ՆՅԱՐԴԱՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

1. Կրծքային հատվածի միջողնային աճառների ճողվածքների վիրահատության համար նախատեսված ներքոհիշյալ վիրաբուժական մուտքերից ո՞րն է ամենատրավմատիկը.
Ա- Կոստոտրանսվերսէկտոմիա
Բ- Կողմնային էքստրակավիտացիա
Գ- Լամինէկտոմիա
Դ- Տրանսպեդիկուլյար

2. Ուղեղաբնի գլիոմայով հիվանդների մեծամասնության մոտ առաջնահերթ հայտնաբերվում են.
Ա- Գանգուղեղային նյարդերի նևրոպաթիաներ
Բ- Գլխացավ
Գ- Հիդրոցեֆալիա
Դ- Սրտխառնոց և փսխում

3. Նեյրոէպիթելիալ ուռուցքների շարքին չի պատկանում՝
Ա- Էպենդիմոմա
Բ- Աստրոցիտոմա
Գ- Մենինգիոմա
Դ- Օլիգոդենդրոգլիոմա

4. Ո՞ր մուտքն է առավել նպատակահարմար լսողական նյարդի 8 մմ-ոց նևրինոմայի ժամանակ, եթե հիմնական նպատակն է լսողության պահպանումը.
Ա- Միջին գանգափոս
Բ- Սուբօքցիպիտալ
Գ- Տրանսլաբիրինթար
Դ- Սուբֆրոնտալ

5. Ունկուսային /պարահիպոկամպալ/ էպի-նոպաները հիմնականում առաջացնում են.
Ա- Լսողական հալյուցինացիաներ
Բ- Համային հալյուցինացիաներ
Գ- Հոտառական հալյուցինացիաներ
Դ- Գլխապտույտի զգացողություն

6. Առավել հաճախ հանդիպում է հետևյալ կարանի իզոլացված սինօսթոզը.
Ա- Պսակածև
Բ- Լամբդայածև
Գ- Մետոպիկ
Դ- Սագիտալ

7. Հարվածի տեղով սալջարդները հիմնականում տեղի են ունենում
Ա- Կոնվեքսում

Բ- Ճակատային բլթերի ակնակապճային մակերես
Գ- Հետին գանգափոս
Դ- Քունքային բլթի վենտրալ մակերես

8. III նյարդի պարեզը ավելի բնորոշ է՝
Ա- Առաջային կապակցող զարկերակի անևրիզմային
Բ- Հետին կապակցող զարկերակի անևրիզմային
Գ- Ինտրակավերնոզ-կարոտիդային անևրիզմային
Դ- Միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմային

9. Էպիլեպտիկ նոպաները ավելի բնորոշ են՝
Ա- Առաջային կապակցող զարկերակի անևրիզմային
Բ- Հետին կապակցող զարկերակի անևրիզմային
Գ- Միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմային
Դ- Ինտրակավերնոզ-կարոտիդային անևրիզմային

10. Ոչ շաքարային դիաբետը ավելի բնորոշ է՝
Ա- Առաջային կապակցող զարկերակի անևրիզմային
Բ- Հետին կապակցող զարկերակի անևրիզմային
Գ- Ինտրակավերնոզ-կարոտիդային անևրիզմային
Դ- Միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմային

11. Ստորին քթային կվադրանտ անօպսիա ավելի բնորոշ է՝
Ա- առաջային կապակցող զարկերակի անևրիզմա
Բ- ինտրակավերնոզ-կարոտիդային անևրիզմա
Գ- միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմա
Դ- տեսողական զարկերակի անևրիզմա

12. Էկզոֆթալմը ավելի բնորոշ է՝
Ա- առաջային կապակցող զարկերակի անևրիզմա
Բ- ինտրակավերնոզ-կարոտիդային անևրիզմա
Գ- միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմա
Դ- տեսողական զարկերակի անևրիզմա

13. Քնային զարկերակի կապումը բացարձակապես հակացուցված է՝
Ա- Երկկողմանի ինտրակավերնոզ կարոտիդային անևրիզմաներ
Բ- Ակնային զարկերակի հսկա անևրիզմա, ապացուցված վազոսպազմ
Գ- Քնային զարկերակի ինտրակավերնոզ անևրիզմա և էքստրաօկուլյար շարժունակության հանկարծակի կորուստ
Դ- Կրակալված քնային զարկերակի բիֆուրկացիայի տրավմատիկ անևրիզմա

14. Մի ձեռքի թուլության համախտանիշը, զուգակցված նույն կողմի ոտքի թուլությամբ, այնուհետև մյուս ոտքի թուլությամբ առավել բնորոշ է հետևյալ շրջանների մենինգիոմաների համար.
Ա- Թրքական թամբի թմբիկ
Բ- Fossa Olfactorii

Գ- Ծոծրակային մեծ անցք
Դ- Falx

15. Ո՞ր նյարդի ախտահարմամբ է պայմանավորված դելտայաձև մկանի թուլությունը.
Ա- n. axillaris
Բ- Թիկնային թիակային նյարդ
Գ- n. suprascapularis
Դ- n. thoracodorsalis

16. Կրծքային հատվածի միջողնային սկավառակի ճողվածքի առավել բնորոշ հատկանիշն է.
Ա- Ցավ մեջքում
Բ- Ոտքում զգացողության բացակայություն
Գ- Ոտքի թուլություն
Դ- Անմիզապահություն

17. Մենինգիոմաների ռեցիդիվի առավելագույն կարևոր գործոն է.
Ա- Հիվանդի տարիքը
Բ- Ներաճում ոսկրի մեջ
Գ- Մենինգիոմայի հյուսվածքաբանական բարորակ ձև
Դ- Մենինգիոմայի հետվիրահատական մնացորդ

18. Կոլլոիդ կիստայով հիվանդների առավել ընդհանուր ախտանիշն է.
Ա- Գլխացավը
Բ- Դեմենցիան
Գ- Էպի-նոպան
Դ- Ոտքերի հանկարծակի թուլությունը

19. Գալենի երակի աննևրիզմայով տառապող նորածինների առավել ընդհանուր նշանն է.
Ա- Կանգային սրտային անբավարարությունը
Բ- Հիդրոցեֆալիան
Գ- Ներուղեղային արյունազեղումը
Դ- Էպիլեպտիկ նոպան

20. Ողնաշարի վերին-կրծքային հատվածի առավել հաճախ հանդիպող վնասվածքը.
Ա- Պոկված կոտրվածք
Բ- Կոմպրեսիոն կոտրվածք
Գ- Կոտրվածք տեղաշարժով
Դ- Անվտանգության գոտու կոտրվածք

21. Ի՞նչն է հաճախակի հանդիպում ողնաշարի կրծքագոտկային կոտրվածքների ժամանակ.
Ա- Պոկված կոտրվածք
Բ- Կոտրվածք տեղաշարժով, որն իր մեջ ներառում է բոլոր երեք սյուները

Գ- Սեպաձև կոտրվածքները հիմնականում անկայուն են
Դ- Սեպաձև կոտրվածքները ներառում են միջին սյունը

22. Առաջնային խորիոիդալ զարկերակի օկլյուզիան բերում է.
Ա- Կոնտրլատերալ հեմիպլեգիայի
Բ- Հեմիհիպէսթեզիայի
Գ- Հոմոնիմ հեմիանօպսիայի
Դ- Գիտակցության խանգարման

23. C1 — C2 ենթահոդախախտի առավել բնորոշ մեխանիզմն է.
Ա- Առանցքային ծանրաբեռնվածություն
Բ- Դիստրակցիա
Գ- Տարածում
Դ- Ծալում

24. Մենինգիոմաների առավել հազվադեպ հանդիպող տեղակայումն է.
Ա- Ներփորոքային
Բ- Հոտառական փոսիկ
Գ- Հետին գանգափոս
Դ- Սֆենոիդալ կատար

25. Գոտկային պունկցիայի կատարման համար բացարձակ հակացուցում կարող է հանդիսանալ.
Ա- մենինգեալ նշանների առկայությունը
Բ- սուբարախնոիդալ արյունազեղումը
Գ- ուղեղիկի կիսագնդերի և որդի ծավալային գոյացությունը
Դ- բոլոր նշվածները

26. ԳՈՒՎ-ի ժամանակ ո՞ր զարկերակի վնասվածքի հետևանքով մեծ մասամբ առաջանում է էպիդուրալ հեմատոմա.
Ա- a. meningea media
Բ- a. cerebri anterior
Գ- a. cerebri media
Դ- a. cerebellaris inferior

27. Մենինգոհիպոֆիզար անոթային խրձի ճյուղերը ներառում են.
Ա- Տենտորիալ զարկերակը
Բ- Ստորին հիպոֆիզային զարկերակը
Գ- Հետին մենինգեալ զարկերակը
Դ- Վերին հիպոֆիզային զարկերակը

28. Նշված ախտանիշներից ո՞րը բնորոշ չէ միջին գանգափոսի կոտրվածքին.
Ա- պտկաձև ելունի շրջանի կապտությունը
Բ- օտոհեմոլիկվոռեան
Գ- n. facialis-ի պերիֆերիկ վնասումը
Դ- n. facialis-ի կենտրոնական ախտահարումը

29. Ֆոստեր – Քենեդիի համախտանիշը հատուկ է.
Ա- ուղեղիկի մեծ կիսագնդերի նորագոյացություններին
Բ- քունքային բլթի ուռուցքներին
Գ- ճակատային բլթի նորագոյացություններին
Դ- գագաթային բլթի նորագոյացություններին

30. Ողնուղեղի նորագոյացությունը չի լինում.
Ա- սուբդուրալ
Բ- էպիդուրալ
Գ- սուբարախնոիդալ
Դ- ինտրամեդուլյար

31. Օլֆակտոր փոսի նորագոյացություններին հատուկ է.
Ա- երկկողմանի խլությունը
Բ- երկկողմանի անօսմիան
Գ- երկկողմանի ամավրոզը
Դ- բիտեմպորալ հեմիանոպսիան

32. Պարինոյի համախտանիշը բնորոշ է.
Ա- ճակատային բլթի ուռուցքներին
Բ- մակուղեղի (էպիֆիզի) ուռուցքներին
Գ- ուղեղիկի որդի ուռուցքներին
Դ- խիազմալ – սելլար շրջանի ուռուցքներին

33. Գլխուղեղի կոլատերալ արյան շրջանառության բնական ուղիներից է
Ա- պերիկալոզ զարկերակ
Բ- ակնային զարկերակ
Գ- միջին ուղեղային զարկերակ
Դ- հետին ստորին ուղեղիկային զարկերակ

34. Շմոռլի ճողվածքը դա.
Ա- Միջողնային աճառի արտափքումն է դեպի ողի մարմին
Բ- Վերադիր ողի մարմնի սահումն է ստորադիրի նկատմամբ
Գ- Միջողնային հոդերի աճառային մակերեսների դեստրուկցիան է և նրա փոխարինումը շարակցական հյուսվածքով
Դ- Ողնաշարային խողովակի ձեռքբերովի նեղացումն է

35. Ճաճանչային նյարդի վնասվածքի ամենաբնորոշ ախտանիշն է.
Ա- 4 և 5 մատների առբերման անհնարինությունը
Բ- ցուցամատի եւ բթամատի ծայրային ֆալանգների ծալման անհնարինությունը
Գ- «ճանկանման ձեռնաթաթ»
Դ- «կախված թաթ »

36. Ո՞ր տեղակայման անևրիզման կունենա համեմատաբար բարենպաստ սուբարախնոիդալ արյունազեղման ընթացք.

Ա- ներքին քնային զարկերակի սուպրակլինոիդ անևրիզմա
Բ- միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմա
Գ- ներքին քնային զարկերակի բիֆուրկացիայի անևրիզմա
Դ- ներքին քնային զարկերակի կավերնոզ հատվածի անևրիզմա

37. Ծղիկային նյարդի ախտահարմանը բնորոշ է.
Ա- 4 և 5 մատների առբերման անհնարինությունը
Բ- ցուցամատի և բթամատի ծայրային ֆալանգների ծալման անհնարինությունը
Գ- «ճանկանման ձեռնաթաթ»
Դ- «կախված թաթ»

38. Կաուզալգիան առաջանում է.
Ա- ողնուղեղի ցավի զգացողության հաղորդչական ուղիների ախտահարման ժամանակ
Բ- միջողնային հանգույցի ախտահարման ժամանակ
Գ- մեծ թվով վեգետատիվ թելեր պարունակող պերիֆերիկ նյարդի ախտահարման ժամանակ
Դ- խորանիստ զգացողության հաղորդչական ուղիների ախտահարման ժամանակ

39. Ներփորոքային արյունազեղմանը բնորոշ է.
Ա- հոգեշարժական գրգռվածություն
Բ- հորմետոնիկ համախտանիշ
Գ- հայացքի սահմանափակում
Դ- էպիլեպտիկ նոպա

40. Նշվածներից որը բնորոշ չէ Հորների համախտանիշին.
Ա- պտոզ
Բ- միդրիազ
Գ- էնոֆթալմ
Դ- միոզ

41. Լիկվորում ֆիբրինային փառի առաջացումը բնորոշ է.
Ա- երկրորդային թարախային մենինգիտին
Բ- տուբերկուլյոզային մենինգիտին
Գ- առաջնային սերոզ մենինգիտին
Դ- բոլորին

42. Թվարկվածներից ինչն է բնորոշ առաջային ուղեղային զարկերակի ավազանում արյան շրջանառության սուր խանգարմանը.
Ա- տեսողական ագնոզիա
Բ- ամնեստիկ աֆազիա
Գ- ստորին վերջույթի մոնոպարեզ
Դ- աբազիա – աստազիա

43. Գանգի հիմի առաջնային գանգափոսի կոտրվածքի ժամանակ բնորոշ է.
Ա- պտկաձև ելունի շրջանի կապտություն /Բեթթլի համախտանիշ/

Բ- ակնոցի սիմպտոմ
Գ- դիմային նյարդի ախտահարում
Դ- օտոլիկվորեա

44. Գանգի հիմի միջին գանգափոսի կոտրվածքին բնորոշ է.
Ա- պտկաձև ելունի շրջանի կապտություն /Բեթթլի համախտանիշ/
Բ- հեմոլիկվորեա ականջից
Գ- դիմային նյարդի ախտահարում
Դ- բոլոր նշվածները

45. Նշվածներից ինչն է բնորոշ կարոտիդ-կավերնոզ բերանակցման համար
Ա- մենինգեալ ախտանիշ
Բ- արտահայտված ցավային սինդրոմ ակնակապճի շրջանում
Գ- սուբարախնոիդալ արյունազեղում
Դ- էկզոֆթալմ

46. Ի՞նչն է բնորոշ արտերիովենոզ մալֆորմացիաներին նախահեմոռագիկ ժամանակահատվածին.
Ա- ընդհանուր ուղեղային երևույթներ
Բ- էպիլեպտիկ սինդրոմ
Գ- օջախային սիմպտոմատիկա
Դ- գանգուղեղային նյարդերի ախտահարում

47. Զարկերակային անևրիզմայի պատռումն առանց սուբարախնոիդալ արյունազեղման համախտանիշի նկատվում է.
Ա- ներքին քնային զարկերակի սուպրակլինոիդ անևրիզմայի ժամանակ
Բ- ներքին քնային զարկերակի կավերնոզ սեգմենտի անևրիզմայի ժամանակ
Գ- միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմայի ժամանակ
Դ- ներքին քնային զարկերակի բիֆուրկացիայի հատվածի անևրիզմայի ժամանակ

48. Մինչ քթային արյունահոսությունը ի՞նչն է բնորոշ ներքին քնային զարկերակի կեղծ անևրիզմայի կլինիկական ընթացքին.
Ա- էպիլեպտիկ նոպա
Բ- պիրամիդալ անբավարարություն
Գ- ակնաշարժիչ նյարդերի ախտահարում
Դ- էկզոֆթալմ

49. Դեպքերի մեծամասնությունում Հյուբների հետադարձ զարկերակը իր սկիզբն է առնում հետևյալ սեգմենտում.
Ա- A1
Բ- A2
Գ- M1
Դ- M2

50. Երեխաների մոտ pl. chorioideus –ի պապիլոմաները առավել հաճախ զարգանում են.

Ա- Չորրորդ փորոքում
Բ- Ձախ կողմնային փորոքում
Գ- Աջ կողմնային փորոքում
Դ- Երրորդ փորոքում

51. Մեծահասակների մոտ pl. chorioideus –ի պապիլոմաները առավել հաճախ զարգանում են
Ա- Չորրորդ փորոքում
Բ- Ձախ կողմնային փորոքում
Գ- Աջ կողմնային փորոքում
Դ- Երրորդ փորոքում

52. Տեսանյարդի հաստացման դիֆերենցիալ ախտորոշումը ներառում է.
Ա- Նյարդի թաղանթի մենինգիոման
Բ- Ակնակապճի պսևդոուռուցքը
Գ- Նյարդի գլիոման
Դ- Գրեյվսի հիվանդությունը

53. Մեծահասակների ակնակապճի առավել հաճախ հանդիպող նորագոյացություններն են.
Ա- Կավերնոզ հեմանգիոման
Բ- Դերմոիդ կիստան
Գ- Լիմֆանգիոման
Դ- Մետաստազները

54. Մեծ մասամբ դիֆուզ աքսոնալ վնասման օջախները հանդիպում են.
Ա- Բրտամարմնում
Բ- Սպիտակ և գորշ նյութերի սահմանագծին
Գ- Ռոստրալ ուղեղաբնում
Դ- Քունքային բլթում

55. Սուր սուբարախնոիդալ արյունազեղումը ՄՌՇ-հետազոտությամբ ավելի դժվար է ախտորոշվում, քան ՀՇ-հետազոտությամբ, որովհետև՝
Ա- Արտաբջջային մեթհեմոգլոբինը S1 և S2 ռեժիմներում իզոինտենսիվ է
Բ- Հեմոսիդերինը իզոինտենսիվ է S1 և S2 ռեժիմներում
Գ- Ռադիոլոգների մեծամասնությունը ծանոթ չէ սուր սուբարախնոիդալ արյունազեղման ՄՌՇ-պատկերի հետ
Դ- Սուբարախնոիդալ տարածությունում թթվածնի բարձր պարցիալ ճնշումը կասեցնում է օքսիհեմոգլոբինի փոխարկումը դեզօքսիհեմոգլոբինի

56. ԳՈՒՎ-ի ծանր սալջարդի հատկապես ո՞ր ձևին է բնորոշ հորմետոնիկ համախտանիշը կամ դեցերեբրացիոն ռիգիդությունը.
Ա- բուլբար
Բ- մեզէնցեֆալ
Գ- դիէնցեֆալ
Դ- էքստրապիրամիդալ

57. Os odontoideum-ի առավել հաճախ հանդիպող ծագումն է.
Ա- Բնածին
Բ- Յատրոգեն
Գ- Ուռուցքային
Դ- Տրավմատիկ

58. Ուղեղային վազոսպազմի առավել քիչ հավանական գործոն է.
Ա- Բիլիռուբին
Բ- Էնդոթելին
Գ- Ինտիմայի պրոլիֆերացիա
Դ- Օքսիհեմոգլոբին

59. Ողնաշարի դեգեներատիվ հիվանդությունների թվին են պատկանում.
Ա- դեֆորմացնող սպոնդիլոզը
Բ- սպոնդիլոարթրոզը
Գ- միջողնային սկավառակի ճողվածք
Դ- բոլոր թվարկածները

60. Հետին կապակցող զարկերակի աննրիզմայի ադիեզիան քունքային բլթին արտահայտվում է.
Ա- Գիտակցության կորստով
Բ- Երրորդ նյարդի պարեզը բացակայում է
Գ- Անգիոգրամմայի վրա աննրիզման պրոյեկտվում է քնային զարկերակից ավելի մեդիալ
Դ- Էպի-նոպաներ

61. Հիվանդ 12 տ., գանգատվում է տեսողության վատացումից և ժամանակ առ ժամանակ զարգացող գլխացավերից: Նյարդաբանական ստատուսում առկա է բիտեմպորալ հեմիանոպսիա: Կատարված գանգի Ռ-հետազոտության ժամանակ հայտնաբերված է թրքական թամբի խորացում և լայնացում: Արյան հորմոնալ քննության ժամանակ փոփոխություններ չեն հայտնաբերվել: Գլխուղեղի ԿՏ և ՄՌՏ հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվել է էնդո-սուպրասելյար շրջանի նորագոյացություն, որը պարունակում է նաև կիստոզ խոռոչ՝ լցված հեղուկով: Ձեր ենթադրական ախտորոշումը և բուժման տակտիկան է՝
Ա- հիպոֆիզի հորմոն-ակտիվ ադենոմա /պրոլակտինոմա/: Բուժումը՝ բրոմկրիպտին
Բ- կրանիոֆարինգիոմա: Բուժումը՝ վիրահատական
Գ- թրքական թամբի թմբիկի մենինգիոմա: Բուժումը՝ ճառագայթային
Դ- գլխուղեղի էխինոկոկ: Բուժումը՝ վիրահատական

62. Անոթային հյուսակի պապիլոմայի ժամանակ նկատվող փորոքների լայնացումը կարող է հետևանք լինել.
Ա- Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի շրջանառության բլոկի
Բ- Արյունազեղմամբ պայմանավորված արախնոիդիտի հետևանքով ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի ներծծման արագության իջեցման
Գ- Ուռուցքի աճի

Դ- Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի գերարտադրության

63. Թվարկվածներից ինչն է բնորոշ առաջային ուղեղային զարկերակի ավազանում արյան շրջանառության սուր խանգարմանը.
Ա- տեսողական ագնոզիա
Բ- ամնեստիկ աֆազիա
Գ- ստորին վերջույթի մոնոպարեզ
Դ- աբազիա – աստազիա

64. Հիվանդ Ա., 26 տ., հիվանդանոց է դիմել հետևյալ գանգատներով. գլխացավ, ոչ մշտական գլխապտույտ, սրտխառնոց, ունեցել է փսխում և գիտակցության կորուստ: Ընդունվելուց 1 ժամ առաջ փողոցում սայթաքել և վայր է ընկել, չի հիշում դեպքի մանրամասները: Օբյեկտիվ – ռենտգենաբանորեն գանգոսկրի ոսկրա-վնասվածքային փոփոխություններ չեն հայտնաբերվել, նյարդաբանական ստատուսում – մանրաթափ հորիզոնական նիստագմ, ձեռնաթաթերի հիպերհիդրոզ: Նախնական ախտորոշումն է՝
Ա- , 26 տ., հիվանդանոց է դիմել հետևյալ գանգատներով. գլխացավ, ոչ մշտական գլխապտույտ, սրտխառնոց, ունեցել է փսխում և գիտակցության կորուստ: Ընդունվելուց 1 ժամ առաջ փողոցում սայթաքել և վայր է ընկել, չի հիշում դեպքի մանրամասները: Օբյեկտիվ – ռենտգենաբանորեն գանգոսկրի ոսկրա-վնասվածքային փոփոխություններ չեն հայտնաբերվել, նյարդաբանական ստատուսում – մանրաթափ հորիզոնական նիստագմ, ձեռնաթաթերի հիպերհիդրոզ: Նախնական ախտորոշումն է՝
Ա- գլխուղեղի միջին աստիճանի սալջարդ
Բ- գլխուղեղի թեթև աստիճանի սալջարդ
Գ- գլխուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարում

65. Հիվանդ Բ., 32տ., ընդունվել է հիվանդանոց «գլխուղեղի ցնցում» նախնական ախտորոշմամբ: Ընդունվելուց 2-3 ժամ հետո նկատվում է հիվանդի վիճակի կտրուկ վատացում, գիտակցության խանգարում սոպորի մակարդակով, ձախակողմյան միդրիազ, աջակողմյան հեմիպարեզ, բրադիկարդիա 48-50 զ/ր: Գանգի ռենտգեն և գլխուղեղի ԿՏ-հետազոտությունները կատարված չեն: Հավանական ախտորոշումը.
Բ- , 32տ., ընդունվել է հիվանդանոց «գլխուղեղի ցնցում» նախնական ախտորոշմամբ: Ընդունվելուց 2-3 ժամ հետո նկատվում է հիվանդի վիճակի կտրուկ վատացում, գիտակցության խանգարում սոպորի մակարդակով, ձախակողմյան միդրիազ, աջակողմյան հեմիպարեզ, բրադիկարդիա 48-50 զ/ր: Գանգի ռենտգեն և գլխուղեղի ԿՏ-հետազոտությունները կատարված չեն: Հավանական ախտորոշումը.
Ա- գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդ
Բ- գլխուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարում
Գ- թաղանթային ներգանգային հեմատոմա՝ դիսլոկացիոն համախտանիշով

66. Հիվանդ Բ., 30 տ., ախտորոշվել է ծանր գանգուղեղային վնասվածք, գանգաթաղի ճակատային հատվածի գծային կոտրվածք անցումով դեպի գանգի հիմ՝ առաջային գանգափոս, գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդ սուբարախնոիդալ արյունազեղմամբ: Հիվանդության 10-րդ օրն առաջանում է առատ, պրոֆուզ քթային արյունահոսություն, որը դադարեցվում է առաջային և հետին տամպոնադայով: Հարց - արյունահոսության հնարավոր աղբյուրը.

Բ- , 30 տ., ախտորոշվել է ծանր գանգուղեղային վնասվածք, գանգաթաղի ճակատային հատվածի գծային կոտրվածք անցումով դեպի գանգի հիմ՝ առաջային գանգափոս, գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդ սուբարախնոիդալ արյունազեղմամբ: Հիվանդության 10-րդ օրն առաջանում է առատ, պրոֆուզ քթային արյունահոսություն, որը դադարեցվում է առաջային և հետին տամպոնադայով: Հարց - արյունահոսության հնարավոր աղբյուրը.

Ա- քթի ոսկրերի կոտրվածք
Բ- կեղծ զարկերակային անևրիզմա
Գ- միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմա

67. Հիվանդ Գ., 28 տ., վերջին 4 տարիների ընթացքում տառապում է պարցիալ տիպի էպիլեպտիկ նոպաներով: Հիվանդանոց է ընդունվում ծայրահեղ ծանր վիճակում, գիտակցությունը խանգարված է սոպոր-չափավոր կոմայի մակարդակով, արտահայտված մենինգեալ ախտանիշներ: Ըստ հարազատների՝ հիվանդը հեռուստացույց նայելիս նշում է սուր գլխացավ, կորցնում է գիտակցությունը և վայր ընկնում, առաջանում է վերը նշված վիճակը: Հարց – հնարավոր ախտորոշումը.

Գ- , 28 տ., վերջին 4 տարիների ընթացքում տառապում է պարցիալ տիպի էպիլեպտիկ նոպաներով: Հիվանդանոց է ընդունվում ծայրահեղ ծանր վիճակում, գիտակցությունը խանգարված է սոպոր-չափավոր կոմայի մակարդակով, արտահայտված մենինգեալ ախտանիշներ: Ըստ հարազատների՝ հիվանդը հեռուստացույց նայելիս նշում է սուր գլխացավ, կորցնում է գիտակցությունը և վայր ընկնում, առաջանում է վերը նշված վիճակը: Հարց – հնարավոր ախտորոշումը.

Ա- սուր ծանր գանգուղեղային վնասվածք ներգանգային հեմատոմայի առաջացումով
Բ- սպոնտան սուբարախնոիդալ արյունազեղում՝ արտերիովենոզ մալֆորմացիայի պատռումի հետևանքով
Գ- սպոնտան սուբարախնոիդալ արյունազեղում՝ զարկերակային անևրիզմայի պատռումի հետևանքով

68. Հիվանդի ընդհանուր վիճակը ծանր է, գիտակցությունը խանգարված է չափավոր կոմայի մակարդակով, առկա են արտահայտված մենինգեալ ախտանիշներ, օջախային նյարդաբանական սիմպտոմատիկա: Առկա է հիպերթերմիա 40-410: Հիվանդի մոտ ախտորոշվել է ծանր գանգուղեղային վնասվածք, գանգաթաղի և գանգի հիմի /առաջնային գանգափոսի/ կոտրվածք, գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդ, սուբարախնոիդալ արյունազեղում: Հարց - գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդի ո՞ր ձևին է բնորոշ նկարագրված վիճակը

Ա- էքստրապիրամիդալ
Բ- մեզէնցեֆալ

Գ- դիէնցեֆալ
Դ- բուլբար

69. Հիվանդի մոտ ախտորոշվել է միջին ծանրության գանգուղեղային վնասվածք: Հիվանդությունից 14 օր հետո առաջանում է ձախակողմյան էկզօֆթալմ, աղմուկ՝ սինխրոն պուլսի հետ, որը վերանում է ձախ քնային զարկերակի սեղմումից հետո պարանոցի վրա, խեմոզ: Հարց – գանգուղեղային վնասվածքի հնարավոր բարդությունը
Ա- ներգանգային հեմատոմա
Բ- ռետրոբուլբար հեմատոմա
Գ- pseudotumor cerebri
Դ- կարոտիդ-կավերնոզային խուղակ

70. Հիվանդի մոտ ախտորոշվում է ծանր ԳՈՒՎ, գանգաթաղի ձախ քունքոսկրի գծային կոտրվածք կոտրվածքի գծի անցումով դեպի գանգի հիմ /միջին գանգափոս/, գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդ: Կատարված գլխուղեղի ԿՏ-հետազոտությունը հայտնաբերում է ձախ քունքային հատվածում ոսպնյականման հիպերդենս օջախ 10.0 x 5.0 սմ չափսերի: Հարց – Ձեր ախտորոշումը և դրան հետևող գործողությունները.
Ա- գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդ կոնտուզիոն օջախի ձևավորումով, ցուցված է ինտենսիվ կոնսերվատիվ բուժում
Բ- սուր սուբդուրալ հեմատոմա, ցուցված է շտապ վիրահատություն
Գ- սուր էպիդուրալ հեմատոմա, ցուցված է շտապ վիրահատություն
Դ- սուր սուբդուրալ էմպիեմա, ցուցված է շտապ վիրահատություն

71. Հիվանդը գանգատվում է աջ ոտնաթաթի ցնցումներից, գլխացավից: Իրեն հիվանդ է համարում 2-3 տարի, հիվանդությունը սկսվել է աջ ոտնաթաթում ցնցումներից, որին հետևել է ոտնաթաթում կարճատև թուլության զգացումը, որը ժամանակի ընթացքում վերականգնվել է: Նմանատիպ ցնցումներ հիվանդի մոտ կրկնվում են 2-3 ամիսը մեկ: Վերջին ամսվա ընթացքում նշված ցնցումներին միացել է նաև աջ ձեռքում և դեմքի աջ կեսում ցնցումներ առանց գիտակցության կորստի: Հարց – ենթադրական կլինիկական ախտորոշումը.
Ա- ճակատային շրջանի նորագոյացություն
Բ- ուղեղիկի աջ կիսագնդի նորագոյացություն
Գ- ձախ հետնաճակատ-գագաթ-պարասագիտալ շրջանի նորագոյացություն - մենինգիոմա
Դ- ձախ քունքային բլթի նորագոյացություն

72. Հիվանդը գանգատվում է գլխացավերից, հավասարակշռության և քայլվածքի խանգարումից, փսխումից: Իրեն հիվանդ է համարում 4 ամիս: Հիվանդությունը սկսվել է գլխացավով, գլխացավի գագաթնակետին՝ սրտխառնոցով, փսխումով, հավասարակշռության խանգարմամբ: Սրտխառնոցն ու փսխումը հատկապես նկատվել են առավոտյան քաղցած վիճակում: Հիվանդը ինքնուրույն քայլել չի կարողանում, քայլում է օգնությամբ, ոտքերը լայն բացած վիճակում: Նյարդաբանական ստատուսում առկա է արտահայտված հորիզոնական, ժամանակ առ ժամանակ վերտիկալ նիստագմ, Ռոմբերգի դիրքում անկայուն է, ճոճվում է դեպի աջ ու հետ, կոորդինատոր փորձերը աջից կատարում է զգալի ինտենցիայով, նկատվում է մկանային տոնուսի իջեցում, հատկապես աջ ծայրանդամներում: Հարց – ենթադրական կլինիկական ախտորոշումը՝ ակնահատակում կանգային պտկիկներ:
Ա- Գլխուղեղի աջ քունքագագաթային շրջանի նորագոյացություն
Բ- Գլխուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարում վերտեբրո բազիլյար ավազանում
Գ- Խիազմալ-սելյար շրջանի նորագոյացություն
Դ- Ուղեղիկի աջ կիսագնդի նորագոյացություն

73. Հիվանդի մոտ առկա է ստորին վերջույթների պարապարեզ, զգացողության խանգարումներ հաղորդչական տիպի Th7-Th8 սեգմենտից սկսած, կոնքի օրգանների ֆունկցիայի խանգարում: Հիվանդությունը սկսվել է մեկ տարի առաջ գոտևորող ցավերով կրծքային հատվածում, այնուհետև առաջացել է աջ ոտքի թուլություն և ձախ ոտքի որոշակի թմրածություն, որոնք սկսվել են ոտնաթաթերից ու աստիճանաբար բարձրացել վեր: Հարց - Ենթադրական կլինիկական ախտորոշումը.
Ա- Ողնուղեղի էքստրամեդուլյար նորագոյացություն
Բ- Ողնուղեղի ինտրամեդուլյար նորագոյացություն
Գ- միելիտ
Դ- Ողնուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարում

74. Հիվանդի մոտ ախտորոշվել է սպոնտան սուբարախնոիդալ արյունազեղում զարկերակային անևրիզմայի պատռվածքի հետևանքով: Նևրոլոգիական ստատուսում առկա է ձախակողմյան օֆթալմոպլեգիա: Հարց – Ո՞ր տեղակայման անևրիզմաներին է բնորոշ նշված համախտանիշը:
Ա- Ձախ միջինուղեղային զարկերակ
Բ- Ձախ ներքին քնային զարկերակի սուպրակլինոիդ հատված
Գ- Բազիլյար զարկերակի անեւրիզմա
Դ- Հետին կապակցող զարկերակի անեւրիզմա

75. Հիվանդի մոտ նկատվել է ջերմության բարձրացում վերջին մի քանի օրերի ընթացքում, բուժվել է թոքաբորբի կապակցությամբ, սակայն վերջին երկու օրերին նկատվել են գլխացավերի սաստկացում, ջերմությունը պահպանվել է բարձր թվերի վրա: Հիվանդանոց ընդունվելուց երկու ժամ առաջ կորցրել է գիտակցությունը: Բաժանմունք ընդունվելիս գիտակցությունը եղել է խանգարված խոր շշմածության ձեւով եւ առկա է եղել արտահայտված մենինգեալ համախտանիշ: Կատարված ԿՏ հետազոտությունը գլխուղեղի օջախային ախտահարման նշաններ չի հայտնաբերել:
Հարց – Ձեր գործողությունները ախտորոշումը ճշտելու նպատակով.
Ա- Գլխուղեղի ՄՌՏ հետազոտություն
Բ- Գլխուղեղի անոթների անգիոգրաֆիա
Գ- Ախտորոշիչ գոտկային պունկցիա
Դ- Էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆիա

76. Հիվանդը ընդունվել է հիվանդանոց ընդհանուր ուղեղային երևույթներով /գլխացավ, սրտխառնոց, գլխապտույտ/: Նյարդաբանական ստատուսում - գիտակցությունը խանգարված է չափավոր մթագնացության մակարդակով, առկա է աջակողմյան հեմիպարեզ, սենսոր աֆազիայի երևույթներ: Անամնեզում 2 ամիս առաջ նշում է ԳՈՒՎ, որի կապակցությամբ բուժվել է շրջանային հիվանդանոցում:
Հարց – Ձեր ենթադրյալ կլինիկական ախտորոշումը.
Ա- խրոնիկական սուբդուրալ հեմատոմա
Բ- գլխուղեղի իշեմիկ ինսուլտ
Գ- գլխուղեղի նորագոյացություն
Դ- հետտրավմատիկ արախնոիդիտ

77. Նշվածներից ի՞նչն է բնորոշ կարոտիդ-կավերնոզ բերանակցման համար.
Ա- մենինգեալ ախտանիշ
Բ- արտահայտված ցավային սինդրոմ ակնակապճի շրջանում
Գ- սուբարախնոիդալ արյունազեղում
Դ- էկզոֆթալմ

78. Հիվանդը երկար տարիներ գանգատվում էր ցավերից ողնաշարի գոտկային շրջանում, որոնք հետագայում անցել են ձախ ոտքին: Կատարում է ֆիզիկական ծանր աշխատանք: Հետզհետե նշում է թմրածության զգացողություն նույն ոտքում: Նյարդաբանական ստատուսում – թմրածություն ոտնաթաթի ներբանային հատվածում, աքիլեսյան ռեֆլեքսի ընկճում ձախից, ձգման ախտանիշները դրական են ձախից: Հարց - Ձեր ենթադրական ախտորոշումը.
Ա- պոլիմիելոռադիկուլոպաթիա
Բ- դիաբետիկ մոնոնևրոպաթիա
Գ- L4-L5 միջողնային աճառի ճողվածք
Դ- L5-S1 միջողնային աճառի ճողվածք

79. Սպոնդիլոլիստեզը՝ դա.
Ա- միջողնային աճառի արտափքումն է դեպի ողի մարմին
Բ- վերադիր ողի մարմնի սահումն է ստորադիրի նկատմամբ

Գ- միջողնային հոդերի աճառային մակերեսների դեգեներատիվ փոփոխություններն են և փոխարինումը շարակցական հյուսվածքով
Դ- միջողնային աճառի պուլպոզ կորիզի արտանկում ֆիբրոզ օղի սահմաններից դուրս

80. Հիվանդ Զ. 70 տ., տեղափոխվել է հիվանդանոց շտապօգնության մեքենայով: Զննման պահին հիվանդը գանգատվում էր ուժեղ գլխացավերից, ջերմությունը 39.80, նյարդաբանական ստատուսում հիվանդի գիտակցությունը մթագնած է, առկա է մոտոր աֆազիայի երևույթներ, աջակողմյան հեմիպարեզ և հեմիհիպէսթեզիա: Մենինգեալ ախտանիշները խիստ դրական են, աջից առաջանում են ախտաբանական ռեֆլեքսներ: Անամնեստիկ տվյալներից պարզվեց, որ 2.5 ամիս առաջ վիրահատվել է թարախային օտիտի և մաստոիդիտի կապակցությամբ, սակայն ջերմությունը շարունակվել է մնալ բարձր թվերի վրա: Ժամանակ առ ժամանակ նկատվում էին պարցիալ բնույթի /Ջեկսոնյան/ էպիլեպտիկ նոպաներ: Հարց - Ձեր ենթադրական ախտորոշումը և հետագա քայլերը.
Ա- ԳՈՒԱՇՍԽ ձախ ՄՈՒՋ ավազանում ներուղեղային հեմատոմայի առաջացումով, կատարել գոտկային պունկցիա
Բ- Գլխուղեղի միջին աստիճանի սալջարդ, կատարել ԿՏ
Գ- Գլխուղեղի ձախ քունքային բլթի օտոգեն աբսցես, կատարել գլխուղեղի ԿՏ / ՄՌՏ
Դ- Միգրեն, կատարել էխոԷԳ

81. Ի՞նչն է բնորոշ արտերիովենոզ մալֆորմացիաներին նախահեմոռագիկ ժամանակահատվածին.
Ա- ընդհանուր ուղեղային երևույթներ
Բ- էպիլեպտիկ սինդրոմ
Գ- օջախային սիմպտոմատիկա
Դ- գանգուղեղային նյարդերի ախտահարում

82. Հիվանդ Վ. 53 տ., հիվանդանոց է բերվել շտապ օգնության բրիգադայով աջ ծնկափոսի ստորին շրջանի հրազենային վիրավորումից հետո: Ռենտգեն հետազոտությամբ ոսկրա-տրավմատիկ փոփոխություններ չեն հայտնաբերվել, սակայն հիվանդը չի կարող տարածել աջ ոտնաթաթը և աջ ոտքի մատները: Օբյեկտիվ զննման ժամանակ առկա է սրունքի արտաքին մակերեսի և ոտնաթաթի թիկնային մակերեսի զգացողության խանգարում, հիվանդը չի կարող կանգնել կրունկի վրա, առկա է ստեպաժ, կախված ոտնաթաթ: Հարց - Ախտորոշումը պարզելու համար անհրաժեշտ է.
Ա- գլխուղեղի ԿՏ հետազոտություն
Բ- n. peroneus – ի ԷՆՄԳ
Գ- ազդրային զարկերակի դոպլերոգրաֆիկ հետազոտություն
Դ- ծնկան հոդի արթրոսկոպիա

83. Միջողնային սկավառակի ճողվածքը՝ դա.
Ա- վերադիր ողի մարմնի սահումն է ստորադիրի նկատմամբ
Բ- միջողնային հոդերի աճառային մակերեսների դեգեներատիվ փոփոխություններն են և փոխարինումը շարակցական հյուսվածքով

Գ- միջողնային աճառի պուլպոզ կորիզի արտանկում ֆիբրոզ օղի սահմաններից դուրս
Դ- բոլոր նշվածները

84. Հիվանդ Ե. 26 տ., վայր է ընկել բարձրությունից, որից հետո տեղափոխվել է հիվանդանոց: Զննման պահին գիտակցությունը պարզ է, մենինգեալ նշանները բացակայում են, առկա է տետրապլեգիա՝ սպաստիկ ոտքերում և թորշոմած ձեռքերում: Կատարված պարակլինիկական հետազոտությունների /ԿՏ և ռենտգեն/ ժամանակ հայտնաբերվեց C5 ողնի մարմնի և աղեղի կոմպրեսիոն բազմաբեկոր կոտրվածք հոդախախտով: Հարց – Ձեր հետագա գործողությունները.
Ա- Պարանոցային կորսետ
Բ- Հալո-Վեստ և ձգում
Գ- Ողնաշարի ստաբիլիզացնող վիրահատություն /կորպորոդեզ, սպոնդիլոդեզ/ և պարանոցային կորսետ
Դ- Բոլորը ճիշտ են

85. Օլֆակտոր փոսի նորագոյացություններին հատուկ է.
Ա- երկկողմանի խլությունը
Բ- երկկողմանի անօսմիան
Գ- երկկողմանի ամավրոզը
Դ- բիտեմպորալ հեմիանոպսիան

86. Հիվանդ Կ. 36 տ, հիվանդանոց է բերվել ավտովթարից հետո: Օբյեկտիվ - գիտակցությունը կոմա 2, բբերը նեղացած, ֆոտոռեակցիան՝ խիստ ընկճված, առկա է Հարտվիգ-Մաժանդիի համախտանիշ: Հարց - Ենթադրյալ ախտորոշումը
Ա- դիֆուզ աքսոնալ ախտահարում
Բ- գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդ - դիէնցեֆալ ձև
Գ- գլխուղեղի միջին աստիճանի սալջարդ
Դ- գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդ - մեզէնցեֆալ ձև

87. Մինչ քթային արյունահոսությունը ի՞նչն է բնորոշ ներքին քնային զարկերակի կեղծ անևրիզմայի կլինիկական ընթացքին.
Ա- էպիլեպտիկ նոպա
Բ- պիրամիդալ անբավարարություն
Գ- ակնաշարժիչ նյարդերի ախտահարում
Դ- էկզոֆթալմ

88. Առաջնային խորիոիդալ զարկերակի օկլյուզիան բերում է.
Ա- Կոնտրլատերալ հեմիպլեգիայի
Բ- Հեմիհիպէսթեզիայի
Գ- Հոմոնիմ հեմիանօպսիայի
Դ- Գիտակցության խանգարման

89. Գլխուղեղի ցնցմանը բնորոշ է.
Ա- մենինգեալ ախտանիշներ

Բ- հոգեշարժական գրգռվածություն
Գ- հորիզոնական նիստագմ
Դ- բոլոր նշվածները

90. Քունքոսկրի բուրգի կոտրվածքին բնորոշ է.
Ա- օտոլիկվորեա
Բ- դիմային նյարդի պարեզ
Գ- խլություն
Դ- բոլոր նշվածները

91. Բաց գանգուղեղային վնասվածքը բնութագրվում է.
Ա- գլխի փափուկ հյուսվածքների ցանկացած վնասվածք
Բ- վերք ապոնևրոզի վնասումով
Գ- ցանկացած գանգոսկրի կոտրվածք
Դ- բոլոր նշվածները

92. Գլխուղեղի ցնցմանը բնորոշ չէ.
Ա- ծոծրակային մկանների ռիգիդություն
Բ- հիպերհիդրոզ
Գ- նիստագմ
Դ- սրտխառնոց

93. Գլխուղեղի ցնցման բնորոշ անցողիկ ցողունային սիմպտոմատիկան դրսևորվում է՝
Ա- նիստագմով
Բ- երկկողմանի Բաբինսկու ռեֆլեքսով
Գ- հայացքի պարեզով դեպի վեր
Դ- Մանն-Գուրևիչի սիմպտոմով

94. Սրբոսկրի խողովակի ուռուցքներին բնորոշ է՝
Ա- ցավեր գոտկա-սրբանային հատվածում
Բ- ցավեր շեքի շրջանում
Գ- կոնքի օրգանների ֆունկցիաների խանգարում
Դ- բոլոր նշվածները

95. IV փորոքի ցիստիցերկոզի հիմնական կլինիկական պատկերը ներառում է՝
Ա- բրունսանման նոպաներ
Բ- գլխապտույտ
Գ- VII և XII գանգուղեղային նյարդերի ախտահարում
Դ- տեսողական նյարդի կանգային սկավառակը

96. Ինտրակավերնոզ-կարոտիդային անևրիզմային բնորոշ չէ
Ա- գիտակցության կորուստներ
Բ- էկզոֆթալմ
Գ- III, IV, VI գանգուղեղային նյարդերի ախտահարում

Դ- Անոթային աղմուկներ

97. n. glossopharyngeus ապահովում է
Ա- ցավային զգացողություն
Բ- ջերմային զգացողություն
Գ- Խորանիստ զգացողություն
Դ- համի և ընդհանուր զգացողություն

98. Ոսկրա-պլաստիկ տրեպանացիա ցուցված է, եթե առկա է՝
Ա- էպիդուրալ հեմատոմա արտահայտված ուղեղի այտուցով
Բ- էպիդուրալ հեմատոմա առանց արտահայտված ուղեղի այտուցի
Գ- ներուղեղային հեմատոմա վիտալ խանգարումներով
Դ- բոլորը ճիշտ է

99. Պարկինսոնիզմի դեպքում ստերեոտաքսիկ վիրահատության ժամանակ անհրաժեշտ է կատարել հետևյալ գոտիների դեստրուկցիա՝
Ա- թալամուսի վենտրո-լատերալ կորիզը
Բ- նուշանման համալիր
Գ- սուբթալամիկ գոտի
Դ- ճիշտ է Ա և Բ

100. a. basillaris-ի վերին երրորդի անևրիզմայի օպտիմալ վիրահատական մուտքը.
Ա- ծոծրակային մուտք
Բ- տրանսֆարինգեալ մուտք
Գ- ըստ Նաֆֆցիգեր -Տաունի
Դ- պարամեդիան

101. Երբ ոսկրաբեկորը չի կորցնում կապը գանգաթաղի ինտակտ մասի հետ, ապա այդ ներհրված կոտրվածքը կոչվում է՝
Ա- սուպրեսիոն
Բ- էքսպրեսիոն
Գ- իմպրեսիոն
Դ- դեպրեսիոն

102. Ո՞ր ողների վնասման ժամանակ է կլինիկորեն նկատվում ստորին ծայրանդամների պերիֆերիկ պարալիչ.
Ա- Th10-L1
Բ- Th7-Th9
Գ- L5-S1
Դ- S1-S2

103. Երբ իշեմիկ ինսուլտից հետո նյարդաբանական ֆունկցիաները վերականգնվում են 2-3 շաբաթվա ընթացքում, ապա ինսուլտը կհամարվի.
Ա- կեղծ
Բ- փոքր
Գ- գաճաճ

Դ- անցողիկ

104. Ողնաշարի փակ վնասվածքի տեսակներից չէ՝
Ա- ողի կոտրվածք-հոդախախտը
Բ- ողնաշարն ուղղող մկանի պատռումը
Գ- ողի հետին կիսաօղի կոտրվածքը
Դ- ողնաշարի կապանային ապարատի ձգումը

105. Վենտրիկուլոպերիտոնեալ շունտավորման ժամանակ սովորաբար ո՞ւր է տեղադրվում շունտի կենտրոնական հատվածը.
Ա- երրորդ փորոք
Բ- կողմնային փորոքի հետին եղջյուր
Գ- կողմնային փորոքի մարմին
Դ- չորրորդ փորոք

106. Սովորաբար ի՞նչ եղանակով են որոշում փորոքների չափերը պերինատալ տարիքում.
Ա- նեյրոսոնոգրաֆիա
Բ- վենտրիկուլոգրաֆիա
Գ- գլխուղեղի ԿՏ հետազոտություն
Դ- ռադիոնուկլիդային միելոցիստերնոսցինտիգրաֆիա

107. Ողնուղեղի ինչպիսի՞ վնասում հնարավոր չէ ողնաշարի չթափանցող հրազենային վնասվածքի դեպքում.
Ա- ողնուղեղի ցնցում
Բ- սալջարդ
Գ- կետային արյունազեղում
Դ- մասնակի ընդհատում

108. Դեպքերի մեծ մասում էպիդուրալ հեմատոմաները տեղակայվում են.
Ա- հետին գանգափոսում
Բ- ծոծրակային շրջանում
Գ- ճակատաբևեռային շրջանում
Դ- քունքային հատվածում

109. Կոնտակտային թարախակույտի տեսակ չի համարվում
Ա- հետվնասվածքայինը
Բ- սինուսոգենը
Գ- ռինոգենը
Դ- օտոգենը

110. Դեգեներատիվ սպոնդիլոլիստեզի բոլոր դեպքերի մեծ մասը ինչի՞ ֆոնի վրա է առաջանում.
Ա- սպոնդիլոլիզի
Բ- սպոնդիլոզի

Գ- օստեոարթրոզի
Դ- օստեոխոնդրոզի

111. Ողնաշարի ու ողնուղեղի բաց վնասվածքները ըստ ինչի՞ չեն տարբերակվում.
Ա- կարծրենու վնասվածքի
Բ- միջողնային աճառի տեղաշարժի
Գ- վնասող գործոնի տեսակի
Դ- վնասվածքի մակարդակի

112. ԷԷԳ ի՞նչ ալիքներն են հատկապես բնորոշ գլխուղեղի նորագոյացություններին.
Ա- բետա արագ
Բ- պիկեր
Գ- սուր
Դ- դելտա դանդաղ

113. Ո՞րը բնորոշ չէ սուբդուրալ էմպիեմայի համար.
Ա- առավելապես արական սեռի հիվանդացությունը
Բ- երիտասարդ տարիքում հիվանդացությունը
Գ- ռինոգեն ծագումը
Դ- սուբտենտորիալ տեղակայումը

114. Որ ծոցի պատի միաժամանակյա վնասումը կարող է պատճառ դառնալ քթային արյունահոսության կարոտիդ-կավերնոզային բերանակցման ժամանակ.
Ա- ճակատոսկրի
Բ- հայմորյան
Գ- մաղոսկրի
Դ- հիմոսկրի

115. Ո՞ր կենտրոնի վնասման ժամանակ է նկատվում Կլոդ-Բերնար-Հորների համախտանիշը.
Ա- ցիլիոսպինալ
Բ- բուլբար
Գ- իլիոցեկալ
Դ- օկուլոցեֆալ

116. Ինչպե՞ս է խանգարվում միզապարկի գործունեությունը ողնուղեղի պարանոցային հատվածի սալջարդի ժամանակ.
Ա- գիշերամիզություն
Բ- պարադոքսալ իշուրիա
Գ- հիպոռեֆլեկտոր նեյրոգեն միզապարկ
Դ- հիպերռեֆլեկտոր նեյրոգեն միզապարկ

117. Որն է նախընտրելի վիրահատական մուտքը կարոտիդ-կավերնոզ բերանակցման ու հիմոսկրի ծոցի կեղծ անևրիզմայի ժամանակ.

Ա- սուբֆրոնտալ
Բ- էնդովասկուլյար
Գ- սուբօքցիպիտալ
Դ- տրանսնազալ-տրանսսֆենոիդալ

118. Որ արյունակույտն է առաջացնում ողնուղեղի միջածիգի լրիվ ախտահարում.
Ա- էպիդուրալ
Բ- էքստրամեդուլյար
Գ- սուբդուրալ
Դ- ինտրամեդուլյար

119. Ե՞րբ է կիրառվում հալոապարատը.
Ա- ողնաշարի պարանոցային հատվածի վնասվածք
Բ- կոնտրաստային միելոգրաֆիա
Գ- հետին սպոնդիլոդեզ
Դ- դեգեներատիվ սպոնդիլոլիստեզ

120. Որ իշեմիկ ինսուլտն է զարգանում դիստալ, փոքր պենետրացիոն անոթների խցանման արդյունքում.
Ա- հեմոդինամիկ
Բ- կարդիոէմբոլիկ
Գ- աթերոթրոմբոտիկ
Դ- լակունար

121. Որ մասից է առավել հաճախ պատռվում պարկաձև անևրիզման
Ա- վզիկից
Բ- մարմնի վիսցերալ թերթիկից
Գ- հատակից
Դ- մարմնի պարիետալ թերթիկից

122. Լիկվորաախտորոշիչ ո՞ր համախտանիշի ժամանակ չի նկատվում սպիտակուցի քանակի ավելացում.
Ա- իմունոռեակտիվ լիկվորային համախտանիշ
Բ- բջիջ-սպիտակուցային դիսոցիացիա
Գ- սպիտակուց - բջջային դիսոցիացիա
Դ- տրանսուդատիվ լիկվորային համախտանիշ

123. Ի՞նչ ախտանիշ կարող է նկատվել կրանիոսպինալ ուռուցքների ժամանակ.
Ա- բոլոր վերջույթների թորշոմած պարեզներ
Բ- ենթալեզվային նյարդի ախտահարում
Գ- ստորին վերջույթների մկանային ատրոֆիա
Դ- դեմքի վրա զգացողության խանգարում բծերի տեսքով

124. Ինչպիսի՞ փոփոխություններ է սովորաբար կրում լիկվորը գլխուղեղի ուռուցքի ժամանակ.

Ա- սպիտակուց-բջջային դիսոցիացիա
Բ- քլորիդների քանակի պակասեցում
Գ- սպիտակուցների ավելացում
Դ- գլյուկոզի ավելացում

125. Որ աննևրիզման ունի տիպիկ կառուցվածք.
Ա- գլանաձև
Բ- ֆուզիֆորմ
Գ- պարկաձև
Դ- ձագարաձև

126. Ի՞նչ սովորաբար չի լինում ողնուղեղի սալջարդի սուր շրջանում.
Ա- արյունազեղում
Բ- ողնուղեղի փափկեցում
Գ- ջնջխում
Դ- դեմիելինիզացիա

127. Գանգուղեղային վնասվածքների համար սուր շրջան է համարվում՝
Ա- մինչև 2-10 շաբաթը
Բ- առաջին 48 ժամը
Գ- մինչև 2-14 օրը
Դ- մինչև 2-6 ամիսը

128. Որ ուռուցքանման հիվանդությունը ենթակա չէ վիրահատական բուժման.
Ա- ցիստիցերկոզ
Բ- սիֆիլիկ գումմա
Գ- էխինոկոկոզ
Դ- տուբերկուլոմա

129. Ֆոստեր-Քենեդիի համախտանիշին բնորոշ է՝
Ա- իպսիլատերալ տեսանյարդի սկավառակի կանգային պտկիկ
Բ- կոնտրալատերալ տեսանյարդի առաջնային ատրոֆիա
Գ- կոնտրալատերալ տեսանյարդի սկավառակի կանգային պտկիկ
Դ- իպսիլատերալ տեսանյարդի երկրորդային ատրոֆիա

130. Ինչպիսի՞ն չի կարող լինել գանգուղեղային վնասվածքն ըստ տիպի.
Ա- համակցված
Բ- զուգակցված
Գ- բազմակի
Դ- իզոլացված

131. Որ հիվանդությունը դեր չի խաղում կարդիոէմբոլիկ ինսուլտի զարգացման գործում
Ա- հիպերտոնիկ միկրոանգիոպաթիա
Բ- շողացող առիթմիա

Գ- կարդիոմիոպաթիա
Դ- փոփոխված կափույրային համակարգ

132. Գլխուղեղի ո՞ր կազմավորման նկատմամբ ունեցած իրենց տեղակայմամբ են ներուղեղային արյունակույտերը բաժանվում մեդիալ ու լատերալ տեսակների.
Ա- երրորդ փորոքի
Բ- բրտամարմնի
Գ- ներքին պատիճի
Դ- տենտորիումի

133. Ի՞նչն է առավել բնորոշ արտերիովենոզ մալֆորմացիաների նախահեմոռագիկ ժամանակահատվածին.
Ա- գանգուղեղային նյարդերի ախտահարումը
Բ- էպիլեպտիկ սինդրոմը
Գ- ընդհանուր ուղեղային երևույթները
Դ- հիպոգևզիան

134. Ի՞նչը բնորոշ չէ հիպերտենզիոն համախտանիշին.
Ա- «հանգած» դեմք
Բ- քնկոտություն
Գ- գիտակցության արգասավոր խանգարում
Դ- աճող ընկճվածություն

135. Հատկապես որ զարկերակի ավազանում են լինում գլխուղեղի անոթային մալֆորմացիաներ.
Ա- առաջային ուղեղային
Բ- միջին ուղեղային
Գ- հետին ուղեղային
Դ- բազիլյար

136. Ողնաշարի դեգեներատիվ հիվանդությունների շարքին չի պատկանում.
Ա- դեֆորմացնող սպոնդիլոզը
Բ- վնասվածքային սպոնդիլոլիստեզը
Գ- սպոնդիլոարթրոզը
Դ- միջողնային օստեոխոնդրոզը

137. Գլխուղեղի ի՞նչ տեղաշարժ է բնորոշ էպիդուրալ հեմատոմային՝
Ա- քունքատենտորիալ
Բ- ծոծրակային
Գ- միջկիսագնդային
Դ- քունքային

138. Ո՞րը կողմնորոշիչ նշանակություն չունի վենտրիկուլոպունկցիայի ժամանակ.
Ա- պսակաձև կարանի ու սագիտալ գծի հատման կետ
Բ- ծոծրակային թմբկություն
Գ- երկու արտաքին լսողական անցուղիները միացնող գիծ

Դ- հակառակ կողմի ակնակապճի դրսային եզր

139. Ողնաշարի ո՞ր ողերի վնասվածքին է բնորոշ պարադոքսալ իշուրիան.
Ա- Th11-Th12
Բ- Th10-Th11
Գ- L1-L2
Դ- L4-L5

140. Եթե գանգի վրա կա մեկ անցք, որը հանդիսանում է և՛ մուտքի, և՛ ելքի, ապա այդ վնասվածքը կոչվում է՝
Ա- միջանցիկ
Բ- կույր
Գ- ռիկոշետային
Դ- շոշափողական

141. Կրանիոֆարինգիոմայի ի՞նչ ենթատեսակ չի առանձնացվում.
Ա- էնդոսելյար
Բ- պարասելյար
Գ- ցողունային
Դ- երրորդ փորոքի

142. Ողնուղեղի «ձիու պոչի» շրջանի նորագոյացություններին հատուկ չէ՝
Ա- արտահայտված ցավային սինդրոմը ստորին ծայրանդամներում
Բ- հարկադրված դիրքը
Գ- պարադոքսալ իշուրիան
Դ- ախտաբանական ոտնաթաթային ռեֆլեքսների առկայությունը

143. Ի՞նչ ազդանշան չենք տարբերում էխոէնցեֆալոգրամայի կորագծի վրա.
Ա- ազդանշաններ ուղեղի ոչ միջային կառույցներից
Բ- վերջնական կոմպլեքս
Գ- գեներատորային
Դ- առաջնային կոմպլեքս

144. Գանգուղեղային որ նյարդի պարեզ կարող է նկատվել հետին կապակցող զարկերակի՝ ներքին քնային զարկերակից դուրս գալու տեղի անևրիզմայի պատռվածքի պատճառով.
Ա- ակնաշարժ
Բ- լսողական
Գ- ասպանդակախխունջային
Դ- հավելյալ

145. Ո՞ր արյունակույտն է տեղակայված գանգաթաղի ոսկրի ներքին ապակենման թերթիկի և կարծրենու միջև.
Ա- սուբդուրալ
Բ- ներփորոքային

Գ- ներուղեղային
Դ- էպիդուրալ

146. Բրուն-Սեկարի համախտանիշին բնորոշ չէ՝
Ա- վիրավորման կողմում ծայրանդամների սպաստիկ, հետագայում թորշոմած պարալիչը
Բ- հակառակ կողմում մակերեսային զգացողության խանգարումը
Գ- վիրավորման կողմում ծայրանդամի թորշոմած, հետագայում սպաստիկ պարալիչը
Դ- վիրավորման կողմում խորանիստ զգացողության խանգարումը

147. Ի՞նչ կարող է զարգանալ ստորին ճակատային գալարի հետին հատվածի ախտահարման ժամանակ
Ա- հեմիանոպսիա
Բ- անօսմիա
Գ- ամնեստիկ աֆազիա
Դ- մոտոր աֆազիա

148. Ո՞ր տեղակայման դեպքում կարող է ցուցված լինել օդի դատարկումը տրեֆինացիոն անցքի միջոցով պնևմոցեֆալիայի ժամանակ՝
Ա- ներուղեղային
Բ- էպիդուրալ
Գ- ներփորոքային
Դ- սուբդուրալ

149. Գլխուղեղի ծանր սալջարդի ո՞ր ձևին է բնորոշ օրալ ավտոմատիզմի ռեֆլեքսների հայտնվելը՝
Ա- դիենցեֆալ
Բ- կեղև-կիսագնդային
Գ- բուլբար
Դ- մեզենցեֆալ

150. Գլխուղեղի ցնցմանը բնորոշ օբյեկտիվ ախտանիշ է՝
Ա- գլխացավը
Բ- սրտխառնոցը
Գ- գլխապտույտը
Դ- հորիզոնական նիստագմը

151. Ո՞ր սեգմենտն է առավել հաճախ մասնակցում միջին ուղեղային զարկերակի անևրիզմայի ձևավորմանը:
Ա- M2 սեգմենտ
Բ- M1–M2 սեգմենտների անցման շրջան
Գ- M2-M3 սեգմենտների անցման շրջան
Դ- M3 սեգմենտ

152. Բրոկայի կենտրոնի ախտահարումն առավել բնորոշ է՝

Ա- Սենսոր աֆազիային
Բ- Մոտոր աֆազիային
Գ- Ալեքսիային առանց ագրաֆիայի
Դ- Տեսողական ագնոզիային

153. Երրորդ գանգուղեղային նյարդի կոմպրեսիայով լայնացած և լույսին չարձագանքող բիբն առավել բնորոշ է՝
Ա- Տոնզիլյար սեպմանը
Բ- Ունկալ սեպմանը
Գ- Սուբֆալցին սեպմանը
Դ- Արտաքին հիդրոցեֆալիային

154. Շարժողական կեղևը հիմնականում տեղակայված է՝
Ա- Հետկենտրոնական գալարում
Բ- Առաջկենտրոնական գալարում
Գ- Վերին քունքային գալարում
Դ- Գոտկային գալարում

155. Ո՞ր կառույցի վնասումն է առավել հավանական հոմոնիմ հեմիանոպսիայի դեպքում:
Ա- Միակողմանի տեսողական նյարդ
Բ- Տեսողական խաչվածքի կենտրոնական հատված
Գ- Հետխիազմալ տեսողական ուղիներ
Դ- Ակնաշարժ նյարդ

156. Կորտիկոսպինալ ուղիների հիմնական խաչումը տեղի է ունենում՝
Ա- Միջին ուղեղում
Բ- Կամրջում
Գ- Երկարավուն ուղեղի բրգերի շրջանում
Դ- Պարանոցային C1 մակարդակում

157. Վիլիզյան օղակի կազմում ո՞ր զարկերակը չի մտնում:
Ա- Առաջային կապակցող զարկերակը
Բ- Հետին կապակցող զարկերակը
Գ- Միջին ուղեղային զարկերակը
Դ- Առաջային ուղեղային զարկերակի A1 հատվածը

158. Ողնուղեղի կոնը մեծահասակների մոտ սովորաբար ավարտվում է՝
Ա- T10–T11 մակարդակում
Բ- T12 մակարդակում
Գ- L1–L2 մակարդակում
Դ- L4–L5 մակարդակում

159. Դոմինանտ կիսագնդի անկյունային գալարի ախտահարումը կարող է առաջացնել՝
Ա- Գերստմանի համախտանիշ

Բ- Վալենբերգի համախտանիշ
Գ- Բրաուն-Սեկարի համախտանիշ
Դ- Կուշինգի տրիադա

160. Հիպոֆիզի անմիջապես վերևում գտնվում է՝
Ա- Տեսողական խաչվածքը
Բ- Դիմային նյարդը
Գ- Քառաբլուրները
Դ- Էպիֆիզը

161. 25 տարեկան հիվանդը ավտովթարից հետո բացում է աչքերը ցավային գրգռից, արտաբերում է անհասկանալի ձայներ և ցավին պատասխանում է ձեռքը հեռացնելով: Որքա՞ն է Գլազգոյի կոմայի սանդղակի միավորը:
Ա- 6
Բ- 7
Գ- 8
Դ- 9

162. Սուր էպիդուրալ հեմատոմայի դասական ՀՏ պատկերը՝
Ա- Կիսալուսնաձև հիպերդենս գոյացություն
Բ- Երկուռուցիկ ոսպնյակաձև հիպերդենս գոյացություն
Գ- Ներփորոքային հիպոդենս գոյացություն
Դ- Դիֆուզ հիպոդենս սպիտակ նյութ

163. Տրավմատիկ էպիդուրալ հեմատոմայի դասական զարկերակային աղբյուրն է՝
Ա- A. cerebri anterior
Բ- A. meningea media
Գ- A. cerebelli posterior inferior
Դ- A. ophthalmica

164. Սուր սուբդուրալ հեմատոման առավել հաճախ պայմանավորված է՝
Ա- Կամրջային երակների պատռումով
Բ- Միջին մենինգեալ զարկերակի պատռումով
Գ- Քնային զարկերակի դիսեկցիայով
Դ- Կավերնոզ սինուսի թրոմբոզով

165. Կուշինգի տրիադան ներառում է՝
Ա- Հիպոտենզիա, տախիկարդիա, տախիպնոէ
Բ- Հիպերտենզիա, բրադիկարդիա և շնչառության խանգարում
Գ- Հիպերտենզիա, տախիկարդիա և հիպերթերմիա
Դ- Հիպոտենզիա, բրադիկարդիա և միոզ

166. Ունկալ սեպման վաղ կարևոր կլինիկական նշանն է՝
Ա- Երկկողմանի միոզ
Բ- Միակողմանի լայնացած, լույսին վատ արձագանքող բիբ
Գ- Երկկողմանի դեմքի պարեզ

Դ- Լսողության կորուստ

167. Ծանր գանգուղեղային վնասվածք ունեցող հիվանդի մոտ կտրուկ վատացում և սեպման կլինիկական նշաններ են զարգանում: Առաջնային անհետաձգելի միջոցառումներից մեկն է՝
Ա- Հիպոօսմոլյար հեղուկի արագ ներարկում
Բ- Օսմոթերապիա և շտապ պատճառային բուժման կազմակերպում
Գ- Լյումբալ պունկցիա
Դ- Հիվանդին Trendelenburg դիրքի բերել

168. Ուղեղային պերֆուզիոն ճնշումը (CPP) որոշվում է՝
Ա- Միջին զարկերակային ճնշում – ներգանգային ճնշում
Բ- Ներգանգային ճնշում – միջին զարկերակային ճնշում
Գ- Սիստոլիկ զարկերակային ճնշում – դիաստոլիկ զարկերակային ճնշում
Դ- Միջին զարկերակային ճնշում + ներգանգային ճնշում

169. Դիֆուզ աքսոնալ վնասման համար առավել զգայուն ռադիոլոգիական մեթոդն է՝
Ա- Գանգի ռենտգեն
Բ- ՄՌՏ
Գ- ՈւՁՀ
Դ- ՊԷՏ՝ որպես առաջին հետազոտություն

170. Բազալ ցիստեռնաների կոմպրեսիան ծանր գանգուղեղային վնասվածքի ժամանակ ՀՏ պատկերում առավելապես վկայում է՝
Ա- Նվազած ներգանգային ճնշման մասին
Բ- Ծավալային էֆեկտի և բարձր ներգանգային ճնշման մասին
Գ- Միջին գանգափոսի կոտրվածքի մասին
Դ- Նորմալ ՀՏ պատկերի մասին

171. Անևրիզմատիկ սուբարախնոիդալ արյունազեղման ամենաբնորոշ կլինիկական դրսևորումն է՝
Ա- Ամիսներով աստիճանաբար ուժեղացող գլխացավ
Բ- Հանկարծակի առաջացած «կյանքի ամենաուժեղ» գլխացավ
Գ- Միայն պարանոցի քրոնիկ ցավ
Դ- Միայն հիշողության աստիճանական վատացում

172. Սուբարախնոիդալ արյունազեղման կասկածով հիվանդի սկզբնական հիմնական ռադիոլոգիական հետազոտությունն է՝
Ա- Առանց կոնտրաստի գլխուղեղի ՀՏ
Բ- Գանգի ռենտգեն
Գ- ՊԷՏ
Դ- ՍՊԷԿՏ

173. Անևրիզմատիկ սուբարախնոիդալ արյունազեղումից հետո ուշացած ուղեղային իշեմիայի ռիսկը նվազեցնելու համար կիրառվում է՝

Ա- Նիմոդիպին
Բ- Դեքսամետազոն
Գ- Վարֆարին
Դ- Մաննիտոլ՝ բոլոր հիվանդներին երկարատև

174. Պատռված անևրիզմայի դեպքում ժամանակակից մոտեցմամբ նպատակահարմար է անևրիզմայի վիրահատական բուժումն իրականացնել՝
Ա- Միայն 3 շաբաթ անց
Բ- Հնարավորինս շուտ, նախընտրելի՝ առաջին 24 ժամում
Գ- Միայն վազոսպազմի ավարտից հետո
Դ- Միայն կրկնակի արյունազեղումից հետո

175. Առաջային կապակցող զարկերակի անևրիզմայի դեպքում հնարավոր նեյրոհոգեբանական/կոգնիտիվ խանգարումներից է՝
Ա- Հիշողության և վարքային խանգարումը
Բ- Միայն լսողության կորուստը
Գ- Միայն դեմքի պարեզը
Դ- Միայն դիսֆագիան

176. 58 տարեկան հիվանդի մոտ հանկարծակի առաջացել է շատ ուժեղ գլխացավ, փսխում և պարանոցի կարկամություն: Առանց կոնտրաստի ՀՏ-ով հայտնաբերվել է սուբարախնոիդալ արյունազեղում: Հաջորդ կարևոր հետազոտությունը անևրիզմայի աղբյուրը հայտնաբերելու նպատակով ո՞րն է:
Ա- Գանգի ռենտգեն
Բ- ՀՏ-անգիոգրաֆիա
Գ- ԷԷԳ
Դ- ՊԷՏ

177. Անևրիզմատիկ սուբարախնոիդալ արյունազեղումից հետո նիմոդիպինի կիրառման հիմնական նպատակը ո՞րն է:
Ա- Անևրիզմայի թրոմբոզ առաջացնելը
Բ- Կանխել հիդրոցեֆալիան
Գ- Նվազեցնել ուշացած ուղեղային իշեմիայի ռիսկը և բարելավել ելքը
Դ- Նվազեցնել ներգանգային ճնշումը օսմոտիկ մեխանիզմով

178. Անևրիզմատիկ սուբարախնոիդալ արյունազեղումից հետո ախտանշանային ուշացած ուղեղային իշեմիայի դեպքում ո՞ր մոտեցումն է ընդունելի:
Ա- Պարտադիր հիպերվոլեմիա բոլոր հիվանդների մոտ
Բ- Զարկերակային ճնշման բարձրացում և էուվոլեմիայի պահպանում ընտրված հիվանդների մոտ
Գ- Զարկերակային ճնշման պարտադիր իջեցում <90 mmHg
Դ- Պրոֆիլակտիկ հիպերվոլեմիա

179. Արտերիովենոզ մալֆորմացիաների Spetzler-Martin դասակարգման մեջ ո՞ր գործոնը չի ընդգրկվում:
Ա- Արտերիովենոզ մալֆորմացիայի չափսը

Բ- Տեղակայումը
Գ- Խորանիստ երակային դրենավորումը
Դ- Հիվանդի տարիքը

180. Ուղեղային արտերիովենոզ մալֆորմացիայի պատռման ամենատարածված կլինիկական դրսևորումներից է՝
Ա- Ներգանգային արյունազեղումը
Բ- Քրոնիկ մենինգիտը
Գ- Հիդրոցեֆալիան՝ որպես պարտադիր դրսևորում
Դ- Միայն դեմենցիան

181. Կավերնոմայի ՄՌՏ պատկերի համար բնորոշ է՝
Ա- «Պոպկորնի/մոշի» տեսքը՝ հեմոսիդերինային եզրով
Բ- Միատարր հեղուկային ազդանշանը բոլոր ռեժիմներում
Գ- Միշտ արտահայտված պերիֆոկալ այտուցը
Դ- Միշտ բարձր հոսքի flow void-ները

182. Երիտասարդ հիվանդի մոտ ոչ տրավմատիկ լոբար ներուղեղային արյունազեղման դեպքում անոթային պատճառի կասկածի ժամանակ նպատակահարմար հետազոտություններից է՝
Ա- ԿՏԱ/ՄՌԱ և ըստ անհրաժեշտության ցերեբրալ անգիոգրաֆիա
Բ- Միայն ԷԷԳ
Գ- Միայն գանգի ռենտգեն
Դ- Միայն լյումբալ պունկցիա

183. ԱՀԿ հյուսվածաբանական դասակարգման համաձայն օլիգոդենդրոգլիոմայի ախտորոշման համար անհրաժեշտ է՝
Ա- Միայն IDH մուտացիա
Բ- IDH մուտացիա և 1p/19q կոդելեցիա
Գ- EGFR ամպլիֆիկացիա
Դ- BRAF V600E մուտացիա

184. ԱՀԿ հյուսվածաբանական դասակարգման մեջ նախկինում կիրառվող «Գլիոբլաստոմա, IDH-մուտանտ» անվանումն այժմ հիմնականում փոխարինվել է՝
Ա- Աստրոցիտոմա, IDH-մուտանտ, ԿՆՀ WHO grade 4
Բ- Օլիգոդենդրոգլիոմա grade 3
Գ- Դիֆուզ միջին գծի գլիոմա
Դ- Գլիոբլաստոմա

185. IDH-մուտանտ աստրոցիտոմայի դեպքում ո՞ր մոլեկուլային փոփոխությունն ինքնուրույն կարող է պայմանավորել ԿՆՀ WHO grade 4՝ նույնիսկ նեկրոզի և միկրովասկուլյար պրոլիֆերացիայի բացակայության դեպքում:
Ա- MGMT մեթիլացիա
Բ- CDKN2A/B հոմոզիգոտ դելեցիա
Գ- 1p դելեցիա միայն
Դ- BRAF ձուլում

186. Glioblastoma, IDH-վայրի տեսակի համար բնորոշ մոլեկուլային փոփոխություններից է՝
Ա- EGFR ամպլիֆիկացիա
Բ- 1p/19q կոդելեցիա՝ որպես պարտադիր չափանիշ
Գ- IDH1 մուտացիա՝ որպես պարտադիր չափանիշ
Դ- NF2 մուտացիա՝ որպես պարտադիր չափանիշ

187. MGMT պրոտոմեր մեթիլացիան գլիոբլաստոմայի դեպքում հիմնականում կապված է՝
Ա- Ալկիլացնող քիմիաթերապիայի նկատմամբ ավելի լավ պատասխանի հետ
Բ- Ռադիոթերապիայի բացարձակ հակացուցման հետ
Գ- 1p/19q կոդելեցիայի պարտադիր առկայության հետ
Դ- Մենինգիոմայի առաջացման հետ

188. Դիֆուզ միջին գծի գլիոմայի (diffuse midline glioma) համար բնորոշ մոլեկուլային փոփոխությունն է՝
Ա- H3 K27 ալտերացիա
Բ- IDH1 R132H՝ պարտադիր
Գ- 1p/19q կոդելեցիա
Դ- NF2 դելեցիա

189. Մեծահասակի մոտ նոր ախտորոշված, ռեզեկցիայի ենթակա գլիոբլաստոմայի դեպքում վիրաբուժական հիմնական սկզբունքն է՝
Ա- Միշտ միայն բիոպսիա
Բ- Առավելագույն անվտանգ ռեզեկցիա
Գ- Ուռուցքը չվիրահատել
Դ- Միայն փորոքային դրենավորում

190. Գլիոմայի վիրահատության ժամանակ ֆունկցիոնալ կեղևի ֆունկցիայի պահպանման համար կարող է կիրառվել՝
Ա- Ներվիրահատական կորտիկալ/սուբկորտիկալ քարտեզագրում
Բ- Միայն ԷԷԳ
Գ- Միայն ցերեբրալ անգիոգրաֆիա
Դ- Միայն ներգանգային ճնշման մոնիտորինգ

191. Արթուն կրանիոտոմիայի կարևոր ցուցումներից է՝
Ա- Խոսքային կենտրոններին մոտ ինֆիլտրատիվ ուռուցքի ռեզեկցիան
Բ- Բոլոր հետին գանգափոսի ուռուցքները
Գ- Բոլոր մանկական հիդրոցեֆալիաները
Դ- Սուր էպիդուրալ հեմատոման կոմատոզ հիվանդի մոտ

192. Կոնվեքսիտալ մենինգիոմայի համար առավել բնորոշ ՄՌՏ նշանն է՝
Ա- Դուրալ պոչի նշան
Բ- Սոխի օղերի նշան
Գ- Դատարկ թրքական թամբ

Դ- Flow void-ի պարտադիր բացակայություն

193. Մենինգիոմայի Սիմպսոնի դասակարգումը գնահատում է՝
Ա- Հիվանդի գիտակցության մակարդակը
Բ- Վիրաբուժական ռեզեկցիայի աստիճանը
Գ- Ուռուցքի մոլեկուլային ենթատիպը
Դ- Հիդրոցեֆալիայի ծանրությունը

194. Վեստիբուլյար շվանոմայի ամենահաճախ սկզբնական ախտանիշներից է՝
Ա- Միակողմանի սենսոր-նևրալ լսողության անկումը
Բ- Հանկարծակի պարապլեգիան
Գ- Անոսմիան
Դ- Մոտոր աֆազիան

195. Վեստիբուլյար շվանոման առավել հաճախ ծագում է՝
Ա- VIII գանգուղեղային նյարդի վեստիբուլյար հատվածից
Բ- III նյարդից
Գ- IX նյարդից
Դ- XII նյարդից

196. Սուր ձիու պոչի համախտանիշի առավել բնորոշ համակցությունն է՝
Ա- Գոտկային ցավ + շեքի անեսթեզիա + միզապարկի դիսֆունկցիա
Բ- Պարանոցային ցավ + հոմոնիմ հեմիանոպսիա
Գ- Գլխացավ + անոսմիա
Դ- Տրիզմ + դիսֆագիա

197. Ձիու պոչի համախտանիշը նշանակալի կոմպրեսիայի դեպքում պահանջում է՝
Ա- Միայն երկարատև ֆիզիոթերապիա
Բ- Շտապ ՄՌՏ և վիրաբուժական դեկոմպրեսիայի գնահատում
Գ- Միայն ցավազրկում
Դ- Սպասողական տակտիկա մի քանի ամիս

198. Brown-Séquard սինդրոմի դեպքում ողնուղեղի ախտահարման ստորին մակարդակներում առավել բնորոշ է՝
Ա- Իպսիլատերալ շարժողական/պրոպրիոցեպտիվ կորուստ և կոնտրալատերալ ցավ-ջերմաստիճանային զգացողության կորուստ
Բ- Միայն երկկողմանի տեսողության կորուստ
Գ- Միայն իպսիլատերալ ցավային զգացողության կորուստ
Դ- Միայն վերին վերջույթների պարեզ

199. Կենտրոնական ողնուղեղային համախտանիշի համար առավել բնորոշ է՝
Ա- Վերին վերջույթների շարժողական դեֆիցիտն ավելի արտահայտված է, քան ստորին վերջույթներինը
Բ- Միայն ստորին վերջույթների պարեզը
Գ- Միայն միակողմանի պարեզը
Դ- Միշտ ամբողջական ողնուղեղային վնասումը

200. Պարանոցային դեգեներատիվ միելոպաթիայի կլինիկական նշաններից է՝
Ա- Ձեռքերի մանր շարժումների վատացում, քայլվածքի խանգարում և վերին մոտոնեյրոնային նշաններ
Բ- Միայն լոկալ պարանոցային ցավ
Գ- Միայն միակողմանի լսողության կորուստ
Դ- Միայն գլխացավ

201. 62 տարեկան հիվանդն ունի ձեռքերի մանր շարժումների վատացում, քայլքի անկայունություն, հիպերռեֆլեքսիա և Հոֆմանի դրական նշան: Ամենահավանական ախտորոշումն է՝
Ա- Գոտկային ստենոզ
Բ- Պարանոցային դեգեներատիվ միելոպաթիա
Գ- Ձիու պոչի համախտանիշ
Դ- Պերիֆերիկ նեյրոպաթիա

202. L4–L5 միջողնային սկավառակի պարամեդիան ճողվածքն առավել հաճախ կոմպրեսիայի է ենթարկում՝
Ա- L3 արմատը
Բ- L4 արմատը
Գ- L5 արմատը
Դ- S1 արմատը

203. L5–S1 պարամեդիան սկավառակի ճողվածքն առավել հաճախ ախտահարում է՝
Ա- L4
Բ- L5
Գ- S1
Դ- S2

204. S1 ռադիկուլոպաթիայի դեպքում առավել հավանական է՝
Ա- Աքիլեսյան ռեֆլեքսի նվազում
Բ- Երկգլխանի մկանի ռեֆլեքսի նվազում
Գ- Հոֆմանի նշան
Դ- Մանդիբուլյար ռեֆլեքսի ուժեղացում

205. L5 ռադիկուլոպաթիայի համար առավել բնորոշ շարժողական դեֆիցիտն է՝
Ա- Ոտնաթաթի թիկնային ծալման թուլացում
Բ- Ոտնաթաթի ներբանային ծալման մեկուսացված թուլացում
Գ- Ծնկի տարածման մեկուսացված թուլացում
Դ- Ազդրի ծալման մեկուսացված թուլացում

206. Ողնաշարային մետաստազով հիվանդի մոտ նոր զարգացած պարապարեզի դեպքում առաջնային ռադիոլոգիական հետազոտությունն է՝
Ա- Ամբողջ ողնաշարի շտապ ՄՌՏ
Բ- Գանգի ՀՏ
Գ- ԷԷԳ

Դ- ԷՆՄԳ՝ որպես առաջին քայլ

207. Ողնուղեղի էպենդիմոման մեծահասակների մոտ առավել հաճախ՝
Ա- Ինտրամեդուլյար է
Բ- Էքստրադուրալ է
Գ- Միշտ ինտրակրանիալ է
Դ- Միշտ ինտրադուրալ-էքստրամեդուլյար է

208. Մեծահասակների ինտրամեդուլյար ողնուղեղային ուռուցքներից ամենահաճախ հանդիպողներից է՝
Ա- Էպենդիմոման
Բ- Մենինգիոման
Գ- Շվանոման
Դ- Խորդոման

209. Ողնաշարային մենինգիոման սովորաբար՝
Ա- Ինտրադուրալ-էքստրամեդուլյար է
Բ- Ինտրամեդուլյար է
Գ- Էքստրադուրալ է պարտադիր
Դ- Ինտրավենտրիկուլյար է

210. Ինտրադուրալ էքստրամեդուլյար գոյացությունների դասական տարբերակիչ ախտորոշումներից են՝
Ա- Մենինգիոմա և շվանոմա
Բ- Գլիոբլաստոմա և օլիգոդենդրոգլիոմա
Գ- Կրանիոֆարինգիոմա և ադենոմա
Դ- Մեդուլոբլաստոմա և էպենդիմոմա

211. Մոնրոյի անցքերի խցանումը կարող է առաջացնել՝
Ա- Կողմնային փորոքների լայնացում
Բ- Միայն IV փորոքի լայնացում
Գ- Միայն սուբարախնոիդալ տարածության լայնացում
Դ- Դատարկ թրքական թամբ

212. Սիլվյան ջրածորանի ստենոզի դեպքում սպասվում է՝
Ա- Կողմնային և III փորոքների լայնացում՝ IV փորոքի համեմատաբար նորմալ չափերով
Բ- Միայն IV փորոքի լայնացում
Գ- Բոլոր փորոքների պարտադիր հավասար լայնացում
Դ- Միայն cisterna magna-ի լայնացում

213. Նորմոտենզիվ հիդրոցեֆալիայի դասական կլինիկական տրիադան է՝
Ա- Քայլքի խանգարում, կոգնիտիվ վատացում, միզարձակման խանգարում
Բ- Գլխացավ, փսխում, պապիլեդեմա
Գ- Աֆազիա, հեմիանոպսիա, հեմիպարեզ
Դ- Տրեմոր, ռիգիդություն, խորեա

214. Օբստրուկտիվ հիդրոցեֆալիայի որոշ դեպքերում վենտրիկուլոպերիտոնեալ շունտի այլընտրանք կարող է լինել՝
Ա- Երրորդ փորոքի էնդոսկոպիկ վենտրիկուլոստոմիա
Բ- Գոտկային պունկցիա ամեն օր
Գ- Կրանիէկտոմիա
Դ- Վագոտոմիա

215. Վենտրիկուլոպերիտոնեալ շունտի մեխանիկական բարդություններից է՝
Ա- Պրոքսիմալ կամ դիստալ խցանումը
Բ- Ինֆեկցիան
Գ- Անևրիզմայի ձևավորումը
Դ- Կավերնոման

216. Շունտի գերդրենավորման հնարավոր հետևանքն է՝
Ա- Սուբդուրալ հիգրոմա/հեմատոմայի առաջացում
Բ- Արտերիովենոզ մալֆորմացիայի առաջացում
Գ- Էպիդուրալ աբսցեսի առաջացում
Դ- Քնային զարկերակի դիսեկցիա

217. Սուր հիդրոցեֆալիայով և գիտակցության վատացմամբ հիվանդի ժամանակավոր ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի դրենավորման մեթոդ է՝
Ա- Արտաքին փորոքային դրենավորում
Բ- Գոտկային դրենավորում
Գ- Քնային զարկերակի ստենտավորում
Դ- Կրանիոպլաստիկա

218. Մանկական հետին գանգափոսի ամենատարածված չարորակ ուռուցքներից է՝
Ա- Մեդուլոբլաստոման
Բ- Մենինգիոման
Գ- Վեստիբուլյար շվանոման
Դ- Հիպոֆիզի մակրոադենոման

219. Մեդուլոբլաստոման ունի արտահայտված հակում՝
Ա- Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկով տարածվելու
Բ- Միայն ոսկրային մետաստազավորման
Գ- Միայն թոքային մետաստազավորման
Դ- Ընդհանրապես չտարածվելու

220. Մեդուլոբլաստոմայի փուլավորման համար կարևոր է՝
Ա- Ուղեղի և ամբողջ ողնաշարի կոնտրաստային ՄՌՏ
Բ- Միայն գանգի ռենտգեն
Գ- Միայն ԷԷԳ
Դ- Միայն քնային զարկերակի դոպլեր

221. Միլոմենինգոցելեն հաճախ ասոցացվում է՝

Ա- Chiari II մալֆորմացիայի հետ
Բ- Chiari I-ի հետ բացառապես
Գ- Dandy-Walker-ի հետ պարտադիր
Դ- Moyamoya-ի հետ

222. Chiari I մալֆորմացիայի հիմնական անատոմիական առանձնահատկությունն է՝
Ա- Ուղեղիկի նշիկների իջեցում դեպի մեծ ծոծրակային անցք
Բ- Ուղեղիկի որդի լրիվ բացակայություն բոլոր դեպքերում
Գ- Բրտամարմնի պարտադիր ագենեզիա
Դ- Ճակատային էնցեֆալոցելե

223. Սիմպտոմատիկ Chiari I-ի հետ հաճախ հանդիպող վիճակ է՝
Ա- Սիրինգոմիելիա
Բ- Էպիդուրալ հեմատոմա
Գ- Հիպոֆիզի ապոպլեքսիա
Դ- Խրոնիկական սուբդուրալ հեմատոմա

224. Կրանիոսինոստոզը նշանակում է՝
Ա- Գանգի մեկ կամ մի քանի կարանների վաղաժամ փակում
Բ- Բոլոր գաղթուննների ուշ փակում
Գ- Ուղեղային փորոքների լայնացում
Դ- Կարծրենու կալցիֆիկացիա

225. Սագիտալ սինոստոզի համար առավել բնորոշ գանգի ձևն է՝
Ա- Սկաֆոցեֆալիա
Բ- Տրիգոնոցեֆալիա
Գ- Բրախիցեֆալիա
Դ- Պլագիոցեֆալիա՝ պարտադիր միակողմանի կորոնալ սինոստոզից անկախ

226. Պարկինսոնի հիվանդության դեպքում գլխուղեղի խորանիստ ստիմուլյացիայի տարածված թիրախներից է՝
Ա- Սուբթալամիկ կորիզ
Բ- Պոչավոր կորիզ I
Գ- Կողմնային ծնկաձև մարմին
Դ- Ստորին քառաբլուրներ

227. Պարկինսոնի հիվանդության դեպքում գլխուղեղի խորանիստ ստիմուլյացիայի մեկ այլ ընդունված թիրախ է՝
Ա- Ներքին դժգույն գունդ
Բ- Ծովաձիու գալար
Գ- Նշաձև կորիզ
Դ- Պտկաձև մարմին

228. Էսենցիալ դողի դեպքում գլխուղեղի խորանիստ ստիմուլյացիայի դասական թիրախն է՝
Ա- VIM thalamus

Բ- Սուբթալամիկ կորիզ բացառապես
Գ- Nucleus accumbens
Դ- Substantia nigra pars compacta

229. Դեղորայքակայուն տրիգեմինալ նևրալգիայի դեպքում անոթային կոմպրեսիայի առկայությամբ արդյունավետ վիրաբուժական տարբերակ է՝
Ա- Միկրովասկուլյար դեկոմպրեսիա
Բ- Վենտրիկուլոպերիտոնեալ շունտավորում
Գ- Կալոզոտոմիա
Դ- Քունքային լոբէկտոմիա

230. Միկրովասկուլյար դեկոմպրեսիայի ժամանակ տրիգեմինալ նևրալգիայի դասական պատճառային անոթն է՝
Ա- Վերին ուղեղիկային զարկերակ
Բ- Առաջային ուղեղային զարկերակ
Գ- Ակնային զարկերակ
Դ- Միջին մենինգեալ զարկերակ

231. Հիպոֆիզի մակրոադենոմայի հետևանքով առաջացած տեսադաշտի դասական խանգարումն է՝
Ա- Բիտեմպորալ հեմիանոպսիա
Բ- Ձախ հոմոնիմ հեմիանոպսիա
Գ- Մոնոկուլյար կուրություն պարտադիր
Դ- Կենտրոնական սկոտոմա միայն

232. Հիպոֆիզի ապոպլեքսիայի համար բնորոշ է՝
Ա- Հանկարծակի գլխացավ, տեսողական խանգարում և հնարավոր օֆթալմոպլեգիա
Բ- Միայն տարիներով զարգացող մեջքի ցավ
Գ- Միայն տրեմոր
Դ- Միայն լսողության անկում

233. Հիպոֆիզի ապոպլեքսիայի դեպքում կյանքին վտանգավոր էնդոկրին խանգարումներից է՝
Ա- Սուր ԱԿՏՀ/կորտիզոլային անբավարարությունը
Բ- Միայն աճի հորմոնի բարձրացումը
Գ- Միայն հիպերպրոլակտինեմիան
Դ- Միայն մելատոնինի պակասը

234. Հիպոֆիզի ադենոմաների մեծ մասի վիրաբուժական հիմնական մուտքն է՝
Ա- Տրանսսֆենոիդալ
Բ- Սուբօկցիպիտալ
Գ- Ռետրոմաստոիդ
Դ- Ֆար-լատերալ

235. Պրոլակտինոմայի առաջնային բուժումը սովորաբար՝

Ա- Դոպամինային ագոնիստ է
Բ- Անհապաղ կրանիոտոմիա բոլոր դեպքերում
Գ- Ճառագայթային բուժում բոլոր դեպքերում
Դ- Քիմիաթերապիա

236. Ակրոմեգալիայի ամենատարածված հիպոֆիզային պատճառը՝
Ա- Աճի հորմոն արտադրող ադենոմա
Բ- ԱԿՏՀ արտադրող ադենոմա
Գ- Պրոլակտինոմա
Դ- Կրանիոֆարինգիոմա

237. Կրանիոֆարինգիոման առավել հաճախ կապված է՝
Ա- Սուպրասելյար շրջանի հետ
Բ- Ուղեղիկ-կամրջային անկյան հետ
Գ- Մեծ ծոծրակային անցքի հետ
Դ- Լծային անցքի հետ

238. Նեյրովիրաբուժական միջամտությունից հետո հիվանդի մոտ զարգացել են ջերմություն, գլխացավ, պարանոցի կարկամություն և գիտակցության վատացում: Առաջին հերթին պետք է մտածել՝
Ա- Հետվիրահատական ԿՆՀ վարակի մասին
Բ- Միայն միգրենի մասին
Գ- Էսենցիալ դողի մասին
Դ- Տրիգեմինալ նևրալգիայի մասին

239. Գլխուղեղի աբսցեսի ՄՌՏ-ում դիֆուզիայի սահմանափակումը հիմնականում դիտվում է՝
Ա- Աբսցեսի խոռոչում
Բ- Միայն գանգի ոսկրում
Գ- Միայն կարծրենում
Դ- Միայն փորոքներում

240. Ուղեղային աբսցեսի բուժումը մեծ, զանգվածային էֆեկտ առաջացնող օջախի դեպքում հաճախ ներառում է՝
Ա- Վիրաբուժական դրենավորում/ասպիրացիա և հակաբիոտիկներ
Բ- Միայն ստերոիդներ
Գ- Միայն հակակոագուլյանտ
Դ- Միայն հակաէպիլեպտիկ բուժում

241. 72 տարեկան հակակոագուլյանտ ընդունող հիվանդը թեթև գլխի վնասվածքից 3 շաբաթ անց ունի աստիճանաբար զարգացող հեմիպարեզ և շփոթվածություն: ՀՏ-ում՝ կիսալուսնաձև հիպոդենս կուտակում: Ամենահավանական ախտորոշումն է՝
Ա- Քրոնիկ սուբդուրալ հեմատոմա
Բ- Սուր էպիդուրալ հեմատոմա
Գ- Սուբարախնոիդալ արյունազեղում
Դ- Սուր սուբդուրալ հեմատոմա

242. Սիմպտոմատիկ քրոնիկ սուբդուրալ հեմատոմայի տարածված վիրաբուժական բուժումն է՝
Ա- Ֆրեզային անցքով դատարկում
Բ- Տրանսսֆենոիդալ վիրահատություն
Գ- Վենտրիկուլոստոմիա
Դ- Լամինոպլաստիկա

243. Գլխի վնասվածքից հետո հիվանդի մոտ եղել է գիտակցության կարճատև կորուստ, այնուհետև «լուսավոր շրջան», ապա արագ վատացում: Առավել հավանական է՝
Ա- Էպիդուրալ հեմատոմա
Բ- Նորմոտենզիվ հիդրոցեֆալիա
Գ- Դիֆուզ աքսոնալ վնասում
Դ- Պարկինսոնի հիվանդություն

244. Ծանր ԳՈՒՎ ունեցող հիվանդի ՆԳՃ-ը կայուն 25 mmHg է: Համաձայն գանգուղեղային վնասվածքի հիմնադրամի ուղեցույցի՝ սա՝
Ա- Գերազանցում է բուժման առաջարկվող 22 mmHg շեմը
Բ- Միշտ նորմալ է
Գ- Բուժվում է միայն հակաբիոտիկով
Դ- Չունի կլինիկական նշանակություն

245. Ծանր ԳՈՒՎ-ի դեպքում առաջարկվող գլխուղեղի պերֆուզիոն ճնշման (CPP) թիրախային միջակայքը սովորաբար՝
Ա- 20–30 mmHg
Բ- 40–50 mmHg
Գ- 60–70 mmHg
Դ- 100–120 mmHg

246. 45 տարեկան հիվանդն ունի հանկարծակի գլխացավ և III նյարդի պարեզ՝ բբի լայնացմամբ: Ո՞ր անևրիզման պետք է հատկապես կասկածել:
Ա- Հետին կապակցող զարկերակի անևրիզմա
Բ- Դիստալ առաջային ուղեղային զարկերակի անևրիզմա
Գ- Հետին ստորին ուղեղիկային զարկերակի անևրիզմա
Դ- Պերիկալլոզալ արտերիովենոզ մալֆորմացիա

247. Արթուն հիվանդի մոտ դոմինանտ կիսագնդի խոսքի կենտրոնի մոտ գլիոմայի ռեզեկցիայի ընթացքում ուղեղի կեղևային խթանումից առաջանում է խոսքի կանգ: Ամենաճիշտ քայլն է՝
Ա- Այդ հատվածը համարել ֆունկցիոնալ կարևոր և փոփոխել ռեզեկցիայի սահմանները
Բ- Բարձրացնել խթանումը մինչև մշտական դեֆիցիտ
Գ- Անտեսել արդյունքը
Դ- Անմիջապես ավարտել անզգայացումը

248. Հետին գանգափոսի ուռուցքով հիվանդը հանկարծակի վատանում է սուր օբստրուկտիվ հիդրոցեֆալիայի պատճառով: Առաջնային նպատակն է՝
Ա- Վերահսկել ՆԳՃ/ՈՒՈՀ օբստրուկցիան
Բ- Մի քանի շաբաթ սպասել
Գ- Կատարել լյումբալ պունկցիա՝ անկախ սեպման ռիսկից
Դ- Տալ միայն անալգետիկ

249. 35 տարեկան հիվանդն ունի նոպաներ: ՄՌՏ-ում՝ փոքր կեղևային «popcorn» տիպի գոյացություն՝ հեմոսիդերինային եզրով: Ամենահավանական ախտորոշումն է՝
Ա- Կավերնոզ մալֆորմացիա
Բ- Մենինգիոմա
Գ- Էպիդուրալ հեմատոմա
Դ- Հիպոֆիզի ադենոմա

250. Նեյրովիրաբուժական վիրահատության հիմնական սկզբունքը ֆունկցիոնալ գոտում տեղակայված ինֆիլտրատիվ ուռուցքի դեպքում ո՞րն է:
Ա- Առավելագույն անվտանգ ռեզեկցիա՝ ֆունկցիոնալ ուղիների պահպանմամբ
Բ- Ռադիկալ ռեզեկցիա ցանկացած նյարդաբանական դեֆիցիտի գնով
Գ- Միշտ միայն բիոպսիա
Դ- Երբեք չվիրահատել

251. 54 տարեկան հիվանդը ընդունվել է հանկարծակի ուժեղ գլխացավով: ՀՏ-ով՝ բազալ ցիստերնաներում սուբարախնոիդալ արյունազեղում, ՀՏ-անգիոգրաֆիայով՝ 7 մմ առաջնային կապակցող զարկերակի անևրիզմա: Հիվանդի վիճակը կայուն է: Ամենաճիշտ մարտավարությունն է՝
Ա- Սպասել վազոսպազմի շրջանի ավարտին
Բ- Անևրիզմայի հնարավորինս վաղ էնդովասկուլյար կամ միկրովիրաբուժական միջամտություն
Գ- Միայն նիմոդիպին և հսկողություն
Դ- Վիրահատել միայն կրկնակի արյունազեղման դեպքում

252. Պատռված անևրիզմայի բուժման հիմնական անմիջական նպատակը ո՞րն է:
Ա- Վազոսպազմի վերացումը
Բ- Կրկնակի արյունազեղման կանխումը՝ անևրիզմայի օբլիտերացիայով
Գ- Հիդրոցեֆալիայի կանխարգելումը
Դ- Ներգանգային ճնշման կարգավորումը

253. Լայն վզիկով անևրիզմայի դեպքում սուր սուբարախնոիդալ արյունազեղման պայմաններում ստենտ-ասիստենցիայով օբլիտերացիայի հիմնական խնդիրներից է՝
Ա- Կրկնակի հակաագրեգանտային բուժման անհրաժեշտությունը
Բ- Նիմոդիպինի հակացուցված լինելը
Գ- ՆԳՃ-ի պարտադիր բարձրացումը
Դ- Փորոքային դրենավորման անհնարինությունը

254. Միջին ուղեղային զարկերակի բիֆուրկացիայի լայն վզիկով անևրիզմայի դեպքում, երբ M2 ճյուղերը դուրս են գալիս անևրիզմայի վզիկից, կլիպավորման կարևոր առավելությունն է՝
Ա- Ուղիղ տեսողական վերահսկողությամբ ճյուղերի պահպանման հնարավորությունը
Բ- Անզգայացման բացակայությունը
Գ- Վազոսպազմի լիակատար կանխումը
Դ- Հետվիրահատական պատկերման անհարկի լինելը

255. Անևրիզմայի կլիպավորումից հետո ինդոցիանին կանաչով վիդեոանգիոգրաֆիայի հիմնական նպատակն է՝
Ա- Ուղեղային այտուցի գնահատումը
Բ- Անևրիզմայի փակման և հարակից անոթների անցանելիության գնահատումը
Գ- ՆԳՃ-ի չափումը
Դ- Ուռուցքային սահմանների որոշումը

256. Ժամանակավոր կլիպավորման երկարատև կիրառման հիմնական վտանգը՝
Ա- Ցերեբրալ իշեմիան է
Բ- Հիդրոցեֆալիան է
Գ- Մենինգիտն է
Դ- Լիկվոռեան է

257. Հետին կապակցող զարկերակի անևրիզմայի դեպքում III գանգուղեղային նյարդի պարեզը հիմնականում պայմանավորված է՝
Ա- Նյարդի կոմպրեսիայով
Բ- Տեսողական ուղու կոմպրեսիայով
Գ- Դիմային նյարդի ախտահարմամբ
Դ- Գլխուղեղի իշեմիայով

258. Սուբարախնոիդալ արյունազեղումից հետո օրեր անց առաջացած նոր ֆոկալ դեֆիցիտի ամենակարևոր պատճառներից մեկը՝
Ա- Ուշացած ցերեբրալ իշեմիան է
Բ- Խրոնիկական սուբդուրալ հեմատոման
Գ- Հիպոֆիզի ադենոման է
Դ- Հիդրոցեֆալիան է

259. Նիմոդիպինը անևրիզմատիկ սուբարախնոիդալ արյունազեղման դեպքում հիմնականում կիրառվում է՝
Ա- Կլինիկական ելքը բարելավելու և ուշացած ցերեբրալ իշեմիայի ռիսկը նվազեցնելու համար
Բ- Անևրիզմայի մեխանիկական փակման համար
Գ- Հիդրոցեֆալիան բուժելու համար
Դ- Ներգանգային ճնշման ուղղակի մոնիտորինգի համար

260. Սուբարախնոիդալ արյունազեղումից հետո սուր հիդրոցեֆալիայով և գիտակցության ընկճումով հիվանդի մոտ առավել նպատակահարմար է՝

Ա- Արտաքին փորոքային դրենաժի տեղադրում
Բ- Լյումբալ պունկցիա բոլոր դեպքերում
Գ- Միայն դեքսամետազոն
Դ- Սպասել 72 ժամ

261. Spetzler–Martin սանդղակը հաշվի է առնում՝
Ա- ԱՎՄ-ի չափը, ֆունկցիոնալ կենտրոնների մոտ տեղակայումը և խորանիստ երակային դրենաժը
Բ- Միայն հիվանդի տարիքը
Գ- Միայն կերակրող զարկերակների թիվը
Դ- Միայն նախորդ արյունազեղումը

262. ԱՎՄ-ի վերջնական միկրովիրաբուժական ռեզեկցիայի ավարտը հաստատելու ամենահուսալի մեթոդներից է՝
Ա- Անգիոգրաֆիկ գնահատումը
Բ- ԷԷԳ
Գ- Գանգի ռենտգենը
Դ- ԷՆՄԳ

263. ԱՎՄ-ի ռեզեկցիայից հետո հետվիրահատական արյունազեղման հնարավոր մեխանիզմներից է՝
Ա- Մնացորդային կծիկը
Բ- Ներգանգային հիպոտենզիան
Գ- Կարծրենու ոչ հերմետիկ կարումը
Դ- Քնային զարկերակի նեղացումը

264. Գլխուղեղի կավերնոզ մալֆորմացիան դասականորեն՝
Ա- Անգիոգրաֆիկորեն կարող է լինել «թաքնված»
Բ- Միշտ բարձր հոսքի ախտահարում է
Գ- Միշտ ունի մեծ սնուցող զարկերակ
Դ- Միշտ ունի վաղ դրենավորող երակ

265. Զարգացման երակային անոմալիայի պատահական հայտնաբերման դեպքում այն սովորաբար՝
Ա- Պետք է պահպանել, քանի որ կարող է ապահովել նորմալ ուղեղի երակային դրենաժը
Բ- Պարտադիր պետք է ռեզեկցել
Գ- Պարտադիր պետք է էմբոլիզացնել
Դ- Պետք է կլիպավորել

266. 42 տարեկան հիվանդի մոտ ՀՏ-ով՝ 35 մլ հիմային հանգույցներում հիպերտենզիոն արյունազեղում է, գիտակցությունը կայուն է և չկա նշանակալի ծավալային ազդեցություն: Բաց կրանիոտոմիայի օգտակարությունը՝
Ա- Բոլոր նման հիվանդների համար հաստատված է
Բ- Ընդհանուր առմամբ հստակ հաստատված չէ և ընտրությունը կախված է կլինիկական իրավիճակից

Գ- Միշտ պարտադիր է առաջին ժամում
Դ- Հակացուցված է բոլոր դեպքերում

267. Ուղեղիկի պարենխիմատոզ արյունազեղումով հիվանդն ունի գիտակցության վատացում, ուղեղաբնի կոմպրեսիա և օկլյուզիոն հիդրոցեֆալիա: Առավել ճիշտ մոտեցումը՝
Ա- Շտապ վիրաբուժական գնահատում/հեմատոմայի էվակուացիա
Բ- Միայն ասպիրին
Գ- Սպասողական մարտավարություն
Դ- Գոտկային պունկցիա

268. Moyamoya հիվանդության վիրաբուժական բուժման սկզբունքը՝
Ա- Ցերեբրալ ռեվասկուլյարիզացիա
Բ- Անևրիզմայի կլիպավորում բոլոր հիվանդներին
Գ- Վենտրիկուլոպերիտոնեալ շունտավորում
Դ- Տեմպորալ լոբէկտոմիա

269. STA–MCA bypass-ը օրինակ է՝
Ա- Ուղիղ ցերեբրալ ռեվասկուլյարիզացիայի
Բ- Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի դրենավորման
Գ- Գլխուղեղի խորանիստ խթանման
Դ- Անուղղակի ցերեբրալ ռեվասկուլյարիզացիայի

270. Քնային էնդարտերէկտոմիայի ժամանակ հնարավոր նյարդաբանական բարդություններից մեկը՝
Ա- Իշեմիկ կաթված
Բ- Սիրինգոմիելիա
Գ- Հիդրոցեֆալիա
Դ- Կիարիի մալֆորմացիա

271. Մեծահասակի դիֆուզ գլիոման IDH-մուտանտ է և ունի ամբողջական 1p/19q կոդելեցիա: Ախտորոշումն առավել համապատասխանում է՝
Ա- Օլիգոդենդրոգլիոմա, IDH-մուտանտ և 1p/19q-կոդելեցված
Բ- Գլիոբլաստոմա, IDH-վայրի տեսակ
Գ- Էպենդիմոմա
Դ- Մենինգիոմա

272. IDH-մուտանտ դիֆուզ աստրոցիտային ուռուցքում 1p/19q կոդելեցիայի բացակայությունը առավել համապատասխանում է՝
Ա- Աստրոցիտոմա, IDH-մուտանտ
Բ- Օլիգոդենդրոգլիոմա
Գ- Մեդուլոբլաստոմա
Դ- Շվանոմա

273. Գլիոբլաստոմա, IDH-վայրի տեսակի հիվանդի վիրահատության նպատակն է՝
Ա- Առավելագույն, անվտանգ ռեզեկցիա

Բ- Առավելագույն ռեզեկցիա, անկախ ֆունկցիոնալ հետևանքից
Գ- Միշտ միայն ստերեոտակտիկ բիոպսիա
Դ- Միայն ողնուղեղային հեղուկի դրենավորում

274. Դոմինանտ կիսագնդի ցածր աստիճանի դիֆուզ գլիոման գտնվում է խոսքային ուղիների հարևանությամբ: Առավել օգտակար ներվիրահատական ռազմավարությունն է՝
Ա- Արթուն կրանիոտոմիա՝ կեղևի քարտեզագրումով
Բ- Միայն ՆԳՃ մոնիտորինգ
Գ- Միայն սպինալ սոմատոսենսոր հարուցված պոտենցիալներ
Դ- Ցերեբրալ անգիոգրաֆիա՝ առանց քարտեզագրման

275. Սուբկորտիկալ խթանման ժամանակ խոսքային խանգարման առաջացումը ցույց է տալիս՝
Ա- Ֆունկցիոնալ կարևոր ուղու մոտ լինելը
Բ- Ուռուցքի պարտադիր բարորակ լինելը
Գ- Անզգայացման անբավարարությունը
Դ- ՆԳՃ-ի նվազումը

276. ԿՆՀ-ի առաջնային լիմֆոմայի կասկածի դեպքում, եթե հիվանդի վիճակը թույլ է տալիս, մինչև ախտորոշիչ բիոպսիան կորտիկոստերոիդից խուսափելու պատճառը՝
Ա- Այն կարող է նվազեցնել/անհետացնել ախտորոշիչ ուռուցքային հյուսվածքը
Բ- Այն առաջացնում է ԱՎՄ
Գ- Այն բարձրացնում է IDH մուտացիան
Դ- Այն առաջացնում է հիդրոցեֆալիա բոլոր հիվանդների մոտ

277. Գլիոբլաստոմայի ռեզեկցիայի ժամանակ 5-ALA-ն կիրառվում է՝
Ա- Ֆլյուորեսցենտ ուղղորդված ռեզեկցիայի համար
Բ- Ցերեբրալ անգիոգրաֆիայի փոխարեն
Գ- Նեյրոֆիզիոլոգիական մոնիտորինգի փոխարեն
Դ- ՆԳՃ-ն չափելու համար

278. Գլիոբլաստոմայի ՄՌՏ-ի առավել բնորոշ պատկերն է՝
Ա- Անկանոն օղակաձև կոնտրաստի կուտակում, կենտրոնական նեկրոզ և շրջակա ինֆիլտրատիվ այտուց
Բ- Միատարր լիկվորի ինտենսիվություն առանց կոնտրաստի կուտակման
Գ- Միայն դուրալ պոչ
Դ- Միայն կրակալված էքստրաաքսիալ գոյացություն

279. Հիվանդի մոտ բազմաթիվ ուղեղի մետաստազներ կան, որոնցից մեկը մեծ է, սիմպտոմատիկ և առաջացնում է արտահայտված ծավալային ազդեցություն: Այդ օջախի համար վիրահատության կարևոր ցուցում կարող է լինել՝
Ա- Ծավալային ազդեցության արագ նվազեցումը և հյուսվածաբանական ախտորոշումը
Բ- Բոլոր մետաստազների միաժամանակյա պարտադիր ռեզեկցիան
Գ- Միայն ՈւՈՀ-ի դրենավորում

Դ- Վիրահատության բացարձակ հակացուցումը

280. Եզակի ուղեղային մետաստազի ախտորոշման դեպքում անհրաժեշտ է նաև՝
Ա- Համակարգային առաջնային ուռուցքի/մետաստատիկ հիվանդության գնահատում
Բ- Միայն ԷԷԳ
Գ- Միայն գոտկային պունկցիա
Դ- Միայն քնային զարկերակի դոպլերոգրաֆիա

281. Մենինգիոմայի ռեզեկցիայի ժամանակ Սիմփսոնի դասակարգումը պատմականորեն գնահատում է՝
Ա- Ռեզեկցիայի ամբողջականությունը՝ ներառյալ կարծրենու կպումը
Բ- Միայն Ki-67-ը
Գ- Միայն ուռուցքի չափը
Դ- Միայն հիվանդի տարիքը

282. Պարասագիտալ մենինգիոմայի վիրահատության ժամանակ կարևոր նախավիրահատական գնահատում է՝
Ա- Վերին սագիտալ երակածոցի ներգրավվածությունը
Բ- Միայն հիպոֆիզի ֆունկցիան
Գ- Միայն գոտկային լորդոզը
Դ- Միայն քնային բիֆուրկացիան

283. Վեստիբուլյար շվանոմայի վիրահատության ժամանակ կարևոր նյարդաֆիզիոլոգիական մոնիտորինգ է՝
Ա- Դիմային նյարդի մոնիտորինգը
Բ- Տիբիալ նյարդի մոնիտորինգը
Գ- Անալ սֆինկտերի մոնիտորինգը
Դ- Շարժողական կեղևի մոնիտորինգը

284. Երկկողմանի վեստիբուլյար շվանոմաները դասականորեն կապված են՝
Ա- NF2-կապված շվանոմատոզի հետ
Բ- NF1-ի հետ
Գ- Տուբերոզ սկլերոզի հետ
Դ- Von Hippel–Lindau-ի համախտանիշի հետ

285. Հեմանգիոբլաստոմայի դեպքում պետք է մտածել նաև՝
Ա- Von Hippel–Lindau համախտանիշի մասին
Բ- Neurofibromatosis type 1-ի մասին միայն
Գ- Down syndrome-ի մասին
Դ- Marfan syndrome-ի մասին

286. Միջին գծի դիֆուզ գլիոմայի բնորոշ մոլեկուլային առանձնահատկությունն է՝
Ա- H3 K27 ալտերացիան
Բ- 1p/19q կոդելեցիան պարտադիր
Գ- NF2 մուտացիան պարտադիր

Դ- BCR-ABL ֆյուզիա

287. Պիլոցիտիկ աստրոցիտոման դասականորեն՝
Ա- Սահմանազատված աստրոցիտային գլիոմա է
Բ- Մեծահասակի տիպի դիֆուզ գլիոմա է
Գ- Մենինգոթելիալ ուռուցք է
Դ- Շվանյան բջիջների ուռուցք է

288. Գլիոմայի ռեզեկցիայի ժամանակ շարժողական ուղիներին մոտեցումը առավել անվտանգ գնահատելու գործիքներից է՝
Ա- Ենթակեղևային շարժողական քարտեզագրումը
Բ- Գոտկային դրենավորումը
Գ- Ցերեբրալ անգիոգրաֆիան միայն
Դ- Ներգանգային ճնշման տվիչի տեղադրումը

289. Հավելյալ շարժողական շրջանի վիրահատությունից հետո հնարավոր է՝
Ա- Ժամանակավոր արտահայտված հակակողմային պարեզ
Բ- Բիտեմպորալ հեմիանոպսիա
Գ- Միակողմանի խլություն
Դ- Դիմային սպազմ

290. Գլխուղեղի ուռուցքի վիրահատության ժամանակ նեյրոնավիգացիայի կարևոր սահմանափակումն է՝
Ա- Գլխուղեղի տեղաշարժը վիրահատության ընթացքում
Բ- Այն չի կարող օգտագործել նախավիրահատական ՄՌՏ
Գ- Այն միշտ առաջացնում է ցնցումներ
Դ- Այն չի կարող կիրառվել սուպրատենտորիալ տեղակայման դեպքում

291. Հիպոֆիզի մակրոադենոման առաջացնում է բիտեմպորալ հեմիանոպսիա հիմնականում՝
Ա- Տեսողական խաչվածքի կոմպրեսիայի պատճառով
Բ- Տեսողական նյարդի ինտրաօրբիտալ հատվածի վնասմամբ
Գ- Տեսողական կեղևի երկկողմանի վնասմամբ
Դ- III նյարդի կոմպրեսիայով

292. Հիպոֆիզի ապոպլեքսիայով հիվանդն ունի հիպոտենզիա և հիպոնատրեմիա: Անհապաղ պետք է մտածել՝
Ա- Սուր մակերիկամային անբավարարության մասին
Բ- Հիպերթիրեոիդիզմի մասին միայն
Գ- Դոպամինի գերարտադրության մասին
Դ- Հիպերպարաթիրեոիդիզմի մասին

293. Հիպոֆիզի ապոպլեքսիայի ժամանակ սուր մակերիկամային անբավարարության կասկածի դեպքում կարևոր բուժում է՝
Ա- Կորտիկոստերոիդային բուժումը
Բ- Ասպիրինի կիրառումը

Գ- Նիմոդիպինի կիրառումը
Դ- Մաննիտոլ բոլոր հիվանդներին

294. Տրանսսֆենոիդալ վիրահատությունից հետո առատ թափանցիկ ռինոռեան առավել հավանական է՝
Ա- ՈւՈՀ արտահոսք
Բ- Էպիստաքսիս
Գ- Ալերգիկ ռինիտ
Դ- Թարախային ռինիտ

295. Տրանսսֆենոիդալ վիրահատությունից հետո պոլիուրիա, հիպերնատրեմիա և նոսրացած մեզը առավել համապատասխան են՝
Ա- Ոչ շաքարային դիաբետին
Բ- SIADH-ին
Գ- Ադիսոնյան հիվանդությանը
Դ- Կուշինգի հիվանդությանը

296. Տրանսսֆենոիդալ վիրահատությունից մի քանի օր անց հիպոնատրեմիայի հնարավոր պատճառ է՝
Ա- SIADH
Բ- Ոչ շաքարային դիաբետ
Գ- Հիպերալդոստերոնիզմ
Դ- Հիպերպարաթիրեոիդիզմ

297. Թրքական թամբի թմբիկի մենինգիոմայի վիրահատության ժամանակ հատուկ ուշադրություն է պահանջում՝
Ա- Տեսողական նյարդերի պահպանումը
Բ- Ձիու պոչը
Գ- Դիմային նյարդը
Դ- Բազկային հյուսակը

298. Ռետրոսիգմոիդ մուտքը հաճախ կիրառվում է՝
Ա- Ուղեղիկ-կամրջային անկյան գոյացությունների համար
Բ- Էպիֆիզի գոյացությունների համար
Գ- Հիպոֆիզի գոյացությունների համար
Դ- Ճակատաբազալ գոյացությունների համար

299. Ֆար-լատերալ մուտքը առավել հաճախ կիրառվում է՝
Ա- Մեծ ծոծրակային անցքի/վենտրոլատերալ կրանիոցերվիկալ անցման գոյացությունների ժամանակ
Բ- Սելլար շրջանի գոյացությունների ժամանակ
Գ- Էպիֆիզի գոյացությունների ժամանակ
Դ- Ուղեղիկի որդի գոյացությունների ժամանակ

300. Ուղեղիկ-կամրջային անկյան վիրահատությունների ժամանակ դիմային նյարդի անատոմիական և ֆունկցիոնալ պահպանումը կարելի է աջակցել՝

Ա- Ներվիրահատական նեյրոմոնիտորինգով
Բ- ՆԳՃ մոնիտորինգով միայն
Գ- Գոտկային պունկցիայով
Դ- ԷԷԳ-ով միայն

301. C5–C6 պոստերոլատերալ ճողվածքն առավել հաճախ կոմպրեսիայի է ենթարկում՝
Ա- C6 արմատը
Բ- C5 արմատը
Գ- C7 արմատը
Դ- C8 արմատը

302. C6 ռադիկուլոպաթիայի համար առավել բնորոշ է՝
Ա- Ցավ/պարեսթեզիա դեպի բութ և երկգլխանի ռեֆլեքսի նվազում
Բ- Փոքր մատի թմրություն և եռագլուխ մկանի թուլություն
Գ- Թամբաձև անեսթեզիա շեքի շրջանում
Դ- Բաբինսկու մեկուսացված նշան

303. C7 ռադիկուլոպաթիայի դեպքում առավել բնորոշ շարժողական դեֆիցիտներից է՝
Ա- Եռագլուխ մկանի թուլություն
Բ- Դելտայաձև մկանի մեկուսացված թուլություն
Գ- Արմունկի թիկնային ծալման թուլություն
Դ- Ներբանային ծալման թուլություն

304. Պարանոցային միելոպաթիայի դեպքում Բաբինսկու և Հոֆմանի նշանները վկայում են՝
Ա- Վերին մոտոնեյրոնի վնասման մասին
Բ- Միայն ծայրամասային նեյրոպաթիայի մասին
Գ- Ուղեղիկի վնասման մասին
Դ- Նյարդամկանային միացման դիսֆունկցիայի մասին

305. Գոտկային սպինալ ստենոզի դասական նեյրոգեն ընդմիջվող կաղությունը՝
Ա- Ուժեղանում է կանգնելիս/քայլելիս և թեթևանում առաջ խոնարհվելիս/նստելիս
Բ- Միշտ ուժեղանում է նստելիս
Գ- Չի փոխվում դիրքից
Դ- Առաջանում է միայն գիշերը

306. Ձիու պոչի համախտանիշի կասկածով հիվանդի մոտ ճիշտ գործողությունն է՝
Ա- Շտապ ՄՌՏ և կոմպրեսիայի դեպքում շտապ դեկոմպրեսիայի գնահատում
Բ- 6 շաբաթ պահպանողական բուժում
Գ- Միայն ֆիզիոթերապիա
Դ- Միայն ԷՆՄԳ և մեկ ամիս սպասել

307. Ողնուղեղի կոնի համախտանիշի դեպքում ձիու պոչի համախտանիշի համեմատ հաճախ հանդիպում է՝

Ա- Ավելի սիմետրիկ դեֆիցիտ և վաղ սֆինկտերի դիսֆունկցիա
Բ- Միայն միակողմանի ռադիկուլյար ցավ
Գ- Միայն ձեռքի պարեզ
Դ- Աֆազիա

308. Ողնուղեղի ինտրամեդուլյար ուռուցքի ՄՌՏ-ին բնորոշ առանձնահատկություններից է՝
Ա- Ողնուղեղի լայնացումը
Բ- Կարծրենու միայն արտաքին տեղաշարժը
Գ- Ողնաշարային զարկերարակի անևրիզման
Դ- Միջողնային տարածության իջեցումը պարտադիր

309. Սպինալ էպենդիմոմայի վիրաբուժական կարևոր առանձնահատկությունն այն է, որ այն հաճախ՝
Ա- Ունի հարաբերականորեն հստակ սահման և կարող է ենթարկվել ամբողջական հեռացման
Բ- Միշտ դիֆուզ ինֆիլտրատիվ է առանց սահմանների
Գ- Միշտ էքստրադուրալ է
Դ- Չի վիրահատվում

310. Ողնուղեղի աստրոցիտոման էպենդիմոմայի համեմատ հաճախ՝
Ա- Ավելի ինֆիլտրատիվ է
Բ- Միշտ էքստրադուրալ է
Գ- Միշտ կապսուլավորված է
Դ- Միշտ մետաստատիկ է

311. Ինտրադուրալ էքստրամեդուլյար շվանոման սովորաբար ծագում է՝
Ա- Նյարդային արմատից
Բ- Ողնուղեղի առաջային եղջյուրից
Գ- Ողի մարմնից
Դ- Միջողնային աճառից

312. Կրծքային ինտրադուրալ էքստրամեդուլյար մենինգիոմայով հիվանդի մոտ պրոգրեսիվող միելոպաթիան հանդիսանում է՝
Ա- Վիրաբուժական դեկոմպրեսիայի կարևոր ցուցում
Բ- Միայն ռադիոթերապիայի պարտադիր ցուցում
Գ- Միայն անկողնային ռեժիմի ցուցում
Դ- Գոտկային պունկցիայի ցուցում

313. Սպինալ էպիդուրալ աբսցեսի դասական կլինիկական վտանգը՝
Ա- Արագ զարգացող ողնուղեղի/ճիու պոչի կոմպրեսիա
Բ- Օպտիկական նևրիտ
Գ- Հիդրոցեֆալիա
Դ- Տրիգեմինալ նևրալգիա

314. Էպիդուրալ աբսցեսի ժամանակ պրոգրեսիվող նյարդաբանական դեֆիցիտի դեպքում առավել ճիշտ մոտեցումն է՝
Ա- Շտապ դեկոմպրեսիա/դրենավորում և հակամանրէային բուժում
Բ- Միայն ցավազրկում
Գ- Միայն ֆիզիոթերապիա
Դ- Սպասողական բուժում

315. Մետաստատիկ ողնուղեղի կոմպրեսիայի դեպքում նոր մոտոր դեֆիցիտով հիվանդը պահանջում է՝
Ա- Շտապ ՄՌՏ և բազմամասնագիտական վիրաբուժական/օնկոլոգիական գնահատում
Բ- Միայն ռենտգեն 1 ամիս հետո
Գ- Միայն ԷՆՄԳ
Դ- Ոչ մի շտապ հետազոտություն

316. Ողնաշարի նեոպլաստիկ անկայուն ախտահարման ժամանակ գնահատելու համար կիրառվող գործիքներից է՝
Ա- SINS
Բ- Hunt-Hess
Գ- Fisher grade
Դ- Spetzler-Martin

317. Ատլանտոաքսիալ անկայունության գնահատման ժամանակ առանձնահատուկ նշանակություն ունի՝
Ա- C1–C2 հարաբերությունը
Բ- L5–S1 աճառի բարձրությունը
Գ- Կրծքային կիֆոզը միայն
Դ- Սակրոիլիակ հոդը

318. Ատամնաձև ելունի կոտրվածքը վերաբերում է՝
Ա- C2-ին
Բ- C1-ին
Գ- C3-ին
Դ- Ծոծրակոսկրի կոճին

319. Կենտրոնական ողնուղեղի համախտանիշը հաճախ կապված է՝
Ա- Պարանոցային գերտարածման վնասվածքի հետ, հատկապես ողնաշարային խողովակի նեղացում ունեցող տարեց հիվանդների մոտ
Բ- Գոտկային ծալումային վնասվածքի հետ միայն
Գ- Ողնաշարի կոտրվածքի հետ
Դ- Մեկուսացված ծայրամասային նյարդի վնասվածքի հետ

320. Բրաուն-Սեկարի համախտանիշի դասական պատկերում վնասվածքից ներքև կա՝
Ա- Իպսիլատերալ շարժողական/պրոպրիոցեպտիվ կորուստ և կոնտրալատերալ ցավ-ջերմաստիճանային զգացողության կորուստ

Բ- Երկկողմանի շարժողական դեֆիցիտ առանց զգացողական դեֆիցիտի
Գ- Միայն իպսիլատերալ ցավի զգացողության կորուստ
Դ- Միայն սֆինկտերի դիսֆունկցիա

321. Ծանր ԳՈՒՎ-ով հիվանդի ՆԳՃ 28 mmHg է՝ չնայած գլխի ճիշտ դիրքին, սեդացիային և ընդհանուր միջոցառումներին: Դա՝
Ա- Գերազանցում է բուժման առաջարկվող ՆԳՃ շեմը
Բ- Նորմալ է
Գ- Պահանջում է ՆԳՃ մոնիտորինգի դադարեցում
Դ- Միշտ պահանջում է գոտկային պունկցիա

322. Եթե միջին զարկերակային ճնշումը՝ 85 mmHg, իսկ ՆԳՃ՝ 25 mmHg, գլխուղեղի պերֆուզիոն ճնշումը կազմում է՝
Ա- 60 mmHg
Բ- 110 mmHg
Գ- 25 mmHg
Դ- 85 mmHg

323. Ծանր ԳՈՒՎ-ում գլխուղեղի պերֆուզիոն ճնշման ընդհանուր թիրախային միջակայքն է՝
Ա- 60–70 mmHg
Բ- 20–30 mmHg
Գ- 30–40 mmHg
Դ- 90–110 mmHg բոլոր հիվանդների մոտ

324. ԳՈՒՎ-ով հիվանդի մեկ բիբը լայնանում է, Գլազգոյի սանդղակի միավորն արագ նվազում է: ՀՏ-ին սպասելիս կարևոր անհետաձգելի քայլերից է՝
Ա- Շնչուղիների պաշտպանություն, հիպերվենտիլյացիա, հիպերօսմոլյար թերապիա, պատրաստվել դեկոմպրեսիայի/ հեմատոմայի հեռացման
Բ- Սեդացիայի ամբողջական դադարեցում և սպասում
Գ- Գոտկային պունկցիա
Դ- Հիպոտոնիկ լուծույթներ

325. Մաննիտոլի և հիպերտոնիկ NaCl լուծույթի կիրառման նպատակը ներգանգային հիպերտենզիայի դեպքում՝
Ա- Ուղեղային այտուցի նվազեցումն ու ՆԳՃ-ի վերահսկումն է
Բ- Անևրիզմայի փակումը
Գ- Ուղեղ-ողնուղեղային հեղուկի արտադրության մշտական դադարեցումը
Դ- Ինֆեկցիայի կանխումը

326. Հիպոտենզիան ծանր ԳՈՒՎ-ի դեպքում ցանկալի չէ, քանի որ՝
Ա- Նվազեցնում է գլխուղեղի պերֆուզիոն ճնշումը և կարող է խորացնել գլխուղեղի երկրորդային վնասումը
Բ- Միշտ նվազեցնում է ՆԳՃ-ն և բարելավում ելքը
Գ- Կանխում է գլխուղեղի իշեմիան
Դ- Ոչ մի ազդեցություն չունի ուղեղային պերֆուզիայի վրա

327. Էպիդուրալ հեմատոմայի ՀՏ պատկերը սովորաբար՝
Ա- Երկուռուցիկ հիպերդենս կուտակումն է
Բ- Կիսալուսնաձև կուտակումն է
Գ- Ներփորոքային կիստան է
Դ- Դիֆուզ կալցիֆիկացիան է

328. Սուր սուբդուրալ հեմատոմայի ՀՏ պատկերը սովորաբար՝
Ա- Կիսալուսնաձև հիպերդենս կուտակումն է
Բ- Երկուռուցիկ կուտակումն է
Գ- Սելլար շրջանի ախտահարումն է
Դ- Ներփորոքային կուտակումն է

329. Դիֆուզ աքսոնալ վնասման դեպքում ՀՏ-ն կարող է համեմատաբար քիչ ինֆորմատիվ լինել, իսկ առավել զգայուն հետազոտությունն է՝
Ա- ՄՌՇ
Բ- Գանգի Ռ-գրաֆիա
Գ- Ուլտրաձայնային հետազոտություն
Դ- DEXA-սկանավորում

330. Գանգի հիմի կոտրվածքին բնորոշ հնարավոր նշանն է՝
Ա- ՈՒՈՀ ռինոռեա/ օտոռեա
Բ- Բաբինսկու ախտանիշը՝ որպես պարտադիր միակ նշան
Գ- Բիտեմպորալ հեմիանոպսիա
Դ- Թամբաձև (շեքի, պերիանալ շրջանի, ազդրերի միջային մակերեսի) անեսթեզիա

331. Նորածնի միելոմենինգոցելեի դեպքում առաջնային խնդիրներից է՝
Ա- Բաց նյարդային թիթեղի պաշտպանությունն ու ժամանակին վիրաբուժական փակումը
Բ- Երեխային նստեցնելը բաց վերքի վրա
Գ- Գոտկային պունկցիա՝ վնասվածքի միջով
Դ- Վիրահատությունը միշտ հետաձգել մինչև դպրոցական տարիք

332. Միելոմենինգոցելեի հետ հաճախ ասոցացվող կրանիալ անոմալիան է՝
Ա- Կիարի II մալֆորմացիա
Բ- Կիարի I միայն
Գ- Դենդի-Ուոքերի արատ բոլոր դեպքերում
Դ- Հոլոպրոզէնցեֆալիա

333. Կիարի II-ի հետ հաճախ կապված է՝
Ա- Հիդրոցեֆալիա
Բ- Հիպոֆիզի ադենոմա
Գ- Վեստիբուլյար շվանոմա
Դ- ՄՈՒՋ անևրիզմա

334. Սիմպտոմատիկ Կիարի I + սիրինգոմիելիայի դեպքում դասական վիրաբուժական մոտեցումն է՝
Ա- Ծոծրակային մեծ անցքի դեկոմպրեսիա
Բ- Վենտրիկուլոպերիտոնեալ շունտավորում բոլոր հիվանդներին՝ առանց գնահատման
Գ- Տեմպորալ լոբէկտոմիա
Դ- Բրտամարմնի հատում

335. Սագիտալ կրանիոսինոստոզը առաջացնում է՝
Ա- Սկաֆոցեֆալիա
Բ- Տրիգոնոցեֆալիա
Գ- Հետին գանգափոսի կիստա
Դ- Մակրոգլոսիա

336. Մետոպիկ սինոստոզին բնորոշ գանգի ձևն է՝
Ա- Տրիգոնոցեֆալիա
Բ- Սկաֆոցեֆալիա
Գ- Միայն դոլիխոցեֆալիա
Դ- Հիդրոցեֆալիկ գլուխ

337. Հետին գանգափոսի նորագոյացությունով երեխայի մոտ առավոտյան գլխացավը և փսխումը առավել հաճախ կարող են պայմանավորված լինել՝
Ա- Օբստրուկտիվ հիդրոցեֆալիայով, բարձր ՆԳՃ-ով
Բ- Գոտկային ռադիկուլոպաթիայով
Գ- Պերիֆերիկ նեյրոպաթիայով
Դ- Կարպալ թունելի սինդրոմով

338. Մեդուլոբլաստոմայի դեպքում ամբողջ ԿՆՀ-ի գնահատումը կարևոր է, քանի որ ուռուցքը՝
Ա- Կարող է տարածվել լիկվորային ուղիներով
Բ- Երբեք չի տարածվում ԿՆՀ-ում
Գ- Տարածվում է միայն պերիֆերիկ նյարդերով
Դ- Միշտ սահմանափակվում է ուղեղիկի կիսագնդով

339. Դեղորայքակայուն քունքային բլթի էպիլեպսիայի վիրահատական գնահատման հիմնական նպատակն է՝
Ա- Էպիլեպտոգեն զոնայի տեղայնացումն ու ֆունկցիոնալ կեղևի հետ հարաբերության որոշումը
Բ- Միայն ՆԳՃ չափելը
Գ- Միայն լիկվորում սպիտակուցի որոշումը
Դ- Միայն ՆՔՋ ստենոզի որոնումը

340. Մեզիալ քունքային սկլերոզի հետ կապված դեղորայքակայուն էպիլեպսիայի դեպքում վիրաբուժական բուժման տարբերակներից է՝
Ա- Առաջային քունքային ռեզեկցիան կամ սելեկտիվ ամիգդալոհիպոկամպէկտոմիան՝ համապատասխան ընտրված հիվանդների մոտ

Բ- Վենտրիկուլոպերիտոնեալ շունտավորում
Գ- Ցերվիկալ լամինէկտոմիա
Դ- Էքստրա-ինտրակրանիալ միկրոանաստոմոզ (STA-MCA bypass)

341. Գլխուղեղի խորանիստ խթանման(DBS) սուբթալամիկ կորիզների թիրախը առավել հաճախ օգտագործվում է՝
Ա- Պարկինսոնի հիվանդության դեպքում
Բ- Հիդրոցեֆալիայի դեպքում
Գ- Տրիգեմինալ նևրալգիայի դեպքում
Դ- Վեստիբուլյար շվանոմայի դեպքում

342. Էսենցիալ դողի դասական գլխուղեղի խորանիստ խթանման (DBS) թիրախներից է՝
Ա- Թալամուսի VIM (վենտրալ միջանկյալ) կորիզը
Բ- Տեսողական խաչվածքը
Գ- Պոչավոր կորիզի պոչը
Դ- Կարմիր կորիզը՝ որպես ստանդարտ առաջնային թիրախ

343. Միկրովասկուլյար դեկոմպրեսիան տրիգեմինալ նևրալգիայի դեպքում նպատակ ունի՝
Ա- Նյարդից ճնշող անոթը հեռացնել՝ առանց նյարդը միտումնավոր վնասելու
Բ- Եռորյակ նյարդը ամբողջությամբ հատել բոլոր հիվանդների մոտ
Գ- ՈՒղեղ-ողնուղեղային հեղուկի շրջանառության վերականգնմանն ուղղված միջամտություններ
Դ- Սուբթալամիկ կորիզների խթանում կատարել

344. Հեմիֆացիալ սպազմի դասական վիրաբուժական բուժումներից է՝
Ա- Դիմային նյարդի արմատի ելքի գոտու միկրովասկուլյար դեկոմպրեսիա
Բ- Քունքային լոբէկտոմիա
Գ- Ամիգդալոհիպոկամպէկտոմիա
Դ- Վենտրիկուլոպերիտոնեալ շունտավորում

345. 64 տարեկան հիվանդի մոտ հանկարծակի զարգացել է գլխացավ, փսխում, գիտակցության մակարդակի նվազում: ՀՏ-ում՝ 25 մլ ուղեղիկի հեմատոմա, IV փորոքի կոմպրեսիա և հիդրոցեֆալիա: Վիճակը վատանում է: Առավել ճիշտ մոտեցումը՝
Ա- Շտապ հետին գանգափոսի դեկոմպրեսիա/ հեմատոմայի հեռացում, հիդրոցեֆալիայի կառավարում
Բ- Միայն դիտարկում
Գ- Գոտկային պունկցիա
Դ- Ասպիրին

346. 39 տարեկան հիվանդի մոտ առկա է դոմինանտ կիսագնդի ճակատ-կղզյակային գլիոմա: Նորմալ խոսում է նախավիրահատական շրջանում: Նպատակն է հնարավորինս մեծ ռեզեկցիա՝ խոսքի պահպանմամբ: Լավագույն ռազմավարությունը՝

Ա- Արթուն կրանիոտոմիա՝ լեզվական ֆունկցիաների կեղևային և ենթակեղևային քարտեզագրումով
Բ- Ռադիկալ ռեզեկցիա միայն անատոմիական կողմնորոշիչներով
Գ- Միայն բիոպսիա՝ անկախ անատոմիայից
Դ- ՆԳՃ(ICP) մոնիտորինգ՝ առանց քարտեզագրման

347. 58 տարեկան հիվանդի մոտ քայլվածքի պրոգրեսիվող խանգարում, ձեռքի նուրբ շարժումների խանգարում, հիպերռեֆլեքսիա և ՄՌՇ-ով առկա է ողնուղեղի պարանոցային հատվածում բազմամակարդակ կոմպրեսիա: Առավել հավանական ախտորոշումը՝
Ա- Դեգեներատիվ պարանոցային միելոպաթիա
Բ- Գոտկային ռադիկուլոպաթիա
Գ- միայն Կարպալ թունելի համախտանիշ
Դ- Ուղեղիկի ուռուցք

348. 31 տարեկան հիվանդի մոտ ՍԱԱ է: ՀՇ անգիոգրաֆիայով՝ առաջային շրջանառության անևրիզմա: Կայունացումից հետո հիվանդի նյարդաբանական վիճակը բավարար է: Վիրահատական բուժումը պետք է՝
Ա- Կազմակերպել հնարավորինս արագ, նախընտրելի առաջին 24 ժամվա ընթացքում
Բ- Պարտադիր հետաձգել 21 օր
Գ- Կատարել միայն կրկնակի արյունահոսությունից հետո
Դ- Չկատարել, եթե GCS=15 է

349. 47 տարեկան հիվանդի ուղեղի հյուսվածքի պաթոմորֆոլոգիական հետազոտությամբ հայտնաբերվել է IDH մուտացիա և ամբողջական 1p/19q կոդելեցիա: Ո՞ր ինտեգրված ախտորոշումն է ամենահավանականը:
Ա- Օլիգոդենդրոգլիոմա, IDH-մուտանտ և 1p/19q-կոդելեցված
Բ- Գլիոբլաստոմա, IDH-վայրի տեսակ
Գ- Դիֆուզ միջին գծային գլիոմա, H3 K27-ալտերացված
Դ- Մենինգիոմա

350. Ծանր ԳՈՒՎ-ով հիվանդի ՄԶՃ-ը(MAP) 80 mmHg է, ՆԳՃ-ը(ICP)՝ 26 mmHg: ՈՒՊՃ(CPP)=54 mmHg: Բացի ՆԳՃ-ի բարձր լինելուց, ցերեբրալ պերֆուզիոն ճնշումը նույնպես թիրախից ցածր է: Ամենաճիշտ ընդհանուր նպատակը՝
Ա- Վերահսկել ներգանգային հիպերտենզիան և օպտիմալացնել համակարգային պերֆուզիան՝ ցերեբրալ պերֆուզիոն ճնշումը մոտ 60–70 mmHg թիրախում պահելու համար
Բ- ՆԳՃ-ը թողնել 26–30 mmHg
Գ- ՄԶՃ-ը նվազեցնել մինչև 50 mmHg
Դ- Պերֆուզիոն ճնշումը պահպանել <40 mmHg

Սկզբնաղբյուրներ՝

1. Greenberg M. S. — Handbook of Neurosurgery. Thieme, 10th edition, 2023: Նեյրովիրաբուժության ընդհանուր հիմունքներ, նեյրոտրավմա, անոթային հիվանդություններ, ուռուցքներ, ողնաշարի վիրաբուժություն և հետվիրահատական բարդություններ:
2. Youmans and Winn Neurological Surgery. Elsevier, 8th edition, 2022: Նեյրովիրաբուժության համապարփակ ակադեմիական աղբյուր՝ կլինիկական որոշումների կայացման և վիրաբուժական մոտեցումների վերաբերյալ:
3. Schmidek and Sweet: Operative Neurosurgical Techniques. Elsevier, 7th edition, 2021: Վիրաբուժական անատոմիա, տեխնիկա, ցուցումներ և բարդություններ:
4. Rhoton's Cranial Anatomy and Surgical Approaches. Միկրովիրաբուժական անատոմիայի և գանգի հիմի վիրաբուժական մոտեցումների հիմնական աղբյուրներից:
5. AHA/ASA — Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage 2023: SAH, անևրիզմայի բուժում, DCI:
6. AHA/ASA — Spontaneous Intracerebral Hemorrhage 2022: ICH, վիրաբուժական ցուցումներ:
7. Brain Trauma Foundation — Severe TBI, 4th Edition 2016, 2020 թ. թարմացում: ICP, CPP, նեյրոտրավմա:
8. Brain Trauma Foundation — Pediatric Severe TBI, 3rd Edition 2019: Մանկական նեյրոտրավմա:
9. EANO–EURACAN — Meningioma Guidelines 2021: Մենինգիոմաների բուժում:
10. EANO — Diffuse Gliomas of Adulthood 2021: Գլիոմաների ախտորոշում և բուժում:
11. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Central Nervous System Tumours. WHO Classification of Tumours, 5th Edition, Volume 6. IARC, Lyon, 2021:
12. Louis D. N. et al. The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: A Summary. Neuro-Oncology, 2021:
13. Weller M. et al. EANO Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Diffuse Gliomas of Adulthood. Nature Reviews Clinical Oncology, 2021:
14. Goldbrunner R. et al. EANO Guideline on the Diagnosis and Management of Meningiomas. Neuro-Oncology, 2021:
15. Lawton M. T. Seven Aneurysms: Tenets and Techniques for Clipping: Անևրիզմաների միկրովիրաբուժություն:
16. Spetzler R. F. և համահեղինակներ: Color Atlas of Brainstem Surgery: Ուղեղաբնի վիրաբուժական անատոմիա և մոտեցումներ:
17. Benzel E. C. Spine Surgery: Techniques, Complication Avoidance, and Management: Ողնաշարի և ողնուղեղի վիրաբուժություն:
18. Winn H. R. (ed.). Youmans and Winn Neurological Surgery: Մանկական, ֆունկցիոնալ և էպիլեպսիայի վիրաբուժության համապատասխան բաժիններ:
19. Rhoton A. L. Jr. Միկրովիրաբուժական անատոմիայի աշխատություններ և անատոմիական ատլասներ:
20. Brain Trauma Foundation. Guidelines for the Surgical Management of Traumatic Brain Injury: Վնասվածքային հեմատոմաների վիրաբուժական ցուցումներ: