТИЖНІ ПОГІРШИВСЯ ЗІР. ЗА 4 МІСЯЦІ ДО ЦЬОГО ЗНАХОДИВСЯ У НЕВРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ З ПРИВОДУ СТРУСУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ, ЗАБИТОЇ РАНИ ПРАВОЇ СКРОНЕВОЇ ДІЛЯНКИ. ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ВИЯВЛЯЮТЬСЯ ПОЧАТКОВІ ПРОЯВИ НАБРЯКУ ДИСКІВ ЗОРОВИХ НЕРВІВ, РОЗШИРЕННЯ ЛІВОЇ ЗІНИЦІ, ЛЕГКИЙ ПРАВСТОРОННІЙ ГЕМПАРЕЗ ПЕРЕВАЖНО У ВЕРХНІХ КІНЦІВКАХ. ЯКЕ ДОДАТКОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ НЕОБХІДНО ПРОВЕСТИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ?

- пневмоенцефалографія
- електроенцефалографія
- магніторезонансна томографія
- вентрикулографія
- транскраніальна доплерографія

ПЕРЕЛОМИ ЗУБА АТЛАНТА, ТРАВМАТИЧНА ДИСЛОКАЦІЯ АТЛАНТА  
НАЙЧАСТІШЕ

- супроводжуються тетрапарезом, мозочковими та бульбарними розладами, клінікою вертебробазиллярної недостатності
- супроводжуються лише симптоматикою ураження хребетних артерій та радикулярною симптоматикою внаслідок ураження С<sub>1</sub> та С<sub>2</sub> корінців
- мають безсимптомний перебіг з мінімальними проявами подразнення спинного мозку

ОСНОВНИМИ НЕПРЯМИМИ МЕХАНІЗМАМИ УШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА Є

- гіперфлексія
- тракція
- гіперекстензія
- ротація
- компресія по осі

КЛІНІЧНИМИ ОЗНАКАМИ ВИВИХУ В ШИЙНОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА Є

- вимушене положення голови, різкий біль, особливо при рухах голови, напруженість м'язів шиї
- безсимптомний перебіг захворювання, легкий хрускіт при максимальних поворотах голови
- безперервне блювання, генералізовані епінапади, наявність альтернуючих синдромів

## ГЕМАТОМІЄЛІЯ ЦЕ

- крововилив під оболонки спинного мозку
- крововилив в білу речовину спинного мозку
- крововилив в сіру речовину спинного мозку

## НАЙЧАСТІШЕ ГЕМАТОМІЄЛІЯ ВІДМІЧАЄТЬСЯ В ДІЛЯНЦІ

- верхнегрудного відділу
- шийного та поперекового потовщень
- нижнегрудного відділу
- верхнєшийного відділу

## ДЛЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГЕМАТОМІЄЛІЇ ХАРАКТЕРНИМ Є

- наявність лише провідникових порушень
- дисоційовані розлади чутливості
- поєднання сегментарних та провідникових порушень

## ОСНОВНИМ МЕТОДОМ ЛІКУВАННЯ ГЕМАТОМІЄЛІЇ Є

- невідкладне нейрохірургічне втручання з резекцією явно нежиттєздатних ділянок
- призначення консервативного лікування (гемостатична терапія, гіпотермія і т.п.)
- поєднання нейрохірургічних операцій, спрямованих на резекцію нежиттєздатних ділянок мозку та інтенсивного консервативного лікування

## ПРИЧИНАМИ СТИСНЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ ПРИ ТРАВМІ Є

- оболонкові спінальні гематоми
- кістки або їх уламки
- зв'язки
- сторонні тіла
- міжхребцеві диски
- фрагменти розчавлення спинного мозку

## НАЙБІЛЬШ ХАРАКТЕРНИМИ ОЗНАКАМИ УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА НА РІВНІ ТН<sub>4</sub>-ТН<sub>5</sub> Є

- спастична тетраплегія, порушення функції сечового міхура за центральним типом
- верхній в'ялий параліч та нижній спастичний параліч
- нижній спастичний параліч, порушення функції сечового міхура за центральним типом
- нижній спастичний параліч, порушення функції сечового міхура за периферичним типом
- нижній в'ялий параліч, порушення функції сечового міхура за периферичним типом
- нижній в'ялий параліч, порушення функції сечового міхура за центральним типом

## НАЙБІЛЬШ ХАРАКТЕРНИМИ ОЗНАКАМИ УШКОДЖЕННЯ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА НА РІВНІ С<sub>3</sub>-С<sub>4</sub> Є

- спастична тетраплегія, порушення функції сечового міхура за центральним типом
- верхній в'ялий параліч та нижній спастичний параліч, порушення функції сечового міхура за центральним типом
- верхній спастичний параліч, порушення функції сечового міхура за центральним типом
- спастична тетраплегія, порушення функції сечового міхура за периферичним типом

## ЯКА З ФОРМ УШКОДЖЕНЬ СПИННОГО МОЗКУ ПІДЛЯГАЄ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННЮ

- струс
- забій
- стиснення
- розчавлення
- повний анатомічний розрив
- неповний анатомічний розрив
- гематомієлія

## З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ УРОСЕПСИСУ ХВОРИМ З УШКОДЖЕННЯМИ СПИННОГО МОЗКУ ТА ЯВИЩАМИ СПІНАЛЬНОГО ШОКУ НЕОБХІДНІ

- постійна катетерезація сечового міхура з періодичним промиванням антисептиками
- використання приточно-відточної системи Монро
- проведення пластики уретри
- проведення дренивання субарахноїдального простору

## ДО РАННІХ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХРЕБЕТНО-СПИНОМОЗКОВОЇ ТРАВМИ ВІДНОСЯТЬСЯ

- гнійний епідурит
- гнійний менінгомієліт
- абсцес спинного мозку
- арахноїдит

## ЯКІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ НЕ СВДЧАТЬ ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОГО ТИСКУ:

- посилення пальцевих втиснень
- підкресленість швів кісток склепіння черепа
- остеопороз спинки турецького сідла
- гіперостоз скроневої кістки

## БІЛКОВО- КЛІТИННА ДИСОЦІАЦІЯ В ЛІКВОРІ МАЄ МІСЦЕ ПРИ:

- субдуральній гематомі
- пухлинах головного мозку з вrostанням у шлуночки головного мозку
- епідуральній гематомі
- менінгіті
- абсцесі головного мозку.

## ВКАЖІТЬ ПРИЧИНИ ПІДВИЩЕННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОГО ТИСКУ:

- абсцес головного мозку
- пухлина головного мозку
- набряк-набухання головного мозку травма
- усе перераховане



ВКАЖІТЬ ПОКАЗАННЯ ДО ПРОВЕДЕННЯ КАРОТИДНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АНГІОГРАФІЇ:

- менінгіт
- підозра на пухлину мозочка
- підозра на краніоспинальну пухлину
- спонтанний субарахноїдальний крововилив
- нічого з перерахованого

ЯКІ ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ТРАВМАТИЧНОГО СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ:

- домішки крові у лікворі
- сильний головний біль
- оболонкові симптоми
- гіпертермія
- усе з перерахованого

ПРИ ЯКИХ НОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМАХ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ " СВІТЛИЙ ПРОМІЖОК":

- забитті головного мозку
- струсі головного мозку
- субдуральній гематомі
- субарахноїдальному крововивливі
- нічого з перерахованого

ПЕРЕХІД ІЗ ТРИВАЛОЇ КОМИ В СТІЙКИЙ ЧИ ТРАНЗИТОРНИЙ ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАН СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ ПРИ:

- струсі головного мозку
- дифузійному аксональному ушкодженні головного мозку
- субдуральній гематомі
- пухлині головного мозку.

ЯКИЙ З ПЕРЕРАХОВАНИХ СИМПТОМІВ НЕ Є ІНФОРМАТИВНИМ ПРИ ПЕРЕЛОМІ ОСНОВИ ЧЕРЕПА:

- лікворея з вуха
- симптом " окулярів "
- еозинофілія
- субарахноїдальний крововилив

ВИЯВЛЕННЯ ДОМІШКИ КРОВІ У ЛІКВОРІ ХАРАКТЕРНО ПРИ:

- струсі головного мозку
- епідуральній гематомі
- струсі спинного мозку
- забої головного мозку
- туберкульозному менінгіті

СТІЙКА АНІЗОКОРІЯ РАЗОМ З ЗАСТІЙНИМИ ДИСКАМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ МОЖЕ СПОСТЕРІГАТЬСЯ ПРИ:

- хр.субдуральній гематомі
- забої шийного відділу спинного мозку
- субарахноїдальному крововиливі
- лінійний перелом скроневої кістки
- струсі головного мозку

ВКАЖІТЬ ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ПУХЛИНИ МОЗОЧКА:

безсоння

- хиткість під час ходіння
- головні болі положення
- порушення координації рухів
- нічого з перерахованого

ВКАЖІТЬ ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ПУХЛИНИ МОСТО-МОЗОЧКОВОГО КУТА:

- шум у вусі зі зниженням слуху на це ж вухо
- вестибулярні порушення
- спонтанний ністагм
- полідипсія
- нічого з перерахованого

ЯКІ З НИЖЧЕ ПЕРЕРАХОВАНИХ СИМПТОМІВ ВКАЗУЮТЬ НА ЕОЗИНОФІЛЬНУ АДЕНОМУ ГІПОФІЗА:

- акромегалія , гігантизм
- аменорея , зниження лібідо
- бітемпоральна геміанопсія
- гіпертермія
- нічого з перерахованого

ПРИ БАЗОФІЛЬНІЙ АДЕНОМІ ГІПОФІЗА ( СИНДРОМІ ЩЕНКО - КУШИНГА) СПОСТЕРІГАЮТЬСЯ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ:

- кахексія
- артеріальна гіпотонія
- алергія
- гіпертермія
- нічого з перерахованого

ВКАЖІТЬ ПРЯМІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ:

- розходження швів, їхня підкресленість
- зміщення шишкоподібного тіла
- гіперостоз чи остеопороз ділянки кістки, що прилягає до пухлини
- деструкція кістки
- нічого з перерахованого

ДО ОБОЛОНКОВИХ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ НЕ НАЛЕЖАТЬ:

- менінгіома
- саркома
- гліобластома
- менінгосаркома

ВОГНИЩЕВІ НЕВРОЛОГІЧНІ СИМПТОМИ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПОДІЛЯЮТЬСЯ НА:

- первинні вогнищеві
- вторинні вогнищеві
- симптоми по сусідству
- нічого з перерахованого

СИМПТОМ ФОСТЕРА - КЕННЕДІ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ ПРИ:

- пухлинах полюсу лобової частки головного мозку
- пухлинах потиличних часток головного мозку
- пухлинах скроневої частки головного мозку
- пухлинах тім'яних часток головного мозку
- пухлинах мозочку

ДЛЯ ПУХЛИН ШИШКОПОДІБНОГО ТІЛА НАЙБІЛЬШ ХАРАКТЕРНІ:

- ендокринно-обмінні порушення
- епілептичні напади
- гомонімна геміанопсія
- центральний параліч
- порушення координації руху

ЯКИЙ З ПЕРЕРАХОВАНИХ ФАКТОРІВ НЕ Є ХАРАКТЕРНИМ ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ХРЕБТА

- дегенеративні зміни міжхребетних дисків
- реактивні зміни в хребцях
- реактивні зміни в зв'язках
- порушення конгруентності міжхребцевих суглобів
- остеопороз тіл та дужок хребців

БЕЗПОСЕРЕДНІМИ ПРИЧИНАМИ ПОЯВИ ПОЧАТКОВИХ ПРОЯВІВ ОСТЕОХОНДРОЗА Є:

- механічний фактор (підйом ваги, різкий поворот)
- ослаблення черевного преса після операцій і пологів
- наслідку перенесених інфекцій і переохолоджень
- наслідку перенесених переохолоджень
- усе з перерахованого

ЯКИЙ ІЗ СИМПТОМІВ НЕ ХАРАКТЕРНИЙ ДЛЯ СУБАРАХНОІДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ ПРИ РОЗРИВІ АРТЕРІАЛЬНОЇ АНЕВРИЗМИ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ:

- симптом Керніга
- симптом Брудзинського
- ригідність м'язів потилиці
- парез окорухового нерва
- симптом Горнера

ЯКЕ З ПЕРЕРАХОВАНИХ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ НЕ ХАРАКТЕРНИЙ ДЛЯ АРТЕРІО-ВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ ГОЛОВНОГО МОЗКУ:

- епілептичний напад
- синдром внутрішньочерепний гіпотензії
- повторні ішемічні порушення мозкового кровообігу
- внутрічерепний крововилив

ДЛЯ ОККЛЮЗИВНО-СТЕНОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ НЕ ХАРАКТЕРНИЙ ПРОЯВ У ВИГЛЯДІ:

- порушень мозкового кровообігу за ішемічним типом
- минутих порушень мозкового кровообігу
- дисциркуляторної енцефалопатії
- каротидно-офтальмічного синдрому
- порушень мозкового кровообігу за геморагічним типом

ВКАЖІТЬ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЯКИХ СТРУКТУР РОЗВИВАЄТЬСЯ СИНДРОМ СЛЮДЕРА

- трічастого нерва
- язикоглоткового нерва
- потиличних нервів
- лицевого нерва
- крило-піднебінного вузла

ДО ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ПРОЗОПАЛГІЯХ ВІДНОСЯТЬСЯ

- перерізка I гілки трійчастого нерву
- операція Джанетта
- перерізка 2 гілки трійчастого нерву
- перерізка 3 гілки трійчастого нерву
- перерізка язико-глоткового нерву

ЛОКАЛІЗАЦІЯ БОЛЬОВОГО НАПАДУ ПРИ КОРЕНІ ЯЗИКА, ЩО СУПРОВОЖДАЄТЬСЯ СУХІСТЬЮ У ГОРЛІ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- синдрома Шарлена
- невралгії 9 пари
- невралгії 5 пари
- гангліоніту симпатичних вузлів
- нічого з перерахованного

ЯКИЙ З ПЕРЕРАХОВАНИХ ФАКТОРІВ НЕ Є ПРОЯВОЮ ПРОЗОПАЛГІЇ?

- невралгія трійчастого нерва
- невралгія язико-глоткового нерва
- невралгія потиличного нерва
- скаленус-синдром
- синдром Слюдера

ПРИ ЯКІЙ ФОРМІ ПРОЗОПАЛГІЇ ЧАСТІШЕ РОЗВИВАЄТЬСЯ "STATUS NEURALGICUS"

- невралгії трійчастого нерва
- невралгії потиличних нервів
- невралгії язико-глоткового нерву
- періодична лицева невралгія
- мігрень

ЯКИЙ З ПЕРЕРАХОВАНИХ ФАКТОРІВ Є ЕТІОЛОГІЧНИМ ДЛЯ ВИНИКНЕННЯ БОЛЬОВОГО НАПАДУ В ЗОНІ 5 ПАРИ ЧЕРЕПНИХ НЕРВІВ?

- вогнища хронічної інфекції в порожнині рота
- звуження кісткових каналів
- неправильний прикус
- стиснення корінця нерва верхньою мозочковою артерією
- усе перераховане

ПРИЧИНОЮ ПОТИЛИЧНОЇ НЕВРАЛГІЇ МОЖЕ БУТИ:

- остеохондроз
- травма потиличної області
- переохолодження
- інфекційні захворювання
- звуження кісткових каналів

## СИМПТОМАТИЧНА НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА МОЖЕ ВИНИКНУТИ ПРИ:

- пухлинах головного мозку
- артеріальній аневризмі
- звуження кісткових каналів
- стисненні корінця нерва верхньою мозочковою артерією
- усе перераховане

## ОПЕРАЦІЯ ДЖАНЕТА ПРОВОДИТЬСЯ У ВИПАДКАХ:

- невралгії трійчастого нерва внаслідок судинно-нервового конфлікту
- невралгії трійчастого нерва внаслідок звуження кісткових каналів
- невралгії потиличних нервів
- невралгії язико-глоткового нерва
- невралгії циліарного вузла

## СИНДРОМ ШАГРЕНА Є ПРОЯВОМ:

- невралгії язико-глоткового нерва
- невралгії циліарного вузла
- невралгії трійчастого нерва
- невралгії крило-піднебінного вузла
- нічого з перерахованого

## ТРОФІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ ТА ПОРОЖНИНИ РОТА Є ТИПОВИМИ ДЛЯ:

- гангліонітів шийних симпатичних вузлів
- невралгії язико-глоткового нерва
- невралгії циліарного вузла
- невралгія трійчастого нерва
- невралгія крило-піднебінного вузла

## ІНФОРМАТИВНИМ СИМПТОМОМ ВИЗНАЧЕННЯ ГІДРОЦЕФАЛІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ І ГРУДНИХ ДІТЕЙ Є:

- підвищення рухової активності
- порушення статичності
- млявість, адінамія
- симптом "сонця, що заходить,"
- підвищена збудливість

ВКАЖІТЬ ЯКА З ПЕРЕРАХОВАНИХ ОПЕРАЦІЙ ВІДНОСИТЬСЯ ДО  
ЛІКВОРОШУНТУЮЧИХ

- перфорація прозорої перегородки
- розсічення хробака мозочка
- прокол мозолистого тіла
- люмбоперітонеостомія
- видалення пухлини головного мозку