ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՕՐԹՈՊԵԴԻԱ

Վնասվածքներ և կոտրվածքներ

1. 7 տարեկան երեխայի մոտ առկա է բազկոսկրի լրիվ տեղաշարժված տարածիչ տիպի վերկոճային կոտրվածք: Ձեռքը տաք է, ճաճանչային զարկերակի անոթազարկը շոշափվում է, նյարդաբանական խանգարումներ չկան: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար վերջնական բուժումը:
Ա- Փակ ուղղում և գիպսային անշարժացում՝ առանց շյուղերի
Բ- Բաց ուղղում և ներքին ֆիքսացիա՝ որպես առաջին ընտրություն
Գ- Փակ ուղղում և միջմաշկային ֆիքսացիա շյուղերով
Դ- Կմախքային ձգում՝ հետագա գիպսային անշարժացմամբ
Աղբյուրներ՝ R1

2. 10 տարեկան երեխայի մոտ կոտրվածքի գիպսային անշարժացումից հետո նախաբազկի ցավն աստիճանաբար ուժեղանում է: Գիպսը և սեղմող բոլոր շերտերը լիովին բացելուց հետո ցավը պահպանվում է: Նախաբազուկը լարված է, մատների պասիվ տարածումը՝ խիստ ցավոտ: Ճաճանչային զարկերակի անոթազարկը շոշափվում է: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար գործողությունը:
Ա- Գիպսը բացելուց հետո շարունակել ցավազրկումն ու ժամային հսկողությունը
Բ- Նախ կատարել անոթների դոպլերային հետազոտություն
Գ- Անհապաղ կատարել ախտահարված մկանային տարածությունների ֆասցիոտոմիա
Դ- Վիրահատության որոշումը հետաձգել մինչև կոմպարտմենտային ճնշման չափումը
Աղբյուրներ՝ R2; L1

3. 6 տարեկան երեխայի մոտ առկա է բազկոսկրի դրսային կոճի կոտրվածք՝ 4 մմ տեղաշարժով և բեկորի պտույտով: Փակ եղանակով բավարար համադրում չի ստացվել: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար բուժումը:
Ա- Կրկնել փակ ուղղման բազմակի փորձերը և անշարժացնել
Բ- Կատարել բաց ուղղում և ներքին ֆիքսացիա
Գ- Շարունակել գիպսային բուժումը՝ ընդունելով մնացորդային տեղաշարժը
Դ- Հետաձգել ուղղումը մինչև այտուցի լրիվ անցնելը
Աղբյուրներ՝ R3

4. 5 տարեկան երեխայի մոտ բազկոսկրի դրսային կոճի չտեղաշարժված կոտրվածքը բուժվում է արմնկահոդն ընդգրկող գիպսային լոնգետով: Հետագա հսկողության ո՞ր տարբերակն է առավել նպատակահարմար:
Ա- Ռենտգենագրություն միայն գիպսակապը հանելիս՝ չորս շաբաթ անց
Բ- Կրկնակի զննում և ռենտգենագրություն՝ յոթ օրվա ընթացքում
Գ- Միայն կլինիկական հսկողություն, եթե ցավը նվազում է
Դ- Առաջին ռենտգեն հսկողություն՝ երեք շաբաթ անց
Աղբյուրներ՝ R3

5. 8 տարեկան երեխան ընկնելուց հետո ստացել է ծղիկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածք: Արմնկահոդի կողմնային ռենտգեն պատկերում ճաճանչոսկրի գլխիկը տեղաշարժված է առաջ՝ բազկոսկրի կոճի գլխիկի նկատմամբ: Ո՞րն է ախտորոշումը:
Ա- Գալեացիի կոտրվածք-հոդախախտ
Բ- Մոնտեջի կոտրվածք-հոդախախտ
Գ- Բազկոսկրի վերկոճային կոտրվածք
Դ- Ճաճանչոսկրի վզիկի մեկուսացված կոտրվածք
Աղբյուրներ՝ R4

6. 8 տարեկան երեխան առաջին անգամ դիմել է դաստակի վնասվածքից 8 օր անց: Կա ճաճանչոսկրի հեռադիր հատվածի Սալտեր–Հարիսի II տիպի կոտրվածք՝ 15° հետին անկյունային շեղումով: Նյարդանոթային վիճակը նորմալ է, մաշկը վնասված չէ: Ո՞ր բուժումն է առավել նպատակահարմար:
Ա- Փակ ուղղում և գիպսակապ՝ անատոմիական դիրքի վերականգնմամբ
Բ- Փակ ուղղում և միջմաշկային շյուղային ֆիքսացիա
Գ- Բաց ուղղում և ներքին ֆիքսացիա
Դ- Գիպսային անշարժացում և հսկողություն՝ առանց ուշացած ուղղման
Աղբյուրներ՝ R5

7. 7 տարեկան երեխայի վերկոճային կոտրվածքը պետք է ուղղել և ֆիքսել: Ձեռքը տաք է, ճաճանչային անոթազարկը շոշափվում է: Ո՞ր փաստագրումն է բավարար նախամիջամտական նյարդանոթային ելակետ սահմանելու համար:
Ա- Անոթազարկը, մազանոթային լեցումը և վերջույթի արտաքին ձևը
Բ- Արյունամատակարարումը և երեք հիմնական նյարդերի շարժողական ու զգացող գործառույթները
Գ- Մատների ակտիվ շարժումները և դաստակի շրջագիծը

Դ- Միջնակ նյարդի զգացողությունն ու անոթազարկը՝ առանց մյուս նյարդերի ստուգման
Աղբյուրներ՝ U6

8. Բազկոսկրի վերկոճային կոտրվածքի ֆիքսացիայից առաջ երեխայի ձեռքը տաք էր: Ֆիքսացիայից հետո ձեռքը սառել է, իսկ մազանոթային արյունալեցման ժամանակը՝ երկարել: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Երկու ժամ դիտարկել՝ սպասելով անոթային սպազմի անցնելուն
Բ- Անհապաղ վերագնահատել ֆիքսացիան և անոթային վիճակը, իսկ պահպանվող իշեմիայի դեպքում կատարել շտապ ռևիզիա
Գ- Սկսել հակամակարդիչ և առավոտյան կրկնել անոթային գնահատումը
Դ- Նախ կատարել ՀՇ անգիոգրաֆիա՝ անկախ դրանով առաջացող ուշացումից
Աղբյուրներ՝ U6

9. Արմնկահոդի շրջանի կոտրվածքից հետո երեխան չի կարող ծալել բութ մատի միջֆալանգային և ցուցամատի հեռադիր միջֆալանգային հոդերը: Զգացողությունը պահպանված է: Ո՞ր նյարդն է վնասված:
Ա- Ծղիկային նյարդը
Բ- Առաջային միջոսկրային նյարդը
Գ- Հետին միջոսկրային նյարդը
Դ- Միջնակ նյարդի հետադարձ շարժողական ճյուղը
Աղբյուրներ՝ S012

10. Արմնկահոդի շրջանում միջային կողմից շյուղ անցկացնելուց հետո երեխան չի կարող զատել ձեռքի մատները: Ո՞ր նյարդն է տուժած:
Ա- Ծղիկային նյարդը
Բ- Ճաճանչային նյարդը
Գ- Միջնակ նյարդը
Դ- Առաջային միջոսկրային նյարդը
Աղբյուրներ՝ S012

11. Երեխայի մոտ ծղիկոսկրի կոտրվածք կամ պլաստիկ դեֆորմացիա հայտնաբերելիս արմնկահոդի ռենտգեն պատկերներում ո՞ր հարաբերակցությունը պետք է պարտադիր ստուգել:

Ա- Ճաճանչոսկրի գլխիկի և բազկոսկրի գլխիկային բարձրության հարաբերակցությունը բոլոր պրոյեկցիաներում
Բ- Բազկոսկրի առաջային գծի և գլխիկային բարձրության հարաբերակցությունը
Գ- Բաումանի անկյունը առաջահետին պրոյեկցիայում
Դ- Ծղիկոսկրի պսակաձև ելունի և բազկոսկրի փոսի հարաբերակցությունը
Աղբյուրներ՝ R4

12. Փոքր երեխայի մոտ չախտորոշված Մոնտեջի վնասվածքից հետո պահպանվում է ճաճանչոսկրի գլխիկի հնացած հոդախախտ: Ինչո՞ւ սովորաբար խուսափում են գլխիկի հեռացումից:
Ա- Գլխիկի հեռացումից հետո պրոնացիան միշտ ավելի է սահմանափակվում
Բ- Հնարավոր են ճաճանչոսկրի վեր տեղաշարժ, դաստակի ցավ և անկյունային դեֆորմացիա
Գ- Գլխիկի հեռացումը խոչընդոտում է ծղիկոսկրի ցանկացած օստեոտոմիայի սերտաճմանը
Դ- Այդ միջամտությունից հետո անպայման զարգանում է արմնկահոդի ոսկրային անկիլոզ
Աղբյուրներ՝ S056

13. 10 տարեկան երեխայի ազդրոսկրի հեռադիր աճման թիթեղի կոտրվածքը սերտաճել է բավարար դիրքով: Վեց ամիս անց ցավ չունի: Ինչո՞ւ պետք է շարունակել վերջույթի առանցքի և երկարության պարբերական գնահատումը:
Ա- Հետվնասվածքային հոդային կարկամությունը հայտնաբերելու համար
Բ- Ծնկահոդի մենիսկի վնասումը հայտնաբերելու համար
Գ- Աճի կանգը և դրանից առաջացող դեֆորմացիան կամ կարճացումը հայտնաբերելու համար
Դ- Ծնկոսկրի կրկնվող անկայունությունը հայտնաբերելու համար
Աղբյուրներ՝ S072

14. Ոլոքի մոտակա մետաֆիզի կոտրվածքի սերտաճումից ամիսներ անց զարգացել է վալգուսային դեֆորմացիա: Ինչպե՞ս է կոչվում այս երևույթը:
Ա- Կոզենի ֆենոմեն
Բ- Մադելունգի դեֆորմացիա
Գ- Պերտեսի հիվանդություն
Դ- Գալեացիի վնասվածք

Աղբյուրներ՝ S027

15. Ոլոքի միջկոճային բարձրության տեղաշարժված պոկումային կոտրվածքը չի հաջողվում ուղղել փակ եղանակով: Ո՞ր հյուսվածքի ինտերպոզիցիան է հաճախ խանգարում ուղղմանը:
Ա- Մենիսկի կամ միջմենիսկային կապանի
Բ- Հետին խաչաձև կապանի և կապսուլայի
Գ- Քառագլուխ մկանի ջլի կամ վերին գրպանի
Դ- Դրսային կողմնային կապանի կամ իլիոտիբիալ ժապավենի
Աղբյուրներ՝ S070

16. 14 տարեկան տղայի ոլոքի թմբկության կոտրվածքից հետո սրունքի ցավն աճում է՝ չնայած ցավազրկմանը: Ոտնաթաթի անոթազարկերը պահպանված են: Ո՞ր եզրահանգումն է ճիշտ:
Ա- Պահպանված անոթազարկերը թույլ են տալիս գնահատումը հետաձգել մինչև առավոտ
Բ- Կոմպարտմենտ համախտանիշի համար անհրաժեշտ է նաև զգացողության լրիվ կորուստ
Գ- Պետք է անհապաղ գնահատել կոմպարտմենտ համախտանիշի նշանները՝ անկախ անոթազարկերից
Դ- Նախ անհրաժեշտ է անգիոգրաֆիայով հաստատել զարկերակի խցանումը
Աղբյուրներ՝ S054; S080

17. Փոքր երեխան ձեռքը քաշելուց հետո հանկարծ դադարել է օգտագործել վերին վերջույթը: Հեմատոմա, այտուց և տեղային այլ նշաններ չկան: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա- Տեղաշարժված վերկոճային կոտրվածք
Բ- Անրակի կոտրվածք
Գ- Ուսահոդի սեպտիկ արթրիտ
Դ- Ճաճանչոսկրի գլխիկի ենթահոդախախտ
Աղբյուրներ՝ U7

18. Երեխայի մոտ ենթադրվում է ճաճանչոսկրի գլխիկի ենթահոդախախտ, սակայն ընկնելուց հետո առկա են արտահայտված այտուց և տեղային պալպատոր ցավոտություն: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար քայլը:

Ա- Սկզբում կատարել հիպերպրոնացիայով ուղղում և գնահատել արդյունքը
Բ- Կատարել ռենտգենագրություն՝ նախքան ուղղման փորձը
Գ- Կատարել սուպինացիայով և ծալումով ուղղում՝ սեդացիայի պայմաններում
Դ- Անշարժացնել մեկ օրով և պատկերային հետազոտել միայն պահպանվող ցավի դեպքում
Աղբյուրներ՝ U7

19. 10 տարեկան երեխայի ճաճանչոսկրի վզիկի կոտրվածքը փակ ուղղման փորձից հետո ունի անընդունելի անկյունային շեղում: Ինչո՞ւ է նպատակահարմար բաց ուղղումից առաջ փորձել միջմաշկային ուղղում:
Ա- Նվազեցնում է ուղղման ընթացքում փափուկ հյուսվածքների վնասումը
Բ- Վերացնում է ուղղումից հետո անշարժացման անհրաժեշտությունը
Գ- Թույլ է տալիս ընդունել ցանկացած մնացորդային անկյուն
Դ- Բացառում է աճման թիթեղի հետագա վնասման վտանգը
Աղբյուրներ՝ S037; S092

20. Երեխայի բազկոսկրի դրսային կոճի կոտրվածքը գրեթե չի երևում ստանդարտ ռենտգեն պրոյեկցիաներում՝ չնայած տեղային ցավոտությանը: Ո՞ր լրացուցիչ պրոյեկցիան է առավել օգտակար:
Ա- Արտաքին թեք պրոյեկցիան
Բ- Կրկնակի կողմնային պրոյեկցիան՝ նույն դիրքով
Գ- Ներքին թեք պրոյեկցիան
Դ- Արմնկային ելունի առանցքային պրոյեկցիան
Աղբյուրներ՝ R3; V1

21. 7 տարեկան երեխան ընկել է պարզած ձեռքի վրա: Ռենտգեն պատկերով հայտնաբերվել է ճաճանչոսկրի հեռադիր հատվածի տորուսային կոտրվածք՝ կորտիկալ շերտի տեղային արտափքմամբ, առանց կորտիկալ շերտի ամբողջականության խախտման կամ անկյունային տեղաշարժի: Ո՞րն է բուժումը:
Ա- Փակ ուղղում և կարճ գիպսակապ
Բ- Դաստակի հանվող բեկակալ՝ ցավի նվազեցման համար
Գ- Արմնկահոդն ընդգրկող գիպսակապ՝ վեց շաբաթով
Դ- Միջմաշկային ֆիքսացիա՝ անկայունությունը կանխելու համար
Աղբյուրներ՝ F

22. Նախաբազկի ռենտգեն պատկերում մի կողմի կորտիկալ շերտը կոտրված է, իսկ հակառակ կողմը՝ ծռված: Ի՞նչ տիպի կոտրվածք է սա:
Ա- Տորուսային կոտրվածք
Բ- Բազմաբեկոր կոտրվածք
Գ- «Դալար ճյուղի» տիպի կոտրվածք
Դ- Պարուրաձև կոտրվածք
Աղբյուրներ՝ F

23. Երեխան ընկնելուց հետո ունի նախաբազկի ցավոտ կորացում, սակայն հստակ կոտրվածքի գիծ չի երևում: Ո՞ր վնասվածքը պետք է ենթադրել:
Ա- «Դալար ճյուղի» տիպի կոտրվածք
Բ- Ֆիզիոլոգիական կորացում
Գ- Աճման թիթեղի տարանջատում
Դ- Պլաստիկ դեֆորմացիա
Աղբյուրներ՝ F

24. 6 տարեկան երեխայի մոտ առկա է անրակի միջին երրորդականի կոտրվածք: Մաշկը ամբողջական է, նյարդանոթային խանգարումներ չկան: Ո՞րն է բուժումը:
Ա- Կախակալ, ցավազրկում և հսկողություն
Բ- Բեկորների բաց ուղղում և թիթեղային ֆիքսացիա
Գ- Փակ ուղղում և կրծքաբազկային գիպսակապ
Դ- Կմախքային ձգում՝ մինչև առաջնային կոշտուկի առաջացումը
Աղբյուրներ՝ F

25. Անրակի կոտրվածքով երեխայի մոտ սուր բեկորը ներսից ձգում է մաշկը: Մաշկը գունատ է և առկա է դրա վնասման վտանգ: Ո՞րն է ճիշտ հաջորդ քայլը:
Ա- Կախակալ և կրկնակի զննում մեկ շաբաթ անց
Բ- Փակ դիտարկում՝ մինչև մաշկի ինքնուրույն հարմարվելը բեկորին
Գ- Շտապ վերացնել մաշկի սպառնացող ճնշումը՝ բեկորների համադրմամբ և անհրաժեշտ ֆիքսացիայով
Դ- Սեղմող վիրակապ՝ բեկորի արտահայտվածությունը նվազեցնելու համար
Աղբյուրներ՝ F

26. 5 տարեկան երեխայի մոտ առկա է բազկոսկրի մոտակա հատվածի նվազագույն տեղաշարժով կոտրվածք: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար բուժումը:

Ա- Կախակալ և հետագա հսկողություն
Բ- Փակ ուղղում՝ կատարյալ անատոմիական դիրքի հասնելու համար
Գ- Փակ ուղղում և շյուղային ֆիքսացիա
Դ- Բաց ուղղում՝ աճման թիթեղի վաղ փակումը կանխելու համար
Աղբյուրներ՝ F

27. Բազկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքից հետո երեխան չի կարող տարածել դաստակն ու մատները: Ո՞ր նյարդի վնասումն է առավել հավանական:
Ա- Ճաճանչային նյարդի
Բ- Միջնակ նյարդի
Գ- Աքսիլյար նյարդի
Դ- Ծղիկային նյարդի
Աղբյուրներ՝ F

28. 7 տարեկան երեխան ընկել է պարզած ձեռքի վրա: Արմնկահոդը ցավոտ է: Կողմնային ռենտգեն պատկերում տեսանելի է հետին ճարպային բարձիկը, սակայն կոտրվածքի գիծ չի երևում: Նյարդանոթային վիճակը նորմալ է: Ո՞րն է նպատակահարմար սկզբնական վարումը:
Ա- Արմնկահոդն անշարժացնել որպես հավանական թաքնված կոտրվածք և պլանավորել կրկնակի գնահատում
Բ- Թույլատրել լրիվ ակտիվություն՝ կոտրվածքի գծի բացակայության հիման վրա
Գ- Կատարել ճաճանչոսկրի գլխիկի ենթահոդախախտի ուղղման փորձ
Դ- Կատարել հոդաճակում՝ ճարպային բարձիկի նշանը վերացնելու համար
Աղբյուրներ՝ F

29. Երեխան ունի բազկոսկրի վերկոճային կոտրվածք՝ առանց տեղաշարժի: Ձեռքի արյունամատակարարումը պահպանված է: Ո՞րն է բուժումը:
Ա- Միջմաշկային ֆիքսացիա՝ երկրորդային տեղաշարժը կանխելու համար
Բ- Կախակալ և վաղ ակտիվ շարժումներ
Գ- Արմնկահոդն ընդգրկող գիպսային անշարժացում և հսկողություն
Դ- Փակ ուղղման փորձ՝ անզգայացման պայմաններում
Աղբյուրներ՝ R1

30. Արմնկահոդի հոդախախտն ուղղելուց հետո ռենտգեն պատկերում երևում է, որ բազկոսկրի միջային վերկոճի ոսկրաբեկորը մնացել է հոդի խոռոչում: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Կրկնել փակ ուղղումը՝ ուժային ձգումով
Բ- Հոդն անշարժացնել՝ ընդունելով բեկորի ներհոդային դիրքը
Գ- Կատարել բեկորի բաց ազատում, համադրում և ներքին ֆիքսացիա
Դ- Հոդի շարժումները սկսել՝ բեկորի ինքնուրույն դուրս գալուն նպաստելու համար
Աղբյուրներ՝ F; S020; L3

31. 9 տարեկան երեխայի մոտ ռենտգեն պատկերով հայտնաբերվել են ճաճանչոսկրի դիաֆիզի կոտրվածք և հեռադիր ճաճանչածղիկային հոդի հոդախախտ: Ինչպե՞ս է կոչվում այս վնասվածքը:
Ա- Վերկոճային կոտրվածք
Բ- Մոնտեջի կոտրվածք-հոդախախտ
Գ- Ճաճանչոսկրի գլխիկի մեկուսացված հոդախախտ
Դ- Գալեացիի կոտրվածք-հոդախախտ
Աղբյուրներ՝ F

32. Նախաբազկի կոտրվածքի փակ ուղղումից հետո առաջահետին պատկերում դիրքը բավարար է: Ինչպե՞ս պետք է հաստատել ուղղման արդյունքը:
Ա- Ստանալ նաև կողմնային պատկեր և գնահատել դիրքը երկու փոխուղղահայաց պրոյեկցիաներով
Բ- Բավարար համարել մեկ պրոյեկցիան, եթե վերջույթի արտաքին ձևը վերականգնվել է
Գ- Ստանալ միայն հակառակ նախաբազկի համեմատական պատկերը
Դ- Սահմանափակվել նախաբազկի ակտիվ պտույտների գնահատմամբ
Աղբյուրներ՝ F

33. 13 տարեկան դեռահասն ընկել է պարզած ձեռքի վրա: Անատոմիական ծխախոտատուփի շրջանում կա պալպատոր ցավոտություն, սակայն առաջին ռենտգեն պատկերներում կոտրվածք չի երևում: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Թույլատրել ակտիվություն՝ ըստ ցավի, առանց անշարժացման
Բ- Մեկ անգամ կատարել տեղային անզգայացնող ներարկում և կրկնել զննումը
Գ- Բացառել կոտրվածքը առաջին ռենտգենի հիման վրա

Դ- Անշարժացնել և պլանավորել կրկնակի ռենտգենագրություն կամ լրացուցիչ պատկերային հետազոտություն
Աղբյուրներ՝ F

34. 4 տարեկան երեխայի մատի ծայրը սեղմվել է դռան մեջ: Եղունգային ծալքից արյուն է հոսում, եղունգի հիմքը տեղաշարժված է, իսկ ռենտգեն պատկերում կա հեռադիր ֆալանգի աճման թիթեղի կոտրվածք: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար մոտեցումը:
Ա- Փակ ուղղում և տարածիչ բեկակալ՝ որպես փակ վնասվածքի բուժում
Բ- Բաց կոտրվածքի մշակում՝ հակաբիոտիկով, լվացմամբ, ուղղմամբ և կայունացմամբ
Գ- Եղունգի տրեպանացիա և վիրակապ՝ առանց կոտրվածքի մշակման
Դ- Փակ ուղղում և գիպսակապ՝ տեղաշարժված եղունգը պահպանելով
Աղբյուրներ՝ RCH-Seymour

35. Երեխան ունի մատի ֆալանգի կոտրվածք: Մատները ծալելիս վնասված մատը խաչվում է հարևան մատի հետ: Ո՞ր դեֆորմացիային է բնորոշ այս նշանը:
Ա- Մատների ֆիզիոլոգիական դիրք
Բ- Սագիտալ անկյունային շեղում
Գ- Ռոտացիոն դեֆորմացիա
Դ- Մատի կարճացում
Աղբյուրներ՝ F

36. Ոլոքի բաց կոտրվածքով երեխայի կենսական ցուցանիշները կայունացվել են: Ի՞նչ պետք է անել անհապաղ:
Ա- Նախ կատարել լայնածավալ լվացում զննման սենյակում, ապա սկսել հակաբիոտիկը
Բ- Վերքը փակել և հակաբիոտիկը սկսել վիրահատարանում
Գ- Հակաբիոտիկի ընտրությունը հետաձգել մինչև վերքի ցանքի պատասխանը
Դ- Անհապաղ տալ ներերակային հակաբիոտիկ, ստերիլ ծածկել վերքը, անշարժացնել և պատրաստել վիրաբուժական մշակումը
Աղբյուրներ՝ F; L2

37. Ոտքին գիպսակապ դնելուց հետո մատները սառն են դարձել, իսկ մազանոթային արյունալեցման ժամանակը՝ երկարել: Ո՞րն է անհապաղ քայլը:
Ա- Բարձրացնել վերջույթը և սպասել ցավազրկման ազդեցությանը

Բ- Անհապաղ բացել գիպսը և սեղմող բոլոր շերտերը, ապա կրկին գնահատել արյունամատակարարումը
Գ- Նախ կատարել դոպլերային հետազոտություն՝ գիպսը պահպանելով
Դ- Սկսել հակամակարդիչ բուժում՝ առանց անշարժացումը փոխելու
Աղբյուրներ՝ F

38. 2 տարեկան երեխան ոտքը թեթև ոլորելուց հետո հրաժարվում է քայլել: Տենդ չկա: Ոլոքի շրջանում կա պալպատոր ցավոտություն: Ռենտգեն պատկերում երևում է ոլոքի հեռադիր հատվածի պարուրաձև կոտրվածք՝ առանց տեղաշարժի: Ո՞րն է ախտորոշումը:
Ա- Վաղ քայլող մանկան ոլոքի կոտրվածք՝ toddler’s fracture
Բ- Ծնկահոդի սեպտիկ արթրիտ
Գ- Ծնկոսկրի թևքանման պոկումային կոտրվածք
Դ- Ազդրոսկրի գլխիկի պատանեկան էպիֆիզեոլիզ
Աղբյուրներ՝ F

39. 7 տարեկան երեխան ունի ոլոքի դիաֆիզի փակ կոտրվածք՝ առանց տեղաշարժի: Նյարդանոթային խանգարումներ չկան: Ինչպե՞ս սկսել բուժումը:
Ա- Համապատասխան գիպսային անշարժացում և պլանավորված հսկողություն
Բ- Ճկուն ներմեդուլյար մեխերով ֆիքսացիա
Գ- Թիթեղային ֆիքսացիա
Դ- Արտաքին ֆիքսացիա
Աղբյուրներ՝ F

40. 3 տարեկան երեխան ունի ազդրոսկրի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածք: Ընդհանուր վիճակը կայուն է, վերջույթի կարճացումը՝ 2 սմ-ից պակաս: Ընտանիքը կարող է տանը խնամել գիպսակապը: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար բուժումը:
Ա- Ճկուն ներմեդուլյար մեխերով ֆիքսացիա
Բ- Կոշտ ներմեդուլյար մեխով ֆիքսացիա
Գ- Կոնքազդրային սպիկա գիպսակապ
Դ- Ենթամկանային թիթեղային ֆիքսացիա
Աղբյուրներ՝ F; S038; V2

41. Բարձրությունից ընկնելու հետևանքով երեխան ստացել է ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածք: Ո՞ր բարդությանն է պետք հատկապես հետևել:

Ա- Ոսկրացման հետվնասվածքային հետերոտոպիկ օջախներ
Բ- Ազդրոսկրի գլխիկի օստեոնեկրոզ
Գ- Հետվնասվածքային ոսկրային կիստա
Դ- Սրունքաթաթային հոդի երկրորդային անկայունություն
Աղբյուրներ՝ F2

42. Կոտրվածքի գիծն անցնում է միայն աճման թիթեղով: Մետաֆիզից կամ էպիֆիզից անջատված ոսկրաբեկոր չկա: Ըստ Սալտեր–Հարիսի դասակարգման՝ ո՞ր տիպի կոտրվածք է սա:
Ա- IV տիպ
Բ- I տիպ
Գ- III տիպ
Դ- II տիպ
Աղբյուրներ՝ R5

43. 13 տարեկան երեխայի ոլոքի հեռադիր կոտրվածքի գիծն անցնում է աճման թիթեղով և էպիֆիզով՝ հասնելով հոդամակերեսին: Մետաֆիզն անվնաս է: Ո՞ր դասակարգումն է ճիշտ:
Ա- II տիպ
Բ- I տիպ
Գ- III տիպ
Դ- V տիպ
Աղբյուրներ՝ F

44. Կոտրվածքի գիծն անցնում է մետաֆիզով, աճման թիթեղով և էպիֆիզով: Ըստ Սալտեր–Հարիսի դասակարգման՝ ո՞ր տիպի կոտրվածք է սա:
Ա- I տիպ
Բ- II տիպ
Գ- III տիպ
Դ- IV տիպ
Աղբյուրներ՝ F

45. Դեռահասի մոտ կասկածվում է ոլոքի հեռադիր հատվածի եռահարթ կոտրվածք: Բուժումը պլանավորելու համար պետք է ճշտել ոսկրաբեկորների դիրքը և հոդամակերեսի տեղաշարժի չափը: Ո՞ր հետազոտությունն ընտրել:

Ա- ՄՌՇ՝ որպես հոդամակերեսի ոսկրային աստիճանի հիմնական չափման մեթոդ
Բ- ՀՇ՝ հոդամակերեսի տեղաշարժն ու բեկորների դասավորությունը չափելու համար
Գ- Ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ հոդի հեղուկը չափելու համար
Դ- Ոսկրային սցինտիգրաֆիա՝ կոտրվածքի վաղեմությունը որոշելու համար
Աղբյուրներ՝ F

46. 15 տարեկան դեռահասի մոտ ախտորոշվել է Թիյոյի կոտրվածք: Փակ ուղղումից հետո ՀՇ-ով հոդամակերեսի մնացորդային տեղաշարժը 3 մմ է: Ո՞րն է նպատակահարմար վերջնական բուժումը:
Ա- Վերականգնել հոդամակերեսի ընդունելի համադրումը և կատարել ներքին ֆիքսացիա
Բ- Շարունակել միայն գիպսային բուժումը՝ սպասելով հոդամակերեսի վերաձևավորմանը
Գ- Հանել գիպսը և սկսել վաղ շարժումներ
Դ- Կատարել միայն ոլոքի մետաֆիզի ուղղիչ օստեոտոմիա
Աղբյուրներ՝ RCH-Ankle

47. Ցատկից հետո երեխան անհաջող վայրէջք է կատարել և չի կարող ակտիվորեն տարածել ծունկը: Կողմնային ռենտգեն պատկերում ծնկոսկրը սովորականից բարձր է, իսկ ստորին բևեռի մոտ երևում է փոքր ոսկրաբեկոր: Ո՞րն է ախտորոշումը:
Ա- Ոլոքի թմբկության պոկումային կոտրվածք
Բ- Ծնկոսկրի ջլի մեկուսացված պատռվածք
Գ- Քառագլուխ մկանի ջլի պատռվածք
Դ- Ծնկոսկրի թևքանման պոկումային կոտրվածք
Աղբյուրներ՝ F

48. Երեխան ծունկը ոլորելիս ստացել է ոլոքի միջկոճային բարձրության պոկումային կոտրվածք: Ո՞ր կապանն է ամրանում պոկված ոսկրաբեկորին:
Ա- Ներսային կողմնային կապանը
Բ- Հետին խաչաձև կապանը
Գ- Առաջային խաչաձև կապանը
Դ- Դրսային կողմնային կապանը
Աղբյուրներ՝ K

49. Երեխայի ճաճանչոսկրի հեռադիր տեղաշարժված կոտրվածքը պետք է ուղղել: Ի՞նչ է անհրաժեշտ ապահովել մինչև ուղղումը:
Ա- Կանխարգելիչ հակաբիոտիկ և վերքի մշակում
Բ- Մկանային ուժի փորձարկում՝ առավելագույն դիմադրությամբ
Գ- Նյարդանոթային ելակետային գնահատում և բավարար ցավազրկում՝ անհրաժեշտ սեդացիայով կամ անզգայացմամբ
Դ- Միայն տեղային սառեցում՝ միջամտությունն արագ ավարտելու համար
Աղբյուրներ՝ F

50. Կոտրվածքն աճման թիթեղին մոտ է: Անկյունային դեֆորմացիան փոքր է և գտնվում է հարակից հոդի շարժման հարթությունում: Ո՞ր երեխայի մոտ է աճի ընթացքում դեֆորմացիայի շտկումն առավել հավանական:
Ա- 14 տարեկան դեռահասը՝ դիաֆիզային ռոտացիոն շեղումով
Բ- 12 տարեկան երեխան՝ հոդամակերեսի անհարթությամբ
Գ- 5 տարեկան երեխան՝ աճման թիթեղին մոտ սագիտալ փոքր շեղումով
Դ- 13 տարեկան երեխան՝ ամբողջական ոսկրային կամրջակով աճման թիթեղում
Աղբյուրներ՝ F3

51. Նախաբազկի դիաֆիզային կոտրվածքից հետո ո՞ր մնացորդային դեֆորմացիան է աճի ընթացքում առավել դժվար շտկվում:
Ա- Ռոտացիոն անհամապատասխանությունը
Բ- Փոքր տեղաշարժը՝ ըստ լայնության, փոքր տարիքի երեխայի մոտ
Գ- Աճման հեռադիր թիթեղի մոտ փոքր անկյունային դեֆորմացիան
Դ- Շարժման հարթության մեջ թույլ անկյունային դեֆորմացիան
Աղբյուրներ՝ F3

52. Դեռևս չքայլող 6 ամսական երեխան ունի ազդրոսկրի կոտրվածք: Ծնողների նկարագրած հանգամանքներով դժվար է բացատրել վնասվածքը: Կոտրվածքի բուժմանը զուգահեռ ի՞նչ պետք է անել:
Ա- Վնասվածքը պատահական համարել՝ այլ վնասումների բացակայության հիման վրա
Բ- Բռնությունը հաստատել միայն կոտրվածքի տեղակայմամբ
Գ- Գնահատել երեխայի անվտանգությունը, վնասվածքի հանգամանքները և բժշկական հնարավոր պատճառները
Դ- Սահմանափակվել կոտրվածքի բուժմամբ՝ թողնելով պատճառի գնահատումը մինչև սերտաճումը

Աղբյուրներ՝ F

53. Երեխայի գիպսակապը թրջվել ու փափկել է: Երեխան գանգատվում է գիպսակապի տակ մաշկի գրգռվածությունից: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Թաց գիպսի վրա ավելացնել չոր գիպսի նոր շերտ
Բ- Չորացնել տաք օդով և մաշկը չզննել
Գ- Պահպանել նույն գիպսակապը մինչև պլանային հեռացումը
Դ- Հանել կամ փոխել վնասված գիպսակապը՝ մաշկը և անշարժացման որակը գնահատելուց հետո
Աղբյուրներ՝ F

54. Շյուղային ֆիքսացիայից հետո երեխան ունի տենդ և շյուղի մուտքի տեղում՝ շարունակվող ցավ ու արտադրություն: Ի՞նչ պետք է անել:
Ա- Գնահատել վարակի խորությունը, վերցնել համապատասխան նմուշներ և վերանայել բուժումը
Բ- Սկսել միայն տեղային հակասեպտիկ՝ առանց զննման
Գ- Սպասել շյուղերի պլանային հեռացմանը
Դ- Բուժումը սահմանափակել բերանային ցավազրկմամբ
Աղբյուրներ՝ F

55. Գիպսակապը դնելուց երկու շաբաթ անց երեխան կոտրվածքի շրջանում այլևս ցավ չի զգում: Ի՞նչ հիմքով կարելի է թույլատրել վերադարձը մարզումներին:
Ա- Կլինիկական և անհրաժեշտ ռենտգենաբանական սերտաճումը, շարժումները և ծանրաբեռնման տանելիությունը գնահատելուց հետո
Բ- Հանգստի ժամանակ ցավի բացակայությունը հաստատելուց հետո
Գ- Գիպսակապը հանելու օրը՝ անկախ մնացած տվյալներից
Դ- Նախապես սահմանված նույն ժամկետում՝ ցանկացած կոտրվածքի դեպքում
Աղբյուրներ՝ F

56. 12 տարեկան երեխայի նախաբազկի երկու ոսկրերի կոտրվածքի ուղղումից մեկ շաբաթ անց զարգացել է կրկնակի տեղաշարժ՝ տարիքին ու տեղակայմանը համապատասխան ընդունելի սահմաններից դուրս: Կոտրվածքը դեռ շարժուն է: Ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:
Ա- Պահպանել նույն գիպսը՝ հիմնվելով առաջին ուղղման բավարար արդյունքի վրա

Բ- Վերականգնել ընդունելի դիրքը և գնահատել լրացուցիչ ֆիքսացիայի անհրաժեշտությունը
Գ- Հանել գիպսը և սկսել ռոտացիոն վարժություններ
Դ- Սպասել սերտաճմանը՝ առանց վերաձևավորման ներուժը գնահատելու
Աղբյուրներ՝ F

57. 12 տարեկան երեխայի ուսահոդի հոդախախտն ուղղվել է: Մաշկի ո՞ր հատվածում է պետք ստուգել զգացողությունը՝ աքսիլյար նյարդի վիճակը գնահատելու համար:
Ա- Նախաբազկի միջային մակերեսին
Բ- Ձեռքի մեջքային մակերեսի առաջին միջմատնային տարածությունում
Գ- Ուսի դրսային մակերեսին՝ դելտայաձև մկանի շրջանում
Դ- Ճկույթի ծայրին
Աղբյուրներ՝ F

58. Ճանապարհատրանսպորտային պատահարից հետո երեխայի մոտ հայտնաբերվել է ազդրոսկրի կոտրվածք: Նա ունի նաև տախիկարդիա և որովայնի ցավ: Ո՞րն է ճիշտ առաջնահերթությունը:
Ա- Շարունակել համակարգված վնասվածքային գնահատումն ու կայունացումը՝ կոտրվածքն անշարժացնելուն զուգահեռ
Բ- Նախ կատարել կոտրվածքի վերջնական ֆիքսացիա, ապա գնահատել որովայնը
Գ- Տախիկարդիան վերագրել միայն ցավին՝ առանց կրկնակի գնահատման
Դ- Սահմանափակել հետազոտությունը վնասված վերջույթով, քանի որ վնասման օջախը հայտնի է
Աղբյուրներ՝ F

59. Բարձր էներգիայի վնասվածքից հետո դեռահասն ունի կոնքազդրային հոդի հոդախախտ: Կենսական ցուցանիշները կայունացվել են, առաջնային զննումն ավարտված է: Ո՞րն է առաջնահերթ քայլը:
Ա- Հետաձգել ուղղումը մինչև հաջորդ առավոտ՝ այտուցը նվազեցնելու համար
Բ- Շտապ ուղղել հոդախախտը՝ համապատասխան անզգայացմամբ և նյարդանոթային հսկողությամբ
Գ- Սկսել ձգում և ուղղումը պլանավորել մեկ շաբաթ անց
Դ- Նախ կատարել ՄՌՇ՝ անկախ ուղղման ուշացումից
Աղբյուրներ՝ F

60. 9 տարեկան երեխայի ոլոքի հեռադիր աճման թիթեղի կոտրվածքը սերտաճել է: Վեց ամիս անց ցավ չկա, սակայն սրունքաթաթային հոդի առանցքն աստիճանաբար շեղվում է: Ո՞ր պատճառն է առավել հավանական:
Ա- Աճի սովորական համաչափ արագացում
Բ- Աճման թիթեղի մասնակի վաղ փակում
Գ- Ուշացած կապանային ձգվածք
Դ- Մեկուսացված մկանային հոգնածություն
Աղբյուրներ՝ F

Կոնքազդրային հոդ

61. 7 շաբաթական երեխայի կոնքազդրային հոդի ուղղվող հոդախախտը հաստատվել է զննմամբ և ուլտրաձայնային հետազոտությամբ: Երեխան նախկինում չի բուժվել, նյարդամկանային հիվանդություն չունի: Ինչպե՞ս սկսել բուժումը:
Ա- Սկզբնական փակ ուղղում և սպիկա գիպսակապ
Բ- Պավլիկի ասպանդակներ՝ կլինիկական և ուլտրաձայնային սերտ հսկողությամբ
Գ- Միայն դիտարկում մինչև վեց ամսականը
Դ- Բաց ուղղում՝ որպես առաջնային բուժում
Աղբյուրներ՝ R6

62. Հետույքային առաջադրությամբ ծնված 6 շաբաթական երեխայի կոնքազդրային հոդերի զննմամբ շեղումներ չեն հայտնաբերվել: Զարգացման դիսպլազիայի ռիսկը գնահատելու համար ո՞ր պատկերային հետազոտությունն է նախընտրելի:
Ա- Կոնքի առաջահետին ռենտգենագրություն
Բ- Կոնքազդրային հոդերի ուլտրաձայնային հետազոտություն
Գ- Կոնքի ՄՌՇ
Դ- Կոնքի ՀՇ
Աղբյուրներ՝ R6

63. 13 տարեկան դեռահասի մոտ հաստատվել է ազդրոսկրի գլխիկի թեթև աստիճանի կայուն պատանեկան էպիֆիզեոլիզ: Երեխան այլևս չի ծանրաբեռնում վերջույթը: Ո՞րն է վերջնական բուժումը:
Ա- Պտուտակային ֆիքսացիա առկա դիրքում՝ առանց ուժային ուղղման
Բ- Բեռնաթափում մինչև աճման թիթեղի ինքնուրույն փակվելը
Գ- Սկզբնական ուղղիչ միջտամբիոնային օստեոտոմիա
Դ- Ուժային փակ ուղղում և պտուտակային ֆիքսացիա

Աղբյուրներ՝ R7; O06

64. 6 տարեկան տղան երկու ամիս է՝ կաղում է և երբեմն գանգատվում ծնկի ցավից: Տենդ չունի: Ազդրի զատումն ու ներսային պտույտը սահմանափակ են: Ռենտգեն պատկերում ազդրոսկրի գլխիկի էպիֆիզը սկլերոզված է և մասնատված: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Լեգ–Կալվե–Պերտեսի հիվանդություն
Բ- Ազդրոսկրի գլխիկի պատանեկան էպիֆիզեոլիզ
Գ- Ազդրոսկրի վզիկի զարգացման վարուսային դեֆորմացիա
Դ- Անցողիկ սինովիտ
Աղբյուրներ՝ R8

65. Հետույքային առաջադրությամբ ծնված 4 շաբաթական երեխայի կոնքազդրային հոդերը կայուն են: Ուլտրաձայնային հետազոտությամբ առկա են թեթև անհասության նշաններ: Եթե ընտրվել է դիտարկման մարտավարությունը, ինչպե՞ս կազմակերպել հսկողությունը:
Ա- Պլանավորել կրկնակի կլինիկական և ուլտրաձայնային գնահատում
Բ- Դադարեցնել հսկողությունը նորմալ կլինիկական զննման հիման վրա
Գ- Հաջորդ պատկերային քննությունը կատարել միայն քայլքի խանգարման դեպքում
Դ- Անմիջապես կատարել փակ ուղղում և գիպսային անշարժացում
Աղբյուրներ՝ S039; R6

66. 5 ամսական երեխայի նորածնային կոնքազդրային զննումը նորմալ է եղել: Այժմ մի կողմից ազդրի զատումը սահմանափակված է: Ո՞րն է ճիշտ մոտեցումը:
Ա- Կրկին գնահատել հոդի զարգացման խանգարման հավանականությունը և կատարել տարիքին համապատասխան պատկերային հետազոտություն
Բ- Դիսպլազիան բացառել նախկին նորմալ զննման հիման վրա
Գ- Սկսել միայն առբերիչ մկանների ձգում և զննել վեց ամիս անց
Դ- Սպասել մինչև քայլելու սկիզբը՝ կլինիկական պատկերը հստակեցնելու համար
Աղբյուրներ՝ R6; U5

67. 3 ամսական երեխան կոնքազդրային հոդի զարգացման դիսպլազիայի կապակցությամբ երեք շաբաթ է՝ կրում է Պավլիկի ասպանդակներ: Ո՞ր տվյալն է հիմք բուժումն արագ վերանայելու համար:
Ա- Ասպանդակների պայմաններում ազդրերի որոշ ակտիվ շարժումների պահպանումը

Բ- Ծնկահոդերի ակտիվ տարածման պահպանումը
Գ- Երեք շաբաթ անց ուլտրաձայնով հաստատվող չուղղված հոդախախտը
Դ- Ցավի բացակայությունը ասպանդակները կրելիս
Աղբյուրներ՝ R6; U5; V3

68. Ազդրոսկրի գլխիկի պատանեկան էպիֆիզեոլիզի դեպքում ո՞ր կլինիկական նշանն է վկայում անկայուն սահքի մասին:
Ա- Ախտանիշների տևողությունը երեք շաբաթից պակաս է
Բ- Սահքի անկյունը գերազանցում է 30°-ը
Գ- Երեխան չի կարող քայլել նույնիսկ հենակներով
Դ- Ազդրի ներսային պտույտը սահմանափակված է
Աղբյուրներ՝ R7

69. Երեխայի մոտ կասկածվում է ազդրոսկրի գլխիկի պատանեկան էպիֆիզեոլիզ: Մինչև ախտորոշման հաստատումն ու բուժման պլանավորումը վերջույթի ծանրաբեռնման վերաբերյալ ո՞ր հրահանգն է ճիշտ:
Ա- Լիովին դադարեցնել տուժած վերջույթի ծանրաբեռնումը
Բ- Թույլատրել քայլել մինչև տանելի ցավի շեմը
Գ- Թույլատրել միայն կարճ տարածություններ քայլել առանց հենակների
Դ- Բացառել վազքը, բայց պահպանել սովորական քայլքը
Աղբյուրներ՝ R7

70. Դեռահասը գանգատվում է ծնկի ցավից: Ծնկի ռենտգեն պատկերում շեղումներ չկան, սակայն ազդրի ներսային պտույտը խիստ սահմանափակ է: Ո՞ր շրջանի պատկերային հետազոտությունն է անհրաժեշտ:
Ա- Ծնկահոդի ՄՌՇ
Բ- Կոնքի և կոնքազդրային հոդերի ռենտգենագրություն
Գ- Ամբողջ ստորին վերջույթի ՀՇ
Դ- Գոտկային ողնաշարի ռենտգենագրություն
Աղբյուրներ՝ S064

71. 9 տարեկան, տարիքին համեմատ ցածրահասակ և նորմալ քաշով երեխայի մոտ հաստատվել է ազդրոսկրի գլխիկի պատանեկան էպիֆիզեոլիզ: Բուժմանը զուգահեռ ի՞նչ լրացուցիչ ուղղությամբ է անհրաժեշտ հետազոտում:
Ա- Միայն սննդային ալերգիայի

Բ- Միայն ծնկահոդի մենիսկների վնասման
Գ- Միայն կապանային գերշարժունության
Դ- Ներզատական կամ երիկամային նյութափոխանակային խանգարման
Աղբյուրներ՝ R7

72. Կայուն, թեթև աստիճանի պատանեկան էպիֆիզեոլիզի դեպքում ի՞նչ նպատակով է կատարվում պտուտակով ֆիքսացիա առկա դիրքում:
Ա- Գլխիկի և վզիկի ձևը պարտադիր վերականգնել նույն միջամտությամբ
Բ- Անմիջապես վերացնել աճուկի բոլոր մեխանիկական ախտանիշները
Գ- Կանխել հետագա սահքը՝ կայունացնելով աճման թիթեղը
Դ- Ապահովել անհապաղ վերադարձ հարվածային մարզումներին
Աղբյուրներ՝ R7; S008

73. Երկու երեխա ունեն Պերտեսի հիվանդություն՝ գլխիկի նույն ծավալի ախտահարմամբ: Մեկը հիվանդացել է 4 տարեկանում, մյուսը՝ 10: Ո՞ւմ մոտ է գլխիկի վերաձևավորման ներուժն ավելի մեծ:
Ա- Կանխատեսումը կախված է միայն երեխայի քաշից
Բ- 4 տարեկանում հիվանդացած երեխան
Գ- 10 տարեկանում հիվանդացած երեխան
Դ- Տարիքը դեր չունի, եթե ախտահարման ծավալը նույնն է
Աղբյուրներ՝ S048

74. Պերտեսի հիվանդության դեպքում զննման ո՞ր տվյալն է առավել կարևոր ազդրոսկրի գլխիկը քացախափոսում կենտրոնացած պահելու բուժում պլանավորելիս:
Ա- Միայն հանգստի ժամանակ ցավի ուժգնությունը
Բ- Միայն ծնկահոդի շարժումների ծավալը
Գ- Միայն վերջույթների երկարությունների տարբերությունը
Դ- Ազդրի զատումը, հոդի շարժունակությունը և գլխիկի պարփակման հնարավորությունը
Աղբյուրներ՝ R8

75. 16 տարեկան մարզիկի ռենտգեն պատկերում պատահաբար հայտնաբերվել է cam-տիպի ձևափոխություն: Նա ցավ չունի, կոնքազդրային հոդի գործառույթը լիարժեք է: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա- Պահպանել սովորական ակտիվությունը՝ ախտանիշների դեպքում վերագնահատմամբ
Բ- Կատարել կանխարգելիչ արթրոսկոպիկ ուղղում՝ մինչև ցավի առաջացումը
Գ- Արգելել սպորտը մինչև ոսկրային ձևափոխության հեռացումը
Դ- Նշանակել լիակատար բեռնաթափում՝ մինչև պատկերի փոփոխվելը
Աղբյուրներ՝ S076; V4

76. Դեռահասը ծանրաբեռնման ժամանակ ունենում է կոնքազդրային իմպինջմենտին բնորոշ թեթև գանգատներ: Տագնապային նշաններ չկան, նախկինում չի բուժվել: Ինչպե՞ս սկսել բուժումը:
Ա- Անմիջապես կատարել արթրոսկոպիկ ոսկրային ուղղում
Բ- Կիրառել միայն պարբերական ներհոդային ներարկումներ
Գ- Նշանակել երկարատև լիակատար բեռնաթափում՝ առանց վարժությունների
Դ- Փոփոխել ծանրաբեռնումը և սկսել նպատակային վերականգնողական ծրագիր
Աղբյուրներ՝ S076; V4

77. 3 ամսական երեխայի մոտ Օրտոլանիի փորձը դրական է: Ի՞նչ է ցույց տալիս այս փորձը:
Ա- Կայուն հոդում ջլային կտկտոց
Բ- Կայուն հոդի անջատում՝ հետին ճնշման պայմաններում
Գ- Ազդրի մաշկային ծալքերի անհամաչափություն
Դ- Հոդախախտված գլխիկի վերադարձը քացախափոս՝ մեղմ զատման ժամանակ
Աղբյուրներ՝ R6

78. 6 շաբաթական չորս երեխաների կոնքազդրային հոդերի զննումը նորմալ է: Ո՞ր անամնեզային տվյալն է ինքնուրույն հիմնավորում զարգացման դիսպլազիայի նպատակային պատկերային զննումը:
Ա- Ֆիզիոլոգիական նորածնային դեղնուկ
Բ- Նորածնի փոքր պորտային ճողվածք
Գ- Հղիության երրորդ եռամսյակում հետույքային առաջադրություն
Դ- Կարճատև կերակրման դժվարություն
Աղբյուրներ՝ R6

79. Քայլել սկսած երեխան կաղում է, սակայն ցավից չի գանգատվում: Ոտքերի երկարությունները տարբեր են, ազդրի զատումը՝ սահմանափակ: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա- Զարգացման coxa vara
Բ- Ուշ հայտնաբերված կոնքազդրային հոդի զարգացման դիսպլազիա
Գ- Երկկողմանի ոլոքային ներքին ոլորում
Դ- Անցողիկ սինովիտ
Աղբյուրներ՝ R6

80. 6 ամսական երեխայի մոտ կասկածվում է կոնքազդրային հոդի զարգացման դիսպլազիա: Ո՞ր հետազոտությամբ սկսել ոսկրային կառուցվածքների գնահատումը:
Ա- Հոդերի ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ որպես միակ երկարատև հսկողություն
Բ- Կոնքի ՀՇ
Գ- Կոնքի ՄՌՇ՝ անզգայացմամբ
Դ- Կոնքի առաջահետին ռենտգենագրություն
Աղբյուրներ՝ R6; V5

81. Ավելորդ քաշ ունեցող 13 տարեկան դեռահասը կաղում է: Կոնքազդրային հոդը ծալելիս ազդրն ակամա պտտվում է դեպի դուրս: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Լեգ–Կալվե–Պերտեսի հիվանդություն
Բ- Ազդրոսկրի գլխիկի պատանեկան էպիֆիզեոլիզ
Գ- Ազդրոսկրի վզիկի սթրեսային կոտրվածք
Դ- Ազդրոսկրի մեծացած անտեվերսիա
Աղբյուրներ՝ R7

82. Դեռահասը ցավի պատճառով չի կարող ծանրաբեռնել ոտքը: Կասկածվում է ազդրոսկրի գլխիկի անկայուն պատանեկան էպիֆիզեոլիզ: Ի՞նչ ռենտգեն պատկերներ ստանալ՝ առանց ազդրն ուժով զատելու:
Ա- Երկկողմանի «գորտի դիրքով» պատկերներ՝ առավելագույն զատմամբ
Բ- Կոնքի առաջահետին և հորիզոնական ճառագայթով կողմնային պատկերներ
Գ- Կանգնած դիրքով կոնքի պատկեր՝ ամբողջական ծանրաբեռնմամբ
Դ- Պտտողական սթրեսային պատկերներ՝ սահքի կայունությունը գնահատելու համար
Աղբյուրներ՝ R7

83. Պերտեսի հիվանդությամբ 6 տարեկան երեխայի կոնքազդրային հոդի շարժումները գնալով սահմանափակվում են: Ո՞րն է բուժման նպատակը:
Ա- Ազդրի ամբողջական անշարժացում մինչև հիվանդության բոլոր փուլերի ավարտը
Բ- Միայն ցավազրկում՝ առանց շարժումների հսկողության
Գ- Ակտիվության ավելացում՝ ցավի պայմաններում շարժումները պահպանելու համար
Դ- Հոդի շարժունակության և գլխիկի պարփակման պահպանում՝ բուժման անհատական պլանով
Աղբյուրներ՝ R8

84. Վիրուսային հիվանդությունից հետո 5 տարեկան երեխան թեթև կաղում է: Ընդհանուր վիճակը լավ է, կարողանում է հենվել ոտքին, հանգստից հետո արագ լավանում է: Լուրջ պատճառները բացառելուց հետո ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա- Անցողիկ սինովիտ
Բ- Վաղ Պերտեսի հիվանդություն
Գ- Կոնքազդրային հոդի բակտերիալ արթրիտ
Դ- Պատանեկան իդիոպաթիկ արթրիտ
Աղբյուրներ՝ Լ

85. Անցողիկ սինովիտով հսկվող երեխայի ջերմությունը բարձրացել է, և երեխան այլևս չի հենվում ոտքին: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Նույն օրը վերագնահատել՝ հատկապես սեպտիկ արթրիտի հավանականությունը
Բ- Ավելացնել միայն հակաբորբոքային դեղի դեղաչափը
Գ- Պահպանել անցողիկ սինովիտի ախտորոշումը և զննել մեկ շաբաթ անց
Դ- Սկսել շարժումների ինտենսիվ վերականգնում
Աղբյուրներ՝ Լ

86. Աջ ոտքի վրա կանգնելիս երեխայի կոնքի ձախ կեսն իջնում է: Ո՞ր կողմի և ո՞ր խմբի մկանների թուլությանն է բնորոշ այս նշանը:
Ա- Աջ ազդրի առբերիչների
Բ- Ձախ ազդրի զատիչների
Գ- Աջ ծնկի տարածիչների
Դ- Աջ ազդրի զատիչների
Աղբյուրներ՝ R6; R8

Ոտնաթաթ և սրունքաթաթային հոդ

87. 3 շաբաթական երեխան ունի իդիոպաթիկ բնածին ծուռթաթություն: Նախկինում բուժում չի ստացել: Ո՞ր մեթոդով սկսել բուժումը:
Ա- Կոշիկային շտկում՝ առանց գիպսավորման
Բ- Սպասել մինչև երեխան սկսի հենվել ոտքերին
Գ- Առաջնային ընդարձակ հետնաներսային ազատում
Դ- Պոնսետիի մեթոդով հաջորդական մանիպուլյացիաներ և գիպսավորում
Աղբյուրներ՝ R9

88. Պոնսետիի մեթոդով փուլային գիպսավորումից և աքիլեսյան ջլի տենոտոմիայից հետո ծուռթաթությունն ամբողջությամբ ուղղվել է: Ինչպե՞ս պահպանել ստացված արդյունքը:
Ա- Ոտնաթաթերի զատման բրեյս՝ սահմանված ռեժիմով և հսկողությամբ
Բ- Միայն սրունքաթաթային առանձին օրթեզ՝ առանց զատող ձողի
Գ- Միայն ամենօրյա ձգումներ՝ առանց բրեյսի
Դ- Գիպսավորման շարունակություն մինչև ինքնուրույն քայլելը
Աղբյուրներ՝ R9

89. Առողջ 5 տարեկան երեխան ունի երկկողմանի անցավ հարթաթաթություն: Նստելիս կամ մատների վրա կանգնելիս ոտնաթաթերի կամարները վերականգնվում են: Աքիլեսյան ջլի կոնտրակտուրա չկա, երեխան ազատ վազում և խաղում է: Ի՞նչ խորհուրդ տալ ծնողներին:
Ա- Բացատրել վիճակի բարորակ բնույթը և պահպանել սովորական ակտիվությունը
Բ- Նշանակել կոշտ օրթեզներ՝ ապագա կամարն անպայման ձևավորելու համար
Գ- Կատարել կանխարգելիչ ուղղիչ օստեոտոմիա
Դ- Սահմանափակել վազքը՝ ապագա ցավը կանխելու նպատակով
Աղբյուրներ՝ R10

90. 14 տարեկան դեռահասն ունի ցավոտ հարթաթաթություն և սրունքաթաթային հոդի կապանների կրկնվող վնասումներ: Մատների վրա կանգնելիս ոտնաթաթի կամարը չի վերականգնվում, ենթավեգային հոդի շարժումները խիստ սահմանափակ են: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Ճկուն հարթաթաթություն՝ առանց կոնտրակտուրայի
Բ- Հետին ոլոքային ջլի մեկուսացված գերծանրաբեռնում
Գ- Հավելյալ նավակոսկրի ախտանշային վիճակ

Դ- Նախաթաթային ոսկրերի կոալիցիա
Աղբյուրներ՝ R11

91. Նորածնի կրունկավալգուսային դիրքային դեֆորմացիան ճկուն է և աստիճանաբար շտկվում է: Զննման ո՞ր նշանն ավելի բնորոշ կլիներ բնածին ուղղաձիգ վեգոսկրին:
Ա- Ինքնուրույն արագ բարելավումը
Բ- Պասիվ լիարժեք ուղղելիությունը
Գ- Թաթի հետին բաժնի նորմալ ճկուն շարժումները
Դ- Թաթի հետին բաժնի կոշտ էկվինուսը՝ պահպանվող ճոճաթոռանման ներբանով
Աղբյուրներ՝ S031; S034

92. Կրծքի երեխայի մոտ հայտնաբերվել է բնածին ուղղաձիգ վեգոսկր: Ուղղիչ բուժումից առաջ ի՞նչ ուղեկցող հիվանդություններ պետք է որոնել:
Ա- Նյարդամկանային և գենետիկական խանգարումներ
Բ- Միայն կալցիումի սննդային պակաս
Գ- Միայն վերջույթի հետվնասվածքային երկարության տարբերություն
Դ- Միայն հոդերի բորբոքային հիվանդություն
Աղբյուրներ՝ S031; S067

93. Երեխայի ոլոքի հետնամիջային կորությունն աճի ընթացքում նվազում է: Ի՞նչ ցուցանիշ պետք է շարունակել վերահսկել:
Ա- Միայն միջաթաթային ոսկրերի երկարությունը
Բ- Աճի ընթացքում վերջույթների երկարությունների տարբերությունը
Գ- Միայն հետին բաժնի վալգուսի տեսանելիությունը
Դ- Միայն սրունքի ռոտացիան՝ առանց երկարությունը չափելու
Աղբյուրներ՝ S034

94. Ծուռթաթության ուղղումից հետո երեխան կրում է ոտնաթաթերի զատման բրեյս: Կրունկին բշտիկ է առաջացել: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Ավելի ծգել գոտին՝ առանց մաշկը ստուգելու
Բ- Պահպանել նույն ռեժիմը մինչև բշտիկի ինքնուրույն ապաքինումը
Գ- Ընդմիշտ դադարեցնել բրեյսը՝ արդեն ստացված ուղղումը համարելով կայուն
Դ- Գնահատել մաշկը, կրունկի տեղադրումն ու բրեյսի համապատասխանությունը և հարմարեցնել ռեժիմը
Աղբյուրներ՝ R9; N3

95. Ծուռթաթության փուլային գիպսավորումից հետո երեխայի մոտ պահպանվում է միայն էկվինուսը: Ո՞ր միջամտությունն է հաճախ անհրաժեշտ ուղղումն ավարտելու համար:
Ա- Առաջային ոլոքային ջլի փոխանցում
Բ- Առաջնային ընդարձակ հետնաներսային ազատում
Գ- Աքիլեսյան ջլի միջմաշկային տենոտոմիա
Դ- Կրնկոսկրի ուղղիչ օստեոտոմիա
Աղբյուրներ՝ R9

96. 14 տարեկան դեռահասն ունի ցավոտ կոշտ հարթաթաթություն: Ստանդարտ ռենտգեն պատկերներն առայժմ չեն բացատրում ախտանիշները: Ի՞նչ մոտեցում ընտրել:
Ա- Վիճակը համարել տարիքային տարբերակ և դադարեցնել հետազոտումը
Բ- Գնահատել ենթավեգային շարժունակությունը և կատարել նպատակային հետազոտում՝ կառուցվածքային պատճառը պարզելու համար
Գ- Նշանակել միայն կամարի բարձրացնող ներդիր՝ առանց լրացուցիչ գնահատման
Դ- Վիրահատություն ընտրել միայն կանգնած դիրքի լուսանկարի հիման վրա
Աղբյուրներ՝ R10; R11

97. Ռենտգեն պատկերում նախաթաթային ոսկրերի միջև հստակ ոսկրային կամրջակ չի երևում, սակայն կոալիցիայի կասկածը պահպանվում է: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել հարմար աճառային կամ ֆիբրոզ կամրջակը գնահատելու համար:
Ա- Համակարգչային շերտագրություն
Բ- Մագնիսառեզոնանսային շերտագրություն
Գ- Կրկնակի սովորական ռենտգենագրություն
Դ- Ոսկրային սցինտիգրաֆիա
Աղբյուրներ՝ S019

98. Երեխան առաջին անգամ դիմել է ցավոտ նախաթաթային կոալիցիայի կապակցությամբ: Նախկինում չի բուժվել: Վիրահատություն քննարկելուց առաջ ի՞նչ բուժում առաջարկել:
Ա- Անմիջապես կատարել եռակի արթրոդեզ
Բ- Անմիջապես հեռացնել կոալիցիան՝ անկախ տեղակայումից

Գ- Սահմանափակել ցավոտ ակտիվությունը, կիրառել ախտանշային բուժում և անհրաժեշտության դեպքում կարճատև անշարժացում
Դ- Կատարել միայն ուղղիչ օստեոտոմիա՝ առանց նախնական ոչ վիրահատական բուժման
Աղբյուրներ՝ R11

99. Կրծքի երեխայի ոտնաթաթի առաջային բաժինն ուղղված է ներս: Այն հեշտությամբ հնարավոր է պասիվ բերել չեզոք դիրքի և զատել նաև այդ դիրքից դուրս: Հետին բաժնի դիրքը նորմալ է: Ո՞րն է ախտորոշումը:
Ա- Ուղղաձիգ վեգոսկր
Բ- Ճկուն միջաթաթի առբերում՝ metatarsus adductus
Գ- Կոշտ բնածին ծուռթաթություն
Դ- Նախաթաթային ոսկրերի կոալիցիա
Աղբյուրներ՝ G1

100. Նորածնի ոտնաթաթը կոշտ է: Առկա են բարձր կամար, առաջային բաժնի առբերում, հետին բաժնի վարուս և էկվինուս: Ո՞րն է ախտորոշումը:
Ա- Ճկուն հարթաթաթություն
Բ- Մեկուսացված միջաթաթի առբերում
Գ- Դիրքային կրունկավալգուսային թաթ
Դ- Բնածին ծուռթաթություն
Աղբյուրներ՝ R9

101. Ծուռթաթության հաջող ուղղումից հետո երեխայի սրունքաթաթային հոդի մեջքային ծալումը նվազել է, իսկ կրունկը կրկին ընդունել է վարուսային դիրք: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Գնահատել կրկնության բաղադրիչները և բրեյսի կիրառումը՝ վաղ կրկնակի ուղղիչ բուժում պլանավորելու համար
Բ- Անմիջապես կատարել ընդարձակ վիրաբուժական ազատում՝ առանց ճկունությունը գնահատելու
Գ- Սահմանափակվել կոշիկի ներդիրով՝ անկախ էկվինուսից
Դ- Հետաձգել բուժումը մինչև ցավի առաջացումը
Աղբյուրներ՝ R9

102. Վազքով զբաղվող 10 տարեկան երեխան մարզումների ժամանակ ցավ է զգում կրունկի շրջանում: Կրնկոսկրը երկու կողքերից սեղմելիս ցավն ուժեղանում է: Տենդ և գիշերային ցավ չկան: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Կրնկոսկրի սթրեսային կոտրվածք
Բ- Աքիլեսյան ներդրման տենդինոպաթիա
Գ- Կրնկոսկրի ապոֆիզիտ
Դ- Կրնկոսկրի օստեոմիելիտ
Աղբյուրներ՝ G3

103. Երեխայի մոտ ախտորոշվել է կրնկոսկրի ապոֆիզիտ: Տագնապային նշաններ չկան: Ինչպե՞ս սկսել բուժումը:
Ա- Անհապաղ կատարել աքիլեսյան ջլի երկարացում
Բ- Նշանակել երկարատև լիակատար բեռնաթափում՝ մինչև աճման գոտու փակվելը
Գ- Նվազեցնել ցավ առաջացնող հարվածային ծանրաբեռնումը և կիրառել ախտանշային միջոցներ
Դ- Կատարել ապոֆիզի պլանային հեռացում
Աղբյուրներ՝ G3

104. Երեխան վերջերս սկսել է մի ոտքի մատների վրա քայլել: Նույն կողմում ջլային ռեֆլեքսներն ուժեղացած են: Ի՞նչ հետազոտում է անհրաժեշտ:
Ա- Սկսել միայն աքիլեսյան ջլի ձգման վարժություններ
Բ- Նշանակել օրթեզ՝ առանց նյարդաբանական պատճառը պարզելու
Գ- Կատարել ամբողջական նյարդաբանական և հենաշարժական գնահատում՝ հետագա հետազոտությունն ուղղորդելու համար
Դ- Ախտորոշել իդիոպաթիկ քայլվածք մատների վրա՝ միայն ծնողի նկարագրությամբ
Աղբյուրներ՝ G4

105. 4 տարեկան երեխան երբեմն քայլում է մատների վրա, սակայն կարողանում է կանգնել ու քայլել նաև կրունկներին հենված: Զարգացումը համապատասխանում է տարիքին, նյարդաբանական շեղումներ չկան: Այլ պատճառները բացառելուց հետո ի՞նչ ախտորոշում կարելի է դնել:
Ա- Իդիոպաթիկ քայլվածք մատների վրա
Բ- Սպաստիկ հեմիպարեզ
Գ- Ֆիքսված աքիլեսյան կոնտրակտուրա
Դ- Ժառանգական պերիֆերիկ նեյրոպաթիա

Աղբյուրներ՝ G4

106. Դեռահասի ոտնաթաթերի կամարները գնալով բարձրանում են: Վերջույթների հեռադիր մկանները թույլ են, ընտանիքում ևս կան նման ոտնաթաթեր ունեցող անձինք: Ի՞նչ հիվանդություն է պետք կասկածել:
Ա- Իդիոպաթիկ ճկուն հարթաթաթություն
Բ- Միայն դիրքային կավուս՝ առանց նյարդային ախտահարման
Գ- Ոսկրային նյութափոխանակության սննդային խանգարում
Դ- Ժառանգական նյարդամկանային հիվանդություն, օրինակ՝ Շարկո–Մարի–Թութի հիվանդություն
Աղբյուրներ՝ G5

107. Երեխան գանգատվում է լրացուցիչ նավակաձև ոսկրի շրջանում ցավից, որն ուժեղանում է կոշիկի ճնշումից: Սուր կոտրվածք չկա: Ինչպե՞ս սկսել բուժումը:
Ա- Անմիջապես հեռացնել հավելյալ ոսկրը և վերականգնել ջիլը
Բ- Նշանակել երկարատև գիպսավորում՝ մինչև կմախքային հասունացում
Գ- Հարմարեցնել ակտիվությունն ու կոշիկը, կիրառել ցավոտ հատվածը չսեղմող հենարան
Դ- Կատարել վեգանավակային արթրոդեզ
Աղբյուրներ՝ G6

108. Հարթաթաթությամբ երեխայի ոտնաթաթի կամարը վերականգնվում է, երբ բժիշկը պասիվ տարածում է մեծ մատը: Ի՞նչ է ցույց տալիս այս փորձը:
Ա- Հետին ոլոքային ջլի պարտադիր պատռվածք
Բ- Մեկուսացված աքիլեսյան կոնտրակտուրա
Գ- Ոտնաթաթի երկայնական կամարի ճկունություն
Դ- Ենթավեգային հոդի պարտադիր ոսկրային սերտաճում
Աղբյուրներ՝ R10

Ոսկրային աճ, վերջույթների առանցք և երկարություն

109. Առողջ 9 տարեկան երեխայի մի ստորին վերջույթը մյուսից 1 սմ-ով կարճ է: Տարբերությունն իրական է: Անկյունային դեֆորմացիա և գանգատներ չկան: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար մոտեցումը:
Ա- Կատարել կարճ վերջույթի անհապաղ երկարացում
Բ- Կատարել երկար վերջույթի էպիֆիզեոդեզ՝ ըստ այսօրվա տարբերության

Գ- Կատարել երկար վերջույթի կարճացնող օստեոտոմիա
Դ- Պարբերաբար չափել տարբերությունը և գնահատել հետագա աճը
Աղբյուրներ՝ R17

110. Երեխան ունի բազմաթիվ օստեոխոնդրոմաներ: Ռենտգեն պատկերում ո՞ր նշանն է բնորոշ օստեոխոնդրոմային:
Ա- Ոսկրածուծային խոռոչի բացակայությունը գոյացության ներսում
Բ- Միայն փափուկհյուսվածքային կալցիֆիկացիան
Գ- Գոյացության կեղևային շերտի ու ոսկրածուծային խոռոչի շարունակականությունը մայր ոսկրի հետ
Դ- Լայն անցումային գոտին և կեղևային շերտի քայքայումը
Աղբյուրներ՝ S040

111. Ոտքերի կորությամբ երեխայի ռենտգեն պատկերում աճման թիթեղները լայնացած են, իսկ մետաֆիզները՝ գավաթաձև: Ի՞նչ պետք է անել մինչև դեֆորմացիայի պլանային վիրահատական շտկումը:
Ա- Կատարել ուղղիչ օստեոտոմիա՝ նյութափոխանակային գնահատումը թողնելով հետվիրահատական շրջանին
Բ- Հետազոտել և բուժել ոսկրային նյութափոխանակության խանգարումը՝ նախքան պլանային ուղղումը
Գ- Նշանակել միայն ուղղիչ կոշիկներ
Դ- Կատարել միայն ժամանակավոր հեմիէպիֆիզեոդեզ՝ առանց պատճառի գնահատման
Աղբյուրներ՝ S021

112. Առողջ 18 ամսական երեխայի երկու ոտքերն ունեն թեթև, համաչափ վարուսային կորություն, որն աստիճանաբար նվազում է: Ցավ կամ աճի խանգարում չկա: Ո՞րն է ճիշտ մոտեցումը:
Ա- Պարբերական կլինիկական հսկողություն
Բ- Երկար օրթեզներ՝ մինչև առանցքի լիարժեք ուղղվելը
Գ- Վաղ ուղղիչ օստեոտոմիա
Դ- Ժամանակավոր հեմիէպիֆիզեոդեզ
Աղբյուրներ՝ G2

113. 4 տարեկան երեխայի մի սրունքի վարուսային կորությունն աճում է, իսկ քայլքի հենման փուլում ծունկը կտրուկ շեղվում է դեպի դուրս: Ի՞նչ հիվանդություն պետք է կասկածել:
Ա- Ֆիզիոլոգիական վարուս
Բ- Սննդային ռախիտ
Գ- Ազդրոսկրի մեծացած անտեվերսիա
Դ- Բլաունտի հիվանդություն
Աղբյուրներ՝ G2

114. Առողջ 4 տարեկան երեխայի ծնկների թեթև վալգուսը համաչափ է, չի խորանում և ցավ չի պատճառում: Ի՞նչ խորհուրդ տալ ծնողներին:
Ա- Ժամանակավոր հեմիէպիֆիզեոդեզ
Բ- Երկարատև ուղղիչ օրթեզավորում
Գ- Երկկողմանի ուղղիչ օստեոտոմիա
Դ- Բացատրություն և պարբերական հսկողություն
Աղբյուրներ՝ G7

115. 11 տարեկան երեխայի մոտ աճման թիթեղի վնասումից հետո զարգացել է միակողմանի, առաջադիմող ծնկային վալգուս: Ո՞ր հետազոտությամբ գնահատել ամբողջ վերջույթի առանցքը:
Ա- Երկու վերջույթների ամբողջ երկարության ռենտգեն՝ կանգնած դիրքում
Բ- Միայն ծնկահոդի առաջահետին և կողմնային ռենտգեն
Գ- Ծնկահոդի ՄՌՇ՝ առանց ամբողջ վերջույթի պատկերի
Դ- Սրունքաթաթային հոդերի ռենտգեն՝ կանգնած դիրքում
Աղբյուրներ՝ R17; F

116. Առողջ 3 տարեկան երեխան քայլելիս երկու ոտնաթաթերն ուղղում է ներս: Ազդր–ոտնաթաթ անկյունը երկու կողմում էլ ուղղված է ներս, իսկ կոնքազդրային հոդերի պտույտները նորմալ են: Ո՞րն է պատճառը:
Ա- Ոլոքի արտաքին ոլորում
Բ- Նախաթաթային կոալիցիա
Գ- Ազդրոսկրի մեծացած անտեվերսիա
Դ- Ոլոքի ներքին ոլորում
Աղբյուրներ՝ G1

117. 6 տարեկան երեխան քայլելիս ոտնաթաթերն ուղղում է ներս: Կոնքազդրային հոդերում ներսային պտույտն ավելացած է, դրսայինը՝ սահմանափակ: Ոտնաթաթերի ձևը նորմալ է: Ո՞րն է պատճառը:
Ա- Ոլոքի արտաքին ոլորում
Բ- Կոշտ հարթաթաթություն
Գ- Ազդրոսկրի մեծացած անտեվերսիա
Դ- Միջաթաթի առբերում
Աղբյուրներ՝ G1

118. Ծնողները հարցնում են՝ արդյո՞ք հատուկ կոշիկ կրելը կարող է շտկել երեխայի ազդրոսկրի մեծացած անտեվերսիան: Ի՞նչ պատասխանել:
Ա- Կոշիկները փոխում են ազդրոսկրի ռոտացիան, եթե կրում են ամբողջ օրը
Բ- Կոշիկները պետք է համակցել գիշերային ռոտացիոն բրեյսերի հետ բոլոր երեխաների մոտ
Գ- Կոշիկները արդյունավետ են միայն մինչև դպրոցական տարիքը
Դ- Հատուկ կոշիկները հուսալիորեն չեն շտկում ազդրոսկրի անտեվերսիան
Աղբյուրներ՝ G1

119. Երեխան վաղուց քայլում է ոտնաթաթերը թեթևակի ներս ուղղած, սակայն վերջերս սկսել է կաղալ և մեկ ոտքում ցավ զգալ: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Առանձին հետազոտել նոր ցավի և կաղության պատճառը
Բ- Ամբողջ պատկերը վերագրել նախկին ռոտացիոն առանձնահատկությանը
Գ- Փոխել միայն կոշիկը և հսկել մեկ տարի անց
Դ- Սկսել ռոտացիոն շտկող վարժություններ՝ առանց նոր զննման
Աղբյուրներ՝ G1; L

120. Զննման ժամանակ երեխայի մի ոտքը մյուսից կարճ է թվում: Կանգնած դիրքում ո՞ր պարզ փորձով կարելի է գնահատել վերջույթների երկարությունների գործառութային տարբերությունը:
Ա- Կարճ ոտքի տակ հաջորդաբար դնել հայտնի հաստության հենակներ՝ մինչև կոնքի հավասարեցումը
Բ- Չափել միայն պորտից մինչև ներսային պճեղ հեռավորությունը
Գ- Համեմատել միայն ծնկների բարձրությունը նստած դիրքում
Դ- Չափել միայն երկու սրունքների շրջագծերը
Աղբյուրներ՝ R17

121. Երկու երեխաների մոտ էլ ստորին վերջույթների երկարությունների տարբերությունն այժմ 2 սմ է: Բուժումը պլանավորելիս ո՞ր լրացուցիչ տվյալն է առավել կարևոր:
Ա- Երեխայի ներկայիս օրացուցային տարիքը
Բ- Աճի ավարտին կանխատեսվող երկարությունների տարբերությունը
Գ- Կարճ վերջույթի աջ կամ ձախ լինելը
Դ- Ծնողների հասակների տարբերությունը
Աղբյուրներ՝ R17

122. 10 տարեկան երեխայի ծնկային ախտաբանական վալգուսը հարաճում է: Աճման թիթեղները բաց են և կենսունակ, շտկման համար բավարար աճ է մնացել: Ո՞ր մեթոդով կարելի է աստիճանաբար ուղղել առանցքը՝ առանց անմիջական օստեոտոմիայի:
Ա- Երկարատև ծնկային օրթեզավորում
Բ- Ամբողջ աճման թիթեղի մշտական էպիֆիզեոդեզ
Գ- Ժամանակավոր հեմիէպիֆիզեոդեզ
Դ- Միայն ֆիզիոթերապիա՝ մկանային ուժի մեծացմամբ
Աղբյուրներ՝ G8

123. Կմախքային հասունության հասած դեռահասի մոտ պահպանվում է նշանակալի ախտաբանական ծնկային վալգուս: Ինչո՞ւ ժամանակավոր հեմիէպիֆիզեոդեզը այլևս չի կարող ուղղել առանցքը:
Ա- Հասուն ոսկրում օստեոտոմիան չի սերտաճում
Բ- Հասուն տարիքում անհնար է իմպլանտի ֆիքսացիան
Գ- Այլևս չկա աճման թիթեղի ակտիվ աճ, որը հնարավոր է ուղղորդել
Դ- Փակ աճման թիթեղի դեպքում դեֆորմացիան ինքնուրույն ուղղվում է
Աղբյուրներ՝ G8

124. Ազդրոսկրի հեռադիր աճման թիթեղի միջային հատվածում աճը դադարել է, իսկ դրսային հատվածում շարունակվում է: Ճակատային հարթությունում ի՞նչ դեֆորմացիա է սպասվում:
Ա- Վալգուս
Բ- Վարուս
Գ- Միայն ոլոքի ներքին ոլորում

Դ- Միայն սրունքաթաթային էկվինուս
Աղբյուրներ՝ F

125. Երեխան ունի մի քանի ոսկրերի կորություն, լայնացած դաստակներ և աճի հապաղում: Նախքան ոտքերի կորությունը ֆիզիոլոգիական համարելը՝ ի՞նչ պետք է գնահատել:
Ա- Գնահատել կալցիում–ֆոսֆորային փոխանակությունն ու ռախիտի հնարավոր պատճառները
Բ- Նշանակել միայն կամարի հենարաններ
Գ- Կորությունը համարել ֆիզիոլոգիական՝ միայն երկկողմանի լինելու պատճառով
Դ- Կատարել ուղղիչ վիրահատություն՝ առանց նյութափոխանակային հետազոտման
Աղբյուրներ՝ G2

126. 7 տարեկան երեխան երեկոյան գանգատվում է երկու ոտքերի ցավից, որն առավոտյան ամբողջությամբ անցնում է: Չի կաղում, զննմամբ շեղումներ չկան: Ո՞ր նոր գանգատն է կրկնակի հետազոտման հիմք:
Ա- Մեկ կետում պահպանվող ցավ և ցերեկային կաղություն
Բ- Առավոտյան ցավի բացակայություն
Գ- Դրվագների միջև բնականոն ակտիվություն
Դ- Երկկողմանի ընդհատվող ցավ
Աղբյուրներ՝ L

Ողնաշար

127. 12 տարեկան աղջիկն ունի պատանեկան իդիոպաթիկ սկոլիոզ: Կոբբի անկյունը 32° է, Ռիսերի ցուցանիշը՝ 0: Առաջին դաշտանը դեռ չի եղել: Նյարդաբանական զննմամբ շեղումներ չկան: Ո՞րն է սկզբնական բուժումը:
Ա- Կոշտ կրծքագոտկասրբանային օրթեզ՝ հսկողությամբ
Բ- Միայն դիտարկում՝ առանց օրթեզի
Գ- Առաջնային սպոնդիլոդեզ
Դ- Միայն բուժական վարժություններ՝ որպես օրթեզի փոխարինում
Աղբյուրներ՝ R12; SRS-Bracing

128. Վաղ սկսված սկոլիոզով երեխան սկսել է գանգատվել գլխացավից: Զննման ժամանակ հայտնաբերվել են ախտաբանական ռեֆլեքսներ: Ո՞ր հետազոտությամբ գնահատել նյարդային համակարգի հնարավոր ուղեկցող ախտահարումը:

Ա- Միայն կանգնած դիրքով ողնաշարի ռենտգենագրություն
Բ- Ողերի ոսկրային կառուցվածքի ՀՇ
Գ- Սկոլիոզի օրթեզավորում՝ առանց լրացուցիչ հետազոտման
Դ- ՄՌՇ՝ գանգաողնաշարային անցման և ողնուղեղի գնահատմամբ
Աղբյուրներ՝ S004

129. Կրծքի երեխայի սկոլիոզն ակնկալվում էր, որ աճի ընթացքում կշտկվի, սակայն հաջորդական ռենտգեն պատկերներում Կոբբի անկյունը մեծանում է: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Շարունակել միայն դիտարկումը՝ կորությունն ինքնուրույն անցնող համարելով
Բ- Անմիջապես կատարել վերջնական սպոնդիլոդեզ՝ անկախ տարիքից և ճկունությունից
Գ- Բուժումը սահմանափակել միայն մկանային վարժություններով
Դ- Գնահատել առաջընթացը, ճկունությունն ու պատճառը և որոշել փուլային գիպսավորման ցուցումները
Աղբյուրներ՝ S058; L4

130. Աճող դեռահասի չափավոր իդիոպաթիկ սկոլիոզի դեպքում ի՞նչ նպատակով է նշանակվում ողնաշարի կորսետ:
Ա- Ապահովել առկա կորության մշտական անատոմիական վերացում
Բ- Ողերը միաձուլել առանց վիրահատության
Գ- Կորության ուղղումը շարունակել նաև աճի լրիվ ավարտից հետո
Դ- Նվազեցնել աճի ընթացքում կորության առաջընթացի վտանգը
Աղբյուրներ՝ R12

131. Երկու աղջիկների մոտ Կոբբի անկյունը 32° է: Առաջինը նախադաշտանային տարիքում է, Ռիսերի ցուցանիշը՝ 0, երկրորդը՝ առաջին դաշտանից երեք տարի անց, Ռիսերի ցուցանիշը՝ 5: Ինչո՞ւ նրանց համար կորսետի ցուցումը կարող է տարբեր լինել:
Ա- Կորսետի արդյունավետությունը որոշվում է միայն ցավի ուժգնությամբ
Բ- Մնացորդային աճն ու առաջընթացի վտանգը էապես տարբեր են
Գ- 32° կորությունն անկախ տարիքից պահանջում է վիրահատություն
Դ- Ռիսերի 5 ցուցանիշը նշանակում է առավելագույն մնացորդային աճ
Աղբյուրներ՝ R12

132. Փոքր երեխան հրաժարվում է նստել ու կանգնել: Կոնքազդրային հոդերի զննմամբ էական շեղումներ չկան: ՄՌՇ պատկերներում երևում են միջողային սկավառակի և հարակից ողերի բորբոքային փոփոխություններ: Ո՞րն է ախտորոշումը:
Ա- Անցողիկ սինովիտ
Բ- Պատանեկան սպոնդիլոարթրիտ
Գ- Ողի սթրեսային վնասում
Դ- Դիսցիտ՝ հարակից ողերի օստեոմիելիտով
Աղբյուրներ՝ S066

133. Մարզման ժամանակ դեռահասը վնասել է գլուխն ու պարանոցը: Պարանոցի ցավն անցել է, սակայն դեռահասը շարունակում է գանգատվել գլխացավից և դժվարանում է կենտրոնանալ: Ի՞նչ պետք է անել:
Ա- Վերադարձ սպորտի՝ պարանոցի նորմալ ռենտգենի հիման վրա
Բ- Վերադարձ միայն ոչ կոնտակտային մարզման՝ նույն օրը
Գ- Գնահատել ուղեղի ցնցումը և ժամանակավորապես դադարեցնել մարզական մասնակցությունը
Դ- Թույլատրել մարզում՝ ցավազրկող ընդունելուց հետո
Աղբյուրներ՝ S087

134. Երեխայի ուսերը տարբեր բարձրության վրա են: Առաջ թեքվելիս մեջքի մի կողմում կողերն ավելի արտահայտված են ցցվում: Ի՞նչ պետք է կասկածել:
Ա- Կառուցվածքային սկոլիոզ
Բ- Միայն կեցվածքային կիֆոզ
Գ- Միայն ուսագոտու մկանային անհամաչափություն
Դ- Ողնաշարի մեկուսացված սագիտալ անհամաչափություն
Աղբյուրներ՝ R12

135. Կանգնած դիրքում կատարված ողնաշարի ռենտգեն պատկերում ո՞ր անկյունով է չափվում սկոլիոտիկ կորությունը:
Ա- Ռիսերի ցուցանիշը
Բ- Կոբբի անկյունը
Գ- Ողնաշարի կոնքային ինցիդենցիայի անկյունը
Դ- Կրծքային կիֆոզի սագիտալ անկյունը
Աղբյուրներ՝ R12

136. Աճող դեռահասն ունի իդիոպաթիկ սկոլիոզ՝ Կոբբի 15° անկյունով: Նյարդաբանական զննմամբ շեղումներ չկան: Ինչպե՞ս կազմակերպել հետագա վարումը:
Ա- Պլանավորված կլինիկական և ըստ անհրաժեշտության ռենտգենաբանական հսկողություն
Բ- Անմիջապես սկսել լիաժամ կոշտ կորսետ
Գ- Կատարել կանխարգելիչ սպոնդիլոդեզ
Դ- Դադարեցնել հսկողությունը՝ քանի դեռ ցավ չկա
Աղբյուրներ՝ R12

137. Դեռահաս մարմնամարզիկի գոտկային ցավն ուժեղանում է իրանը բազմիցս հետ ծալելիս: Պատկերային հետազոտությամբ հայտնաբերվել է ողի միջհոդային հատվածի սթրեսային վնասում: Ո՞րն է ախտորոշումը:
Ա- Դիսցիտ
Բ- Սպոնդիլոլիզ
Գ- Սպոնդիլոլիստեզ՝ պարտադիր տեղաշարժով
Դ- Ողի մարմնի կոմպրեսիոն կոտրվածք
Աղբյուրներ՝ SP

138. Գոտկային ցավով երեխայի ռենտգեն պատկերում L5 ողը S1-ի նկատմամբ տեղաշարժված է դեպի առաջ: Ինչպե՞ս է կոչվում այս տեղաշարժը:
Ա- Կիֆոզ
Բ- Սպոնդիլոլիստեզ
Գ- Սկոլիոզ
Դ- Թաքնված ողնաշարային ճեղքվածք
Աղբյուրներ՝ SP

139. Դեռահասի գոտկային ցավի պատճառը սպոնդիլոլիզն է: Նյարդաբանական խանգարումներ և բարձր աստիճանի սպոնդիլոլիստեզ չկան: Ինչպե՞ս սկսել բուժումը:
Ա- Անմիջապես կատարել սպոնդիլոդեզ
Բ- Փոփոխել ցավ առաջացնող ծանրաբեռնումը և սկսել վերահսկվող վերականգնում
Գ- Շարունակել նույն մարզումը՝ ցավազրկողի օգնությամբ
Դ- Սկսել ողնաշարի կրկնվող ուժային գերտարածման վարժություններ
Աղբյուրներ՝ SP

140. Մեջքի ցավով երեխայի մոտ ի հայտ են եկել միզակապություն և ոտքերի ուժգնացող թուլություն: Ո՞րն է անհապաղ քայլը:
Ա- Նշանակել բերանային հակաբորբոքային դեղ և զննել մեկ շաբաթ անց
Բ- Նախ կատարել էլեկտրամիոգրաֆիա՝ հետագա ՄՌՇ-ն որոշելու համար
Գ- Սկսել վերականգնողական բուժում և պատկերային հետազոտել արդյունքի բացակայության դեպքում
Դ- Անհապաղ կատարել ողնաշարի ՄՌՇ՝ սեղմումը հայտնաբերելու և շտապ դեկոմպրեսիայի ցուցումները որոշելու համար
Աղբյուրներ՝ SP2

141. Դեռահասի կրծքային կիֆոզը լիովին ուղղվում է, երբ նա ակտիվորեն տարածում է իրանը: Ցավ կամ նյարդաբանական շեղումներ չկան: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Շոյերմանի կիֆոզ
Բ- Կեցվածքային կիֆոզ
Գ- Բնածին սեգմենտացիոն կիֆոզ
Դ- Ողերի բազմակի կոմպրեսիոն դեֆորմացիա
Աղբյուրներ՝ SP3

142. Դեռահասն ունի ֆիքսված կրծքային կիֆոզ: Ռենտգեն պատկերում առնվազն երեք հարակից ողերի մարմինները սեպաձև են՝ յուրաքանչյուրի առաջային սեպաձևության անկյունն առնվազն 5° է: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Ֆիզիոլոգիական գոտկային լորդոզ
Բ- Ազդրի հետին մկանների մեկուսացված ձգում
Գ- Շոյերմանի կիֆոզ
Դ- Անցողիկ սինովիտ
Աղբյուրներ՝ SP3; V7

143. Երեխան գանգատվում է մեջքի շարունակական գիշերային ցավից: Ունի տենդ և ողնաշարի տեղային պալպատոր ցավոտություն: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Շտապ հետազոտել վարակի կամ ուռուցքի հավանականությունը
Բ- Սկսել վարժություններ և հետազոտումը հետաձգել վեց շաբաթով
Գ- Բավարարվել նորմալ նյարդաբանական զննմամբ
Դ- Բուժել որպես մկանային գերծանրաբեռնում՝ առանց հսկողության
Աղբյուրներ՝ SP2

Նյարդամկանային հիվանդություններ

144. Մանկական ուղեղային կաթվածով 7 տարեկան երեխայի կոնքի ստանդարտ ռենտգեն պատկերում ազդրոսկրի գլխիկի միգրացիայի տոկոսը 38% է: Երեխան ցավ չունի: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Հսկել միայն ցավի առաջացումից հետո
Բ- Հաջորդ ռենտգենը կատարել միայն քայլքը վատանալու դեպքում
Գ- Միայն 38% ցուցանիշի հիման վրա ընտրել կոնկրետ ոսկրային վիրահատություն
Դ- Գնահատել զատումը, GMFCS մակարդակը և միգրացիայի դինամիկան՝ հսկողությունն ու բուժումը պլանավորելու համար
Աղբյուրներ՝ R13; V6

145. Մանկական ուղեղային կաթվածով 4 տարեկան երեխայի շարժողական գործառույթը համապատասխանում է GMFCS IV մակարդակին: Կոնքազդրային հոդերում ցավ չկա: Կոնքի ռենտգեն քննություն նախկինում չի կատարվել: Ինչպե՞ս կազմակերպել հսկողությունը:
Ա- Միայն տարեկան հարցում ցավի վերաբերյալ
Բ- Միայն կլինիկական զննում՝ առանց սկզբնական ռենտգենի
Գ- Պատկերային հետազոտություն միայն ինքնուրույն քայլելուց հետո
Դ- Տարիքին ու GMFCS մակարդակին համապատասխան կլինիկական և ռենտգենաբանական հսկողություն
Աղբյուրներ՝ R13; V6

146. GMFCS IV մակարդակի մանկական ուղեղային կաթվածով երեխան թեթև տեղափոխումից հետո այլևս չի հանդուրժում ոտքի շարժումը: Նա երկար ժամանակ չի քայլում, արտաքին դեֆորմացիա չկա: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Զննել և նպատակային ռենտգենագրությամբ գնահատել ցածր էներգիայի կոտրվածքի հնարավորությունը
Բ- Փոփոխությունը համարել սպաստիկության սովորական տատանում
Գ- Անմիջապես ավելացնել պասիվ ձգումների ուժգնությունը
Դ- Սկսել միայն սպաստիկությունը նվազեցնող բուժում՝ առանց պատկերային քննության
Աղբյուրներ՝ AACPDM-Osteoporosis

147. Մանկական ուղեղային կաթվածով երեխայի կոնքազդրային հոդերի հսկողության հաճախականությունը որոշելիս ո՞ր գործառութային դասակարգումն է կիրառվում:
Ա- MACS մակարդակը
Բ- Modified Ashworth ցուցանիշը
Գ- GMFCS մակարդակը
Դ- House գործառութային դասակարգումը
Աղբյուրներ՝ R13

148. GMFCS IV մակարդակի 8 տարեկան երեխայի ազդրոսկրի գլխիկի միգրացիան մեկ տարում աճել է 28%-ից մինչև 46%: Ազդրի զատումը 20° է, ցավ չկա: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:
Ա- Հետաձգել գնահատումը մինչև ցավի առաջացումը
Բ- Պահպանել նույն հսկողության միջակայքը՝ առանց բուժման վերանայման
Գ- Բուժել միայն կոշիկային ներդիրներով
Դ- Գնահատել հարաճող տեղաշարժն ու կոնտրակտուրան և պլանավորել ժամանակին ուղղիչ բուժումը
Աղբյուրներ՝ R13; V6

149. Միելոմենինգոցելեով երեխան քայլում է, թեև ռենտգեն պատկերում ունի կոնքազդրային հոդի անցավ հոդախախտ: Քայլելու կարողությունը պահպանելուն ուղղված բուժումը պլանավորելիս ո՞ր տվյալներն են առաջնային:
Ա- Նյարդաբանական մակարդակը, ուժը և կոնտրակտուրաները
Բ- Հոդախախտի ռենտգենաբանական չափն ու վաղեմությունը
Գ- Քացախափոսի խորությունն ու տանիքի թեքությունը
Դ- Գլխիկի պարփակման տոկոսն ու գնդաձևությունը
Աղբյուրներ՝ S057

150. Դյուշենի մկանային դիստրոֆիայով տղայի մոտ նախատեսվում է սկոլիոզի վիրահատական բուժում: Նախավիրահատական շրջանում ո՞ր համակարգերի վիճակը պետք է անպայման գնահատել:
Ա- Միայն հոդերի շարժունակությունն ու կոշտությունը
Բ- Միայն ոսկրային խտությունն ու վիտամին D-ն
Գ- Սրտի և շնչառական համակարգի գործառույթները
Դ- Միայն նստած դիրքի հավասարակշռությունը
Աղբյուրներ՝ S051

151. Միելոմենինգոցելեով երեխան կոնքազդրային հոդերում ցավ չունի, սակայն ֆիքսված կոնտրակտուրայի պատճառով դժվարանում է նստել: Ինչի՞ հիման վրա որոշել միջամտության անհրաժեշտությունը:
Ա- Ռենտգեն պատկերը նորմալացնելու պահանջը՝ անկախ գործառույթից
Բ- Նստելու, խնամքի և առօրյա գործառույթի սահմանափակումը և բուժման նպատակները
Գ- Միայն հոդախախտի վաղեմությունը
Դ- Միայն ծնողի գնահատած արտաքին անհամաչափությունը
Աղբյուրներ՝ S057

152. Երեխան ուշ է սկսել քայլել և հաճախ է ընկնում: Հատակից վեր կենալիս ձեռքերը հենում է ծնկներին, ապա հերթով բարձրացնում ազդրերի վրայով և ուղղում իրանը: Ի՞նչ է հուշում այս նշանը:
Ա- Մեկուսացված ոտնաթաթի անկայունություն
Բ- Ուղեղիկային ատաքսիա
Գ- Մերձակա մկանային թուլություն
Դ- Մեկուսացված հեռադիր զգացող նեյրոպաթիա
Աղբյուրներ՝ N1

153. Մանկական ուղեղային կաթվածով երեխայի ոտնաթաթը պասիվ դեպի մեջք ծալելիս որքան արագ է շարժումը, այնքան մեծ է դիմադրությունը: Ինչպե՞ս է կոչվում այս երևույթը:
Ա- Ռիգիդություն
Բ- Ֆիքսված կոնտրակտուրա
Գ- Սպաստիկություն
Դ- Հոդային անկիլոզ
Աղբյուրներ՝ N2

154. Մանկական ուղեղային կաթվածով երեխան քայլելիս ոտնաթաթը պահում է էկվինուսային դիրքում: Ինչո՞ւ է կարևոր ստուգել նաև դանդաղ պասիվ մեջքային ծալման ծավալը:
Ա- Քայլքի էներգածախսը անմիջապես չափելու համար
Բ- Միայն ոսկրային ոլորումը որոշելու համար
Գ- Մկանային ուժը գնահատելու համար

Դ- Դինամիկ սպաստիկ բաղադրիչը ֆիքսված կոնտրակտուրայից տարբերելու համար
Աղբյուրներ՝ N2

155. Միելոմենինգոցելեով և ոտնաթաթի զգացողության նվազումով երեխան կրում է նոր սրունքաթաթային օրթեզ: Ցավ չի նշում: Ո՞ր տնային հսկողությունն է հատկապես կարևոր:
Ա- Քայլքի արագության ամենօրյա չափումը
Բ- Մատների ակտիվ շարժումների ստուգումը
Գ- Օրթեզը կրելիս ցավի առկայության հարցումը
Դ- Օրթեզի հետ շփվող մաշկի ամենօրյա զննումը
Աղբյուրներ՝ N3

156. Մանկական ուղեղային կաթվածով երեխայի ստորին վերջույթների վիրահատությունը քննարկելիս ինչի՞ հիման վրա պետք է սահմանել բուժման նպատակը:
Ա- Երեխայի գործառույթը, հարմարավետությունը, խնամքի կարիքներն ու ընտանիքի առաջնահերթությունները
Բ- Միայն հոդային անկյունների համապատասխանությունը տարիքային միջինին
Գ- Միայն ռենտգեն պատկերի համաչափությունը
Դ- Միայն նույն ախտորոշմամբ այլ երեխայի վիրահատական ծրագիրը
Աղբյուրներ՝ N2

Ոսկրահոդային վարակներ

157. Կոնքազդրային հոդի բակտերիալ արթրիտով երեխայի հոդը դրենավորվել է, նշանակվել են համապատասխան հակաբիոտիկներ: 72 ժամ անց տենդը պահպանվում է, իսկ CRP-ն աճում է: Կասկածվում է հարակից օստեոմիելիտ կամ թարախակույտ: Ո՞ր հետազոտությամբ գնահատել վարակի տարածվածությունը:
Ա- Կրկնել միայն կոնքի սովորական ռենտգենագրությունը
Բ- Կատարել միայն հոդի ուլտրաձայնային հետազոտություն
Գ- Կատարել ՄՌՇ՝ հոդի և հարակից ոսկրերի ու փափուկ հյուսվածքների գնահատմամբ
Դ- Հետազոտումը հետաձգել՝ սպասելով CRP-ի ինքնուրույն նվազմանը
Աղբյուրներ՝ R14

158. 4 տարեկան երեխայի մոտ կասկածվում է ծնկահոդի բակտերիալ արթրիտ: Ձարկերակային ճնշումն ընկած է, հյուսվածքների արյունամատակարարումը՝ վատացած: Արյունը վերցվել է ցանքի համար, սկսվել է վիճակի կայունացումը: Հոդածակումն անմիջապես կատարել հնարավոր չէ: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Հակաբիոտիկը հետաձգել մինչև հոդահեղուկի նմուշ ստանալը
Բ- Հակաբիոտիկը սկսել ՄՌՇ-ից հետո
Գ- Անհապաղ սկսել ներերակային էմպիրիկ հակաբիոտիկ և զուգահեռ կազմակերպել շտապ նմուշառումն ու դրենավորումը
Դ- Սկսել հակաբիոտիկը միայն արյան ցանքի նախնական պատասխանից հետո
Աղբյուրներ՝ R14

159. Բակտերիալ արթրիտի կասկածով երեխայի ընդհանուր վիճակը լավ է: Հոդածակումը հնարավոր է կատարել անմիջապես: Ի՞նչ նմուշներ է նպատակահարմար վերցնել մինչև հակաբիոտիկային բուժումն սկսելը:
Ա- Արյան ցանքս և հոդահեղուկ՝ բջջային քննության, Գրամի ներկման ու ցանքի համար
Բ- Միայն արյան ցանքս՝ հոդահեղուկի նմուշը թողնելով անբավարար պատասխանի դեպքում
Գ- Միայն հոդահեղուկի բջջաքանակ՝ առանց մանրէաբանական քննության
Դ- Միայն CRP և ԷՆԱ՝ հարուցիչը որոշելու համար
Աղբյուրներ՝ R14

160. 2 տարեկան երեխայի մոտ կասկածվում է բակտերիալ արթրիտ: Բորբոքային ցուցանիշները չափավոր բարձրացած են: Հոդահեղուկի Գրամի ներկումն ու սովորական ցանքը բացասական են: Հատկապես ո՞ր հարուցչի հայտնաբերման համար է օգտակար մոլեկուլային հետազոտությունը:
Ա- Kingella kingae
Բ- Staphylococcus aureus
Գ- Streptococcus pyogenes
Դ- Salmonella enterica
Աղբյուրներ՝ S036; R14

161. Օստեոմիելիտի կասկածով երեխայի առաջին ռենտգեն պատկերներում ոսկրային փոփոխություններ չկան: Ինչպե՞ս մեկնաբանել այս արդյունքը:
Ա- Վարակը բացառված է, եթե ջերմությունը 38°C-ից ցածր է
Բ- Կրկնակի պատկերային քննություն պետք է միայն մեկ ամիս անց

Գ- Վաղ օստեոմիելիտը հնարավոր է. հետագա գնահատումը պետք է հիմնվի կլինիկական կասկածի վրա
Դ- Նորմալ ռենտգենը ինքնուրույն հիմնավորում է հակաբիոտիկից հրաժարվելը
Աղբյուրներ՝ S071; U1

162. Վարակի օջախը դրենավորվել է, և երեխան ստանում է հարուցչի նկատմամբ ակտիվ հակաբիոտիկ: Չնայած բուժմանը՝ տենդը պահպանվում է, իսկ CRP-ն աճում է: Ի՞նչ պետք է վերագնահատել:
Ա- Անմիջապես ավելացնել երկրորդ հակաբիոտիկ՝ առանց օջախի վերագնահատման
Բ- Փոխել միայն ցավազրկման սխեման
Գ- Ստուգել վարակի աղբյուրի վերահսկումը, հարակից օջախների առկայությունն ու բուժման համապատասխանությունը
Դ- Սպասել մեկ շաբաթ՝ բարձրացող CRP-ն համարելով սպասվող ընթացք
Աղբյուրներ՝ R14

163. Օստեոմիելիտով երեխայի վիճակը բարելավվում է, սակայն համապատասխան հակաբիոտիկներից ոչ մեկը նա չի կարող ընդունել բերանով: Եթե տանը կամ ամբուլատոր պայմաններում հնարավոր է ապահովել անվտանգ բուժում և հսկողություն, ինչպե՞ս շարունակել բուժումը:
Ա- Դադարեցնել բուժումը կլինիկական բարելավման հիման վրա
Բ- Օգտագործել հարուցչի նկատմամբ ոչ ակտիվ բերանային դեղ
Գ- Պահպանել հոսպիտալացումը որպես միակ հնարավոր տարբերակ
Դ- Կազմակերպել վերահսկվող ամբուլատոր պարենտերալ հակաբիոտիկային բուժում
Աղբյուրներ՝ U1

164. Օստեոմիելիտով երեխայի ինքնազգացողությունը լավանում է, իսկ CRP-ն հաջորդական չափումներով նվազում է: Ինչպե՞ս կիրառել այս ցուցանիշը հետագա հսկողության ընթացքում:
Ա- Դեղը դադարեցնել առաջին նորմալ CRP-ի օրը՝ անկախ կլինիկայից
Բ- CRP-ի դինամիկան մեկնաբանել կլինիկական պատկերի հետ միասին
Գ- Բուժումը շարունակել մինչև բոլոր պատկերային փոփոխությունների անհետացումը
Դ- CRP-ով որոշել հարուցիչի տեսակը՝ առանց ցանքի
Աղբյուրներ՝ U1

165. Նորածնի մոտ ախտորոշվել է ազդրոսկրի մոտակա հատվածի օստեոմիելիտ: Ինչո՞ւ է անհրաժեշտ հետազոտել նաև նույն կողմի կոնքազդրային հոդը:
Ա- Հոդի վարակը բացառվում է նորմալ ռենտգեն պատկերով
Բ- Հոդը գնահատել միայն կարմրության առաջացման դեպքում
Գ- Հնարավոր է ուղեկցող սեպտիկ արթրիտ, որը պետք է նպատակային գնահատել
Դ- Հոդահեղուկի առկայությունը միշտ նշանակում է ստերիլ ռեակցիա
Աղբյուրներ՝ S022; S061

166. Դեռահասի կրնկոսկրի շրջանում կա վաղուց պահպանվող խուղակ՝ արտադրությամբ: CRP-ն նորմայի սահմաններում է: Ո՞րն է այս տվյալների ճիշտ մեկնաբանությունը:
Ա- Նորմալ CRP-ի դեպքում ոսկրային վարակը բացառված է
Բ- Խուղակը բնորոշ է միայն օտար մարմնի ռեակցիային
Գ- Հետազոտումը պետք է հետաձգել մինչև CRP-ի բարձրանալը
Դ- Քրոնիկ օստեոմիելիտը հնարավոր է՝ չնայած նորմալ CRP-ին
Աղբյուրներ՝ S095

167. Տենդով երեխան հրաժարվում է շարժել ոտքը: Կոնքազդրային հոդի պասիվ շարժումները խիստ ցավոտ են: Ո՞ր ախտորոշումն է անհրաժեշտ շտապ բացառել:
Ա- Անցողիկ սինովիտ
Բ- Սեպտիկ արթրիտ
Գ- Պերտեսի հիվանդություն
Դ- Պատանեկան իդիոպաթիկ արթրիտ
Աղբյուրներ՝ L; R14

168. Կաղացող երեխայի կոնքազդրային հոդում ուլտրաձայնային հետազոտությամբ հեղուկ է հայտնաբերվել: Միայն այս տվյալից ի՞նչ եզրակացություն կարելի է անել:
Ա- Հեղուկը հաստատում է անցողիկ սինովիտը
Բ- Հեղուկի առկայությունը հաստատված է, սակայն պատճառը դեռ որոշված չէ
Գ- Հեղուկը հաստատում է բակտերիալ արթրիտը
Դ- Հեղուկի առկայությունը բացառում է հարակից օստեոմիելիտը
Աղբյուրներ՝ R14

169. Սուր օստեոմիելիտով 9 տարեկան երեխայի մոտ ՄՌՇ-ով հայտնաբերվել է 3 սմ ենթավերնոսկրային թարախակույտ: Համապատասխան հակաբիոտիկի ֆոնին տենդն ու ընդհանուր ծանր վիճակը պահպանվում են: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Դադարեցնել հակաբիոտիկը՝ վիրահատական ցանքի զգայունությունը բարձրացնելու համար
Բ- Շարունակել միայն նույն դեղը և կրկնել ՄՌՇ-ն մեկ շաբաթ անց
Գ- Հակաբիոտիկային բուժմանը զուգահեռ դրենավորել թարախակույտը և կատարել անհրաժեշտ դեբրիդման
Դ- Ավելացնել միայն հակաբորբոքային դեղ՝ առանց օջախի բուժման
Աղբյուրներ՝ U1

170. Օստեոմիելիտով երեխայի վիճակը բարելավվել է: Նա կարող է բերանով ընդունել հարուցչի նկատմամբ ակտիվ հակաբիոտիկ, իսկ ընտանիքը կարող է ապահովել հետագա հսկողությունը: Դուրսգրումից հետո ինչպե՞ս շարունակել բուժումը:
Ա- Դադարեցնել հակաբիոտիկը տենդի անցնելու պահին
Բ- Պահպանել երակային կաթետերը մինչև ռենտգենի լրիվ նորմալացումը
Գ- Անցնել համապատասխան բերանային հակաբիոտիկի՝ պլանավորված տևողությամբ և հսկողությամբ
Դ- Բերանային անցումը թույլատրել միայն բուժման ամբողջ ներերակային կուրսից հետո
Աղբյուրներ՝ U1

171. Օստեոմիելիտով երեխան բուժման ընթացքում լավանում է: Ոսկրային նմուշի ցանքով հայտնաբերված հարուցիչը զգայուն է ավելի նեղ սպեկտրի հակաբիոտիկի նկատմամբ: Ինչպե՞ս ընտրել հետագա բուժումը:
Ա- Ընտրել հարուցչի նկատմամբ ակտիվ, համապատասխան նեղ սպեկտրի բուժում
Բ- Պարտադիր պահպանել սկզբնական լայն սպեկտրի համակցությունը
Գ- Ավելացնել երկրորդ դեղ՝ միայն ցանքի դրական լինելու պատճառով
Դ- Բուժումը շարունակել ըստ CRP-ի՝ անտեսելով զգայունությունը
Աղբյուրներ՝ U1

Սպորտային և գերծանրաբեռնման վնասումներ

172. 12 տարեկան մարզիկը ծանրաբեռնման ժամանակ ծնկի ցավ է զգում: Ռենտգեն պատկերում առկա է ազդրոսկրի միջային կոճի շերտազատող օստեոխոնդրիտ: ՄՌՇ-

ով օջախը կայուն է: Աճման թիթեղները բաց են, ծունկը չի արգելափակվում: Ինչպե՞ս սկսել բուժումը:
Ա- Անմիջապես հեռացնել ոսկրաաճառային օջախը
Բ- Սահմանափակել հարվածային ակտիվությունը և կիրառել վերահսկվող ոչ վիրահատական ծրագիր
Գ- Անմիջապես կատարել հորատում՝ առանց պահպանողական բուժման փորձի
Դ- Շարունակել մրցումները՝ միայն ցավազրկողի օգնությամբ
Աղբյուրներ՝ R15

173. 13 տարեկան ֆուտբոլիստի մոտ աստիճանաբար առաջացել է ցավ ոլոքի թմբկության շրջանում: Թմբկությունը պալպացիայով ցավոտ է: Ցավն ուժեղանում է վազելիս և դիմադրության դեմ ծունկը տարածելիս: Սուր վնասվածք չի եղել, երեխան կարող է բարձրացնել տարածված ոտքը: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Ծնկոսկրի ջլի պատռվածք
Բ- Ոլոքի թմբկության տեղաշարժված պոկումային կոտրվածք
Գ- Ծնկի սեպտիկ արթրիտ
Դ- Օսգուդ–Շլատերի հիվանդություն
Աղբյուրներ՝ R16

174. Առաջային խաչաձև կապանի պատռվածքով պատանի մարզիկը շարունակում է կտրուկ շրջադարձերով մարզումները: Ծնկահոդը բազմիցս անկայուն է եղել: Հոդի ո՞ր կառուցվածքներն են երկրորդային վնասման վտանգի տակ:
Ա- Միայն աճման թիթեղները
Բ- Միայն կողմնային կապանները
Գ- Միայն ծնկոսկրի ջիլը
Դ- Մենիսկներն ու հոդաճառը
Աղբյուրներ՝ S016; S032

175. Առաջային խաչաձև կապանի վերականգնումից հետո դեռահաս մարզիկը ցավ չունի, բայց պահպանում է քառագլուխ մկանի թուլությունն ու վայրէջքի վատ վերահսկումը: Պլանավորված վերադարձի ամսաթիվը մոտեցել է: Ինչպե՞ս որոշել մրցումներին վերադառնալու պատրաստվածությունը:
Ա- Թույլատրել վերադարձը՝ միայն անցած ամիսների թվով
Բ- Թույլատրել վերադարձը՝ միայն ծնկի կայունության փորձով

Գ- Գնահատել ուժը, գործառութային առաջադրանքները, շարժման որակը և հոգեբանական պատրաստվածությունը
Դ- Թույլատրել վերադարձը՝ միայն ցավի և այտուցի բացակայությամբ
Աղբյուրներ՝ K; IOC-ACL

176. Նետումներով զբաղվող պատանի մարզիկն ունի ցավ արմնկահոդի միջային ապոֆիզի շրջանում: Անկայունություն չկա: Նշվածներից ո՞րն է խանգարում ապաքինմանը:
Ա- Նետումներից հանգիստը
Բ- Ցավոտ կրկնվող նետումները շարունակելը
Գ- Աստիճանական վերականգնումը՝ ըստ ախտանիշների
Դ- Մարզումային ծավալի կարգավորումը
Աղբյուրներ՝ S025; S065

177. Դեռահաս վազորդի աճուկային ցավը կասկածելի է ազդրոսկրի վզիկի սթրեսային վնասման առումով: Առաջին ռենտգեն պատկերներում կոտրվածք չի երևում: Մինչև հետագա հետազոտությունն ի՞նչ խորհուրդ տալ մարզիկին:
Ա- Շարունակել դանդաղ վազքը՝ մինչև ՄՌՇ-ի օրը
Բ- Դադարեցնել վազքը և բեռնաթափել վերջույթը՝ շտապ հետագա գնահատմամբ
Գ- Թույլատրել ցատկային մարզում՝ եթե ուղիղ վազքը ցավոտ է
Դ- Բացառել կոտրվածքը նորմալ առաջին ռենտգենի հիման վրա
Աղբյուրներ՝ S014

178. Օսգուդ–Շլատերի հիվանդությունից հետո դեռահասի ոլոքի թմբկությունն արտահայտված է մնացել: Ցավ չունի, ծնկահոդի գործառույթը լիարժեք է: Ի՞նչ խորհուրդ տալ:
Ա- Հեռացնել ոսկրիկը՝ ապագա ցավը կանխելու համար
Բ- Բացատրել, որ անցավ թմբկությունը վիրահատության ցուցում չէ
Գ- Նշանակել երկարատև սպորտային արգելք
Դ- Անշարժացնել մինչև թմբկության փոքրանալը
Աղբյուրներ՝ S077

179. Պատանեկան շերտազատող օստեոխոնդրիտով դեռահասի ծունկն սկսել է մեխանիկորեն արգելափակվել: ՄՌՇ-ով երևում է տեղաշարժված ոսկրաաճառային բեկոր: Ո՞րն է նպատակահարմար հաջորդ քայլը:

Ա- Շարունակել նախկին վարժությունները՝ առանց բուժման փոփոխության
Բ- Թույլատրել սպորտ՝ հանգստի ցավի բացակայության հիման վրա
Գ- Հետաձգել միջամտությունը մինչև աճման թիթեղների փակվելը
Դ- Պլանավորել վիրահատություն՝ գնահատելով բեկորի պահպանման և ֆիքսման հնարավորությունը
Աղբյուրներ՝ S029; S059

180. Դեռահասը ծունկը ոլորելիս ճտոց է զգացել: Ծունկն արագ այտուցվել է: Լախմանի փորձի ժամանակ ոլոքի առաջային տեղաշարժն ավելացած է: Ո՞ր կառուցվածքի վնասումն է առավել հավանական:
Ա- Հետին խաչաձև կապանի
Բ- Ներսային կողմնային կապանի
Գ- Առաջային խաչաձև կապանի
Դ- Ծնկոսկրի միջային կայունացնող կապանի
Աղբյուրներ՝ K

181. Դեռահասը ոլորել է ծունկը: Ունի ցավ հոդաճեղքի երկայնքով և ծնկահոդի իսկական մեխանիկական արգելափակում: Ո՞ր վնասումը պետք է կասկածել:
Ա- Մենիսկի տեղաշարժված պատռվածք
Բ- Քառագլուխ մկանի մեկուսացված տենդինոպաթիա
Գ- Ներսային կողմնային կապանի թեթև ձգվածք
Դ- Պատելոֆեմորալ ցավային համախտանիշ
Աղբյուրներ՝ K

182. Դեռահասի ծնկոսկրի առաջին դրսային հոդախախտն ինքնուրույն ուղղվել է, սակայն ծնկահոդի արտահայտված այտուցը պահպանվում է: Ի՞նչ ուղեկցող վնասում պետք է որոնել:
Ա- Միայն միջային ռետինակուլումի ձգվածք
Բ- Միայն ծնկոսկրի ջլի գերծանրաբեռնում
Գ- Միայն միջային մենիսկի դեգեներացիա
Դ- Ոսկրաաճառային կոտրվածք կամ ներհոդային ազատ մարմին
Աղբյուրներ՝ K

183. 15 տարեկան դեռահասը կքաննստելիս և աստիճաններով բարձրանալիս ցավ է զգում ծնկի առաջային շրջանում: Հոդում հեղուկի կուտակում, արգելափակում կամ անկայունություն չկա: Ինչպե՞ս սկսել բուժումը:
Ա- Անմիջապես կատարել ախտորոշիչ արթրոսկոպիա
Բ- Սահմանափակվել երկարատև անշարժացմամբ
Գ- Կատարել ներհոդային ստերոիդային ներարկում՝ որպես առաջին քայլ
Դ- Կարգավորել ծանրաբեռնումը և սկսել կոնքազդրային ու ծնկային մկանների նպատակային վերականգնում
Աղբյուրներ՝ K2

184. Մարզումների ծավալը կտրուկ ավելացնելուց հետո վազորդը գանգատվում է ոլոքի տեղային ցավից: Առաջին ռենտգեն պատկերում փոփոխություններ չկան, սակայն ցավը պահպանվում է: Ո՞ր հետազոտությունն ընտրել սթրեսային վնասումը հայտնաբերելու համար:
Ա- Ուլտրաձայնային հետազոտություն
Բ- Կրկնակի ռենտգենագրություն նույն օրը
Գ- Ոսկրային խտության չափում՝ որպես օջախի ախտորոշիչ մեթոդ
Դ- ՄՌՇ
Աղբյուրներ՝ K3

185. Դեռահաս մարզուհին ունի կրկնվող սթրեսային կոտրվածքներ և դաշտանային ցիկլի խանգարում: Սննդով ստացած էներգիան քիչ է մարզումների ծավալի համեմատ: Ի՞նչ լրացուցիչ գնահատում է անհրաժեշտ:
Ա- Գնահատել էներգիայի հասանելիությունը, դաշտանային գործառույթը և ոսկրային առողջությունը
Բ- Սահմանափակվել կալցիումի մեկ չափումով
Գ- Գնահատել միայն վազքի տեխնիկան
Դ- Փոխել միայն մարզակոշիկը՝ առանց համակարգային հետազոտման
Աղբյուրներ՝ K3

186. Նետումներով զբաղվող 12 տարեկան մարզիկը գանգատվում է ուսի ցավից: Ռենտգեն պատկերում բազկոսկրի մոտակա աճման թիթեղը լայնացած է: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Բազկոսկրի գլխիկի օստեոնեկրոզ
Բ- Պատանի նետողի ուս՝ մոտակա աճման թիթեղի գերծանրաբեռնման վնասում

Գ- Ակրոմիոկլավիկուլյար հոդի վնասում
Դ- Ուսահոդի շրթունքի մեկուսացված վնասում
Աղբյուրներ՝ K4

187. Պատանի մարզիկի մոտ հայտնաբերվել է գերծանրաբեռնման հետևանքով առաջացած վնասում: Ինչպե՞ս կազմակերպել վերադարձը մարզումներին:
Ա- Աստիճանաբար մեծացնել ծանրաբեռնումը՝ ախտանիշների ու գործառույթի չափանիշներով
Բ- Վերադառնալ ամբողջ ծավալով՝ առաջին անցավ օրվանից
Գ- Վերադառնալ միայն նախապես սահմանված օրացուցային ժամկետով
Դ- Շարունակել նախկին ծավալը՝ ցավազրկողի օգնությամբ
Աղբյուրներ՝ K4

188. Խաղի ժամանակ բախումից հետո երեխայի մոտ առաջացել են գլխացավ ու գլխապտույտ: Ի՞նչ պետք է անել հենց այդ օրը:
Ա- Վերադարձնել խաղին, եթե գիտակցության կորուստ չի եղել
Բ- Թույլատրել վերադարձ՝ 15 րոպե հանգստից հետո
Գ- Թույլատրել մասնակցություն, եթե պարանոցի շարժումներն անցավ են
Դ- Հեռացնել խաղից և գնահատել ուղեղի ցնցումը՝ նույն օրը չվերադարձնելով խաղին
Աղբյուրներ՝ U2

189. Դեռահասը վնասել է սրունքաթաթային հոդի դրսային կապանները: Կոտրվածք չկա: Վերականգնողական բուժման ո՞ր բաղադրիչն է օգնում կանխել անկայունության կրկնվող դրվագները:
Ա- Երկարատև անշարժացում՝ առանց ակտիվ վերականգնման
Բ- Հավասարակշռության և պրոպրիոցեպցիայի վարժություններ՝ մկանային ամրացմամբ
Գ- Միայն պասիվ ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ
Դ- Միայն ցավազրկում՝ առանց շարժողական վերահսկման աշխատանքի
Աղբյուրներ՝ K5

Ոսկրային գոյացություններ և ոսկրային պաթոլոգիա

190. 15 տարեկան դեռահասն ունի ազդրի հեռադիր հատվածի շարունակական ցավ և այտուց: Ռենտգեն պատկերում երևում է ագրեսիվ ոսկրային օջախ՝ կորտիկալ շերտի

քայքայմամբ և փափուկ հյուսվածքների զանգվածով: Ո՞ր հետազոտությունն է անհրաժեշտ հյուսվածաբանական ախտորոշման համար:
Ա- Միայն ՄՌՇ-ով հաստատել հյուսվածաբանական ենթատեսակը
Բ- Կատարել չպլանավորված կյուրետաժ և նյութը հետազոտել հետագայում
Գ- Բուժել որպես վարակ՝ ախտորոշումը որոշելով հակաբիոտիկի արդյունքով
Դ- Պատկերային փուլավորումից հետո կատարել պլանավորված բիոպսիա՝ հյուսվածաբանական քննությամբ
Աղբյուրներ՝ R18

191. 16 տարեկան դեռահասի ոլոքի տեղային ցավն ուժեղանում է գիշերը և զգալիորեն մեղմանում ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղ ընդունելուց հետո: ՀՇ պատկերում երևում է փոքր կորտիկալ նիդուս՝ շրջակա սկլերոզով: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Պարզ ոսկրային կիստա
Բ- Օստեոսարկոմա
Գ- Օստեոիդ օստեոմա
Դ- Օստեոխոնդրոմա
Աղբյուրներ՝ R19

192. Երեխայի ազդրոսկրի օջախը ՄՌՇ-ով կասկածելի է սարկոմայի առումով: Նախատեսվում է բիոպսիա: Ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:
Ա- Ընտրել մաշկից ամենակարճ ճանապարհը՝ անկախ հետագա վիրահատության դաշտից
Բ- Կատարել լայն կյուրետաժ՝ միաժամանակ ախտորոշելու և բուժելու համար
Գ- Բիոպսիայի ուղին ընտրել միայն ցավոտ հատվածի տեղակայմամբ
Դ- Բիոպսիան պլանավորել վերջնական բուժումն իրականացնող թիմի հետ՝ ուղին հետագայում հեռացնելու հնարավորությամբ
Աղբյուրներ՝ U8

193. Ոսկրային սարկոմայի կասկածի դեպքում ինչո՞ւ է նպատակահարմար օջախի տեղային պատկերային հետազոտություններն ավարտել մինչև բիոպսիան:
Ա- Պատկերային տվյալներով բիոպսիայի անհրաժեշտությունը վերացնելու համար
Բ- Վիրահատության օրվա անզգայացման տևողությունը նվազեցնելու համար
Գ- Տարածվածությունն ու բիոպսիայի ուղին նախապես որոշելու համար
Դ- Պատկերով հյուսվածաբանական ենթատեսակն անվերապահ հաստատելու համար

Աղբյուրներ՝ U8

194. Դեռահասի ազդրոսկրում հայտնաբերվել է ցավոտ քայքայիչ օջախ: Կա ախտաբանական կոտրվածքի վտանգ: Ի՞նչ անել մինչև ուռուցքաբանական թիմի գնահատումը:
Ա- Կատարել կանխարգելիչ ներմեդուլյար մեխավորում՝ մինչև ախտորոշումը
Բ- Բեռնաթափել և պաշտպանել վերջույթը՝ արագ կազմակերպելով ուռուցքաբանական պլանավորումը
Գ- Կատարել չպլանավորված կյուրետաժ և ոսկրային փոխպատվաստում
Դ- Թույլատրել սովորական քայլքը՝ մինչև ամբողջական կոտրվածքի առաջացումը
Աղբյուրներ՝ U8

195. Օստեոիդ օստեոմայի ՀՇ պատկերում ո՞ր փոփոխությունն է բուն նիդուսը:
Ա- Ոսկրի շուրջ տարածվող ռեակտիվ սկլերոզի ամբողջ գոտին
Բ- Ռեակտիվ սկլերոզի մեջ գտնվող փոքր օջախը՝ հնարավոր կենտրոնական կալցիֆիկացիայով
Գ- Վերնոսկրային նոր ոսկրի ամբողջ հաստությունը
Դ- Փափուկ հյուսվածքների այտուցի տարածքը
Աղբյուրներ՝ S091; R19

196. Երեխայի ծնկի մոտ շոշափվում է անցավ ոսկրային ելուն: Ռենտգեն պատկերում ելունի կորտիկալ շերտն ու ոսկրածուծային խոռոչն անմիջականորեն շարունակվում են դեպի մայր ոսկրի համապատասխան կառուցվածքները: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Օստեոխոնդրոմա
Բ- Պերիոստալ խոնդրոմա
Գ- Պարոստալ օստեոսարկոմա
Դ- Օստեոիդ օստեոմա
Աղբյուրներ՝ T1; T1

197. Երեխայի ռենտգեն պատկերում պատահաբար հայտնաբերվել է մետաֆիզի փոքր, էքսցենտրիկ լուսավոր օջախ՝ սկլերոտիկ եզրով: Պատկերը բնորոշ է չոսկրացող ֆիբրոմային: Ցավ չկա, կոտրվածքի վտանգը փոքր է: Ո՞րն է ճիշտ մոտեցումը:
Ա- Պլանային կյուրետաժ և ոսկրային փոխպատվաստում բոլոր դեպքերում
Բ- Դիտարկում՝ օջախի չափի, պատկերի և կոտրվածքի վտանգի հաշվառմամբ

Գ- Բաց բիոպսիա՝ անկախ բնորոշ ռենտգեն պատկերից
Դ- Կանխարգելիչ ֆիքսացիա՝ անկախ կեղևային շերտի պահպանվածությունից
Աղբյուրներ՝ T2

198. Երեխայի բազկոսկրի մոտակա մետաֆիզում կոտրվածքի գիծն անցնում է կենտրոնական դիրք ունեցող, հեղուկով լցված օջախով: Օջախի եզրերը հստակ են: Ագրեսիվ վերնոսկրային ռեակցիա չկա: Ո՞ր գոյացությունն է առավել հավանական:
Ա- Օստեոիդ օստեոմա
Բ- Օստեոխոնդրոմա
Գ- Մեկխոռոչ ոսկրային կիստա
Դ- Անևրիզմալ ոսկրային կիստա
Աղբյուրներ՝ T3

199. Դեռահասը բուժում է ստացել ենթադրյալ սպորտային վնասվածքի համար: Այտուցը շարունակում է մեծանալ, իսկ գիշերային ցավը պահպանվում է: Ո՞րն է հաջորդ քայլը:
Ա- Շարունակել նույն բուժումը՝ ևս մեկ ամիս
Բ- Կատարել տեղային ստերոիդային ներարկում՝ առանց պատկերային հետազոտման
Գ- Թույլատրել ակտիվությունը ցավազրկողի ֆոնին
Դ- Կրկին զննել և կատարել նպատակային պատկերային հետազոտություն՝ ուռուցքային կամ այլ օջախը հայտնաբերելու համար
Աղբյուրներ՝ R18

200. Երեխան թեթև վնասվածքներից բազմիցս կոտրվածքներ է ստացել: Զննման ժամանակ աչքի են ընկնում կապույտ սկլերաները: Ընտանիքում ևս եղել են ոսկրերի փխրունության դեպքեր: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Սննդային ռախիտ
Բ- Հիպոֆոսֆատազիա
Գ- Անչափահասների իդիոպաթիկ օստեոպորոզ
Դ- Անկատար օստեոգենեզ
Աղբյուրներ՝ S026

Լրացուցիչ հարցեր

201. 4 տարեկան երեխան ունի ոսկրերի ցավ, թեթև վնասվածքներից կոտրվածքներ և կաթնատամների վաղ կորուստ: Կասկածվում է հիպոֆոսֆատազիա: Ո՞ր լաբորատոր արդյունքն է առավել աջակցում այս ախտորոշմանը:
Ա- Տարիքային նորմայից բարձր հիմնային ֆոսֆատազ
Բ- Նորմալ հիմնային ֆոսֆատազ՝ բարձր ԷՆԱ-ով
Գ- Տարիքային և սեռային նորմայից կայուն ցածր հիմնային ֆոսֆատազ
Դ- Նորմալ հիմնային ֆոսֆատազ՝ ցածր վիտամին D-ով
Աղբյուրներ՝ O01

202. 8 տարեկան երեխայի ծղիկոսկրի հեռադիր աճման թիթեղը վնասվել է: Ինչո՞ւ է անհրաժեշտ երկարատև վերահսկել ծղիկոսկրի երկարությունը ճաճանչոսկրի նկատմամբ:
Ա- Հեռադիր թիթեղի աճային բաժինը փոքր է, վնասումը հիմնականում լայնություն է փոխում
Բ- Հեռադիր թիթեղի աճային բաժինը մոտ 20% է, ուստի անհամապատասխանությունը հազվադեպ է
Գ- Հեռադիր թիթեղն ապահովում է աճի մոտ 80%-ը, և կանգը կարող է զգալի կարճացում առաջացնել
Դ- Հեռադիր թիթեղի կորուստն ամբողջությամբ փոխհատուցվում է մոտակա թիթեղի աճով
Աղբյուրներ՝ O02

203. Կարճ վերջույթներով և բազմաթիվ կոնտրակտուրաներով նորածնի բութ մատները զատված են՝ «ավտոստոպի բութ մատի» տեսքով, իսկ ականջախեցիները՝ ծաղկակաղամբանման: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա- Անկատար օստեոգենեզ
Բ- Եղունգ–ծնկոսկրային համախտանիշ
Գ- Դիաստրոֆիկ դիսպլազիա
Դ- Մարֆանի համախտանիշ
Աղբյուրներ՝ O03

204. 5 տարեկան տղայի մոտ նոր է ախտորոշվել Պերտեսի հիվանդություն: Գլխիկի ախտահարումը սահմանափակ է, արտամղում չկա, հոդի շարժումները գրեթե լիարժեք են: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա- Ախտանշային ոչ վիրահատական բուժում և պլանավորված կլինիկական ու ռենտգենաբանական հսկողություն
Բ- Անմիջապես կատարել կոնքային օստեոտոմիա՝ միայն ախտորոշման հիման վրա
Գ- Անմիջապես կատարել ազդրոսկրի վարուսացնող օստեոտոմիա՝ անկախ արտամղումից
Դ- Դադարեցնել հսկողությունը՝ փոքր տարիքը համարելով լավ ելքի երաշխիք
Աղբյուրներ՝ O04

205. Օրտոլանիի փորձը կատարելիս ո՞ր շարժմամբ է հոդախախտված ազդրոսկրի գլխիկը վերադարձվում քացախափոս:
Ա- Ազդրի մեղմ զատում՝ մեծ տամբիոնի վրա դեպի առաջ ուղղված բարձրացնող ճնշմամբ
Բ- Ազդրի առբերում՝ գլխիկը դեպի հետ մղելով
Գ- Միայն սրունքի ներսային պտույտ
Դ- Ծնկահոդի տարածում՝ առանց ազդրի դիրքը փոխելու
Աղբյուրներ՝ O05

206. Ազդրոսկրի գլխիկի պատանեկան էպիֆիզեոլիզի դեպքում էպիֆիզը մետաֆիզի նկատմամբ սովորաբար ո՞ր ուղղությամբ է տեղաշարժվում:
Ա- Դեպի առաջ և վեր
Բ- Դեպի առաջ և դուրս
Գ- Միայն դեպի դուրս
Դ- Դեպի հետ և վար
Աղբյուրներ՝ O06

207. Երկկողմանի բնածին ճաճանչածղիկային սինոստոզով երեխայի նախաբազուկները ֆիքսված են արտահայտված պրոնացիայի դիրքում, ինչը խանգարում է ինքնասպասարկմանը: Քննարկվում է մեծ ծավալի ուղղիչ օստեոտոմիա: Ո՞ր վաղ բարդությունն է հատկապես կարևոր կանխել և հսկել:
Ա- Նյարդանոթային վնասում և կոմպարտմենտ համախտանիշ
Բ- Միայն արմնկահոդի անցավ կտկտոց
Գ- Միայն մաշկային սպիի գունափոխում
Դ- Ուսահոդի առաջնային հոդախախտ
Աղբյուրներ՝ O07

208. 8 տարեկան երեխայի սրունքաթաթային հոդի մոտ շոշափվում է ոսկրային գոյացություն: Պատկերում այն առաջանում է էպիֆիզի մի կողմից՝ որպես անկանոն ոսկրաաճառային գերաճ: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա- Տրևորի հիվանդություն
Բ- Մետաֆիզային օստեոխոնդրոմա
Գ- Յուինգի սարկոմա
Դ- Բազմակի էպիֆիզային դիսպլազիա
Աղբյուրներ՝ O08

209. Աճող երեխայի վերջույթների երկարությունների տարբերությունը շտկելու համար քննարկվում է երկար վերջույթի էպիֆիզեոդեզ: Ո՞րն է միջամտության ակնկալվող ազդեցությունը:
Ա- Կարճ վերջույթի անմիջական երկարացում
Բ- Երկար վերջույթի հետագա աճի սահմանափակում՝ աճի հաշվարկով ընտրված պահին
Գ- Կարճ վերջույթի աճման թիթեղի պարտադիր արագացում
Դ- Երկար վերջույթի ակնթարթային կարճացում
Աղբյուրներ՝ O09

210. 5 տարեկան տղան կաղում է, ոտնաթաթի միջային հատվածը ցավոտ է: Ռենտգեն պատկերում նավակոսկրը տափակված և սկլերոզված է, ագրեսիվ փոփոխություններ չկան: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:
Ա- Կյոլերի հիվանդություն
Բ- Նախաթաթային կոալիցիա
Գ- Ֆրեյբերգի հիվանդություն
Դ- Հավելյալ նավակոսկրի ախտանշային վիճակ
Աղբյուրներ՝ O10

211. Երկու 6 տարեկան երեխաների մոտ Պերտեսի հիվանդությունը նույն փուլում է: Մեկի մոտ գլխիկի ախտահարումը սահմանափակ է, մյուսի մոտ՝ տարածուն, lateral pillar C պատկերով: Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ:
Ա- Նույն տարիքն ապահովում է նույն կանխատեսումը՝ անկախ պատկերից
Բ- Մինչև ութ տարեկանը տարածուն ախտահարումը նույնպես ունի երաշխավորված լավ ելք
Գ- Կանխատեսումը որոշվում է միայն ցավի ուժգնությամբ և տևողությամբ

Դ- Տարածուն ախտահարումը կարող է վատ ելք ունենալ նաև փոքր տարիքում
Աղբյուրներ՝ 004

212. Ոչ ճարպակալած, ցածրահասակ երեխայի մոտ հայտնաբերվել է երկկողմանի պատանեկան էպիֆիզեոլիզ: Նա ունի նաև աճի դանդաղում և ցրտի անհանդուրժողականություն: Ո՞ր ուղեկցող հիվանդությունն է պետք հատկապես գնահատել:
Ա- Բրոնխիալ ասթմա
Բ- Ատոպիկ դերմատիտ
Գ- Էսենցիալ հիպերտոնիա
Դ- Հիպոթիրեոզ
Աղբյուրներ՝ 006

213. Դեռահասն ունի ցավոտ ճկուն հարթաթաթություն: Ո՞րն է նպատակահարմար սկզբնական բուժումը:
Ա- Առաջնային եռակի արթրոդեզ
Բ- Հարմար կոշիկ, ըստ կարիքի՝ ներդիր, և կարճացած աքիլեսյան ջլի ձգում
Գ- Միայն երկարատև անշարժացում՝ առանց վերականգնման
Դ- Առաջնային կրնկոսկրային օստեոտոմիա
Աղբյուրներ՝ 011

214. Կոնքի առաջահետին ռենտգեն պատկերում ո՞ր երկու գծերի միջև է չափվում քացախափոսային ցուցանիշը՝ acetabular index-ը:
Ա- Պերկինի և Շենտոնի գծերի
Բ- Ազդրոսկրի վզիկի ու դիաֆիզի առանցքների
Գ- Հիլգենրեյների գծի և քացախափոսի ոսկրային տանիքի գծի
Դ- Երկու ազդրոսկրերի դիաֆիզների առանցքների
Աղբյուրներ՝ 005

215. Նորածնի ոտնաթաթի մեջքը գրեթե հպվում է սրունքին: Թաթը վալգուսային է, սակայն պասիվ ներբանային ծալմամբ հնարավոր է այն բերել չեզոքից այն կողմ: Հետին բաժնի կոշտ էկվինուս չկա: Ո՞ր վիճակն է առավել հավանական:
Ա- Բնածին ծուռթաթություն
Բ- Բնածին ուղղաձիգ վեգոսկր
Գ- Դիրքային կրունկավալգուսային դեֆորմացիա

Դ- Ֆիքսված նյարդամկանային կավուս
Աղբյուրներ՝ O12

216. Կրծքի երեխայի կոնքազդրային հոդերը զննելիս բժիշկը կիրառում է Կլիսիչի փորձը: Մեծ տամբիոնից զստոսկրի առաջային վերին փուշն անցնող գծի ո՞ր շարունակությունն է համապատասխանում նորմալ հարաբերակցությանը:
Ա- Պորտից ներքև
Բ- Միայն դեպի ցայլային համաճոն
Գ- Դեպի հակառակ աճուկային ծալք
Դ- Դեպի պորտը կամ դրանից փոքր-ինչ վեր
Աղբյուրներ՝ O05

217. Նորածինն ունի մի քանի հոդերի բնածին կոնտրակտուրաներ: Կասկածվում է ամիոպլազիա: Վերին վերջույթների ո՞ր դիրքն է առավել բնորոշ:
Ա- Արմնկահոդերի ծալում և դաստակների տարածում
Բ- Արմնկահոդերի ծալում և դաստակների ճաճանչային շեղում
Գ- Արմնկահոդերի տարածում և դաստակների տարածում
Դ- Արմնկահոդերի տարածում, դաստակների ծալում և ծղիկային շեղում
Աղբյուրներ՝ O13

218. Կոնքի առաջահետին ռենտգեն պատկերում ո՞ր գիծն է հորիզոնական միացնում աջ և ձախ եռաճառագայթ աճառները:
Ա- Պերկինի գիծ (Perkin line)
Բ- Հիլգենրեյների գիծ (Hilgenreiner line)
Գ- Շենտոնի գիծ (Shenton line)
Դ- Կոպիցի գիծ (Kopits line)
Աղբյուրներ՝ O05

219. 3 ամսական երեխայի աջ անրակի միջին հատվածում առկա է ծնվելուց նկատվող անցավ թմբկություն: Վերին վերջույթն ակտիվ շարժում է, վնասվածքի պատմություն և սերտաճման կոշտուկ չկան: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա- Նոր առաջացած ծննդաբերական կոտրվածք
Բ- Անրակի սուր օստեոմիելիտ
Գ- Բազկային հյուսակի վնասում
Դ- Անրակի բնածին կեղծ հոդ

Աղբյուրներ՝ O14

220. Ո՞ր ռենտգենաբանական նշանն է բնորոշ Կնիստի դիսպլազիային:
Ա- Դիաֆիզի սոխաշերտանման պերիոստալ ռեակցիա
Բ- Ողերի մարմինների կորոնալ ճեղքեր
Գ- Մետաֆիզների տարածուն օստեոխոնդրոմաներ
Դ- Միայն նավակոսկրի սկլերոզ և տափակեցում
Աղբյուրներ՝ O15

221. Երեխայի հասակն ու քաշն աճում են ըստ տարիքային կորերի, սակայն նա կորցրել է նախկինում ձեռք բերած ինքնուրույն քայլելու կարողությունը: Ո՞ր եզրահանգումն է ճիշտ:
Ա- Նորմալ հասակի աճը բացառում է նյարդամկանային հիվանդությունը
Բ- Հմտության կորուստը պահանջում է հետազոտում՝ անկախ հասակի նորմալ աճից
Գ- Քայլքի հմտության կորուստը սովորական տարիքային փուլ է
Դ- Հետազոտում պետք է միայն հասակի աճի դադարի դեպքում
Աղբյուրներ՝ N1; O20

222. Կյոլերի հիվանդությամբ երեխայի ցավն անցել է, նա քայլում է ազատ, բայց ռենտգեն պատկերում նավակոսկրի փոփոխությունները դեռ պահպանվում են: Ո՞ր մեկնաբանությունն է ճիշտ:
Ա- Պատկերի պահպանվելը պարտադիր վկայում է բուժման ձախողման մասին
Բ- Անհրաժեշտ է նավակոսկրի հեռացում
Գ- Կլինիկական լավացումը կարող է նախորդել ռենտգեն պատկերի լիարժեք վերականգնմանը
Դ- Պետք է անշարժացնել մինչև բոլոր ռենտգեն նշանների վերացումը
Աղբյուրներ՝ O10

223. Դեռահասն ունի ցավոտ ճկուն հարթաթաթություն: Բավարար տևողությամբ պահպանողական բուժումից հետո ցավը շարունակում է սահմանափակել առօրյա ակտիվությունը: Վիրահատություն ընտրելիս ո՞ր սկզբունքն է սովորաբար նախընտրելի:
Ա- Եռակի արթրոդեզ՝ որպես սովորական առաջին վիրահատություն
Բ- Դեֆորմացիային համապատասխան հոդապահպան ուղղիչ օստեոտոմիաներ
Գ- Նավակոսկրի հեռացում

Դ- Վեգանավակային արթրոդեզ՝ անկախ շարժունակությունից
Աղբյուրներ՝ O11

224. Փոքր երեխայի Սալտերի օստեոտոմիայից և Կիրշների շյուղերով ֆիքսացիայից հետո ո՞ր անշարժացումն է սովորաբար կիրառվում:
Ա- Անմիջապես լրիվ ծանրաբեռնում
Բ- Կոնքազդրային սպիկա գիպսակապ
Գ- Միայն կարճ սրունքաթաթային գիպսակապ
Դ- Միայն գիշերային զատող բրեյս
Աղբյուրներ՝ O05; O17

225. 12 տարեկան երեխայի մոտ նոր է ախտորոշվել Պերտեսի հիվանդություն: Բուժումն ընտրելիս ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:
Ա- Որոշել բուժումը միայն օրացուցային տարիքով
Բ- Ընտրել նույն միջամտությունը բոլոր 12 տարեկան երեխաների համար
Գ- Համատեղ գնահատել փուլը, գլխիկի ախտահարումը, արտամղումը և շարժումները
Դ- Վիրահատություն բացառել միայն ցավի փոքր լինելու պատճառով
Աղբյուրներ՝ O04

226. Երեխայի կանգնած դիրքում կոնքը թեքված է: Կարճ թվացող ոտքի տակ հենակ դնելիս կոնքը հավասարվում է, սակայն առկա է նաև ծնկի ծալիչ կոնտրակտուրա: Բուժումը պլանավորելիս ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:
Ա- Տարբերակել իրական ոսկրային կարճացումն ու կոնտրակտուրայով պայմանավորված գործառութային տարբերությունը
Բ- Հենակի բարձրությունը անմիջապես ընդունել որպես երկարացման վերջնական չափ
Գ- Կոնքի ամբողջ թեքությունը վերագրել միայն ոսկրային կարճացմանը
Դ- Որոշել բուժումը միայն կոշիկի մաշվածությամբ
Աղբյուրներ՝ O18

227. Արտրոգրիպոզով երեխայի արմնկահոդի պասիվ ծալումը բավարար է, սակայն ակտիվ ծալումը բացակայում է: Դոնոր մկանի բավարար ուժի դեպքում ո՞ր միջամտությունը կարող է վերականգնել ակտիվ ծալումը:
Ա- Համապատասխան դոնոր մկանի փոխանցում, օրինակ՝ կրծքային մեծ մկանի՝ ընտրված դեպքերում

Բ- Միայն պասիվ ձգումներ՝ ակտիվ մկանային ուժը վերականգնելու նպատակով
Գ- Արմնկահոդի արթրոդեզ տարածված դիրքում
Դ- Միայն երկգլուխ մկանի ջլի երկարացում
Աղբյուրներ՝ O37

228. Նորածնի մոտ կասկածվում է բնածին ուղղաձիգ վեգոսկր: Ոտնաթաթի առավելագույն ներբանային ծալմամբ կողմնային ռենտգեն պատկերում ո՞ր նշանն է հաստատում դեֆորմացիայի կոշտ բնույթը:
Ա- Վեգոսկրի և առաջին միջաթաթային ոսկրի առանցքների անհամապատասխանությունը պահպանվում է
Բ- Վեգանավակային հարաբերակցությունը լիովին վերականգնվում է
Գ- Ոտնաթաթի կոշտությունը վերանում է դիրքը փոխելիս
Դ- Թաթը պասիվ անցնում է նորմալ ներբանային ծալման
Աղբյուրներ՝ O12

229. Ո՞ր մկանը չի պատկանում ազդրի առբերիչ մկանախմբին:
Ա- Կարճ առբերիչ մկանը
Բ- Երկար առբերիչ մկանը
Գ- Ազդրի երկգլուխ մկանը
Դ- Նրբագեղ մկանը
Աղբյուրներ՝ O19

230. Երեխան ունի եղունգների դիսպլազիա, փոքր ծնկոսկրեր և ծնկոսկրի կրկնվող դրսային անկայունություն: Ո՞ր համախտանիշն է առավել հավանական:
Ա- Դիաստրոֆիկ դիսպլազիա
Բ- Եղունգ–ծնկոսկրային համախտանիշ
Գ- Մարֆանի համախտանիշ
Դ- Անկատար օստեոգենեզ
Աղբյուրներ՝ O07

231. Ստորին վերջույթների սպաստիկությամբ երեխայի մոտ ո՞ր տվյալն է հատկապես հուշում ժառանգական սպաստիկ պարապլեգիա՝ մանկական ուղեղային կաթվածի փոխարեն:
Ա- Աստիճանաբար հարաճող սպաստիկ պարապարեզ և նմանատիպ դեպքեր ընտանիքում

Բ- Հայտնի պերինատալ ուղեղային վնասում և կայուն նյարդաբանական պատկեր
Գ- Միակողմանի վերին վերջույթի հետվնասվածքային թուլություն
Դ- Մեկուսացված ցավոտ կաղություն՝ նորմալ նյարդաբանական զննմամբ
Աղբյուրներ՝ O20

232. Արտրոգրիպոզով նորածինն ունի ծուռթաթություն: Ո՞րն է նպատակահարմար սկզբնական մոտեցումը:
Ա- Բուժումը հետաձգել մինչև քայլելու սկիզբը
Բ- Առաջնային ընդարձակ ազատում՝ առանց գիպսավորման փորձի
Գ- Միայն օրթեզավորում՝ առանց սկզբնական ուղղման
Դ- Վաղ փուլային գիպսավորում՝ Պոնսետիի սկզբունքներով, հետագա քայլերը որոշելով ըստ արդյունքի
Աղբյուրներ՝ O13

233. Երեխան ունի երկար բարակ մատներ և բնածին հոդային կոնտրակտուրաներ: Կասկածվում է բնածին կոնտրակտուրային արախնոդակտիլիա: Ականջախեցու ո՞ր փոփոխությունն է աջակցում ախտորոշմանը:
Ա- Լրիվ բացակայություն
Բ- Մեկուսացված լսողական անցուղու ատրեզիա
Գ- «Ճմրթված» տեսք՝ արտահայտված ծալքերով
Դ- Միայն ականջաբլթակի մեծացում
Աղբյուրներ՝ O21

234. Բնածին ճաճանչածղիկային սինոստոզի դեպքում ի՞նչն է առավել հիմնավորում ուղղիչ օստեոտոմիան:
Ա- Ֆիքսված դիրքը խանգարում է ինքնասպասարկմանն ու առօրյա գործողություններին
Բ- Միայն ոսկրային սերտաճման ռենտգենաբանական առկայությունը
Գ- Միայն ծնողների պահանջը՝ լիարժեք շարժումներ վերականգնելու մասին
Դ- Թեթև պրոնացիա՝ պահպանված առօրյա գործառույթով
Աղբյուրներ՝ O07

235. Սկոլիոզով երեխայի քացախափոսի եռաճառագայթ աճառը դեռ բաց է: Ինչպե՞ս պետք է այս տվյալը կիրառել առաջընթացի վտանգը գնահատելիս:
Ա- Համարել, որ կմախքային աճն ավարտված է

Բ- Դիտարկել որպես կմախքային անհասության նշան և համադրել հասունացման այլ ցուցանիշների հետ
Գ- Դրանով ճշգրիտ որոշել աճի ավարտին մնացած ամիսների թիվը
Դ- Համարել, որ կորության առաջընթացն այլևս հնարավոր չէ
Աղբյուրներ՝ O22

236. Կյանքի առաջին ամիսներին հայտնաբերված բնածին մկանային ծուռվզության դեպքում ո՞րն է առաջին ընտրության բուժումը:
Ա- Անմիջական վիրահատական երկարացում
Բ- Վաղ վերականգնում և ծնողների ուսուցում
Գ- Երկարատև կոշտ օրթեզավորում
Դ- Դիտարկում մինչև մեկ տարեկանը
Աղբյուրներ՝ O23; O36

237. Նորածինն ունի ծնկահոդերի երկկողմանի հոդախախտ և այլ հոդերի բնածին փոփոխություններ: Ո՞ր վիճակները պետք է ներառել պատճառի գնահատման մեջ:
Ա- Օսգուդ–Շլատերի և Սևերի հիվանդություններ
Բ- Լարսենի համախտանիշ և արտրոգրիպոզ
Գ- Պերտեսի հիվանդություն և պատանեկան էպիֆիզեոլիզ
Դ- Մեկուսացված metatarsus adductus և Կյոլերի հիվանդություն
Աղբյուրներ՝ O24

238. Պոնսետիի մեթոդով ծուռթաթության սկզբնական ուղղման ժամանակ ո՞ր բաղադրիչի շտկումն է առաջնային՝ հետագա ճիշտ մանիպուլյացիան ապահովելու համար:
Ա- Հետին բաժնի վարուսը
Բ- Կամարի ավելացած բարձրությունը՝ կավուսը
Գ- Առաջային բաժնի առբերումը
Դ- Սրունքաթաթային էկվինուսը
Աղբյուրներ՝ O25

239. Իզելինի հիվանդության դեպքում հինգերորդ միջաթաթային ոսկրի հիմքի ապոֆիզի վրա ո՞ր մկանի ջիլն է ձգող ուժ գործադրում:
Ա- Առաջային ոլոքային մկանի (tibialis anterior)
Բ- Կարճ նրբոլոքային մկանի (peroneus brevis)

Գ- Երկար նրբոլոքային մկանի (peroneus longus)
Դ- Հետին ոլոքային մկանի (tibialis posterior)
Աղբյուրներ՝ O26

240. Դեռահասի ցավոտ հավելյալ նավակոսկրի դեպքում կոշտ ներդիրը մեծացրել է ելունի վրա ճնշումն ու ցավը: Ոտնաթաթը ճկուն է, նախնական բուժումը կարճ է տևել: Ո՞րն է նպատակահարմար հաջորդ քայլը:
Ա- Շարունակել նույն ներդիրը՝ ցավը համարելով հարմարվելու շրջան
Բ- Վերացնել ներդիրի ճնշումը և վերանայել պահպանողական ծրագիրը
Գ- Կատարել վեգանավակային արթրոդեզ՝ կամարը վերականգնելու համար
Դ- Հեռացնել ոսկրը՝ առանց պահպանողական մոտեցումը վերանայելու
Աղբյուրներ՝ O27

241. Պերտեսի հիվանդությունը սկսվել է 9 տարեկանում: Ֆրագմենտացիայի փուլում ախտահարումը համապատասխանում է lateral pillar B կամ B/C խմբին: Ազդրի զատումը բավարար է, գլխիկը հնարավոր է կենտրոնացնել քացախափոսում, hinge abduction չկա: Ո՞ր բուժումը պետք է դիտարկել:
Ա- Միայն դիտարկում՝ անկախ արտամղման վտանգից
Բ- Առաջնային հոդապահպան դեբրիդման՝ առանց պարփակման գնահատման
Գ- Դիտարկել գլխիկի պարփակումը բարելավող ազդրոսկրային կամ կոնքային օստեոտոմիա
Դ- Հոդի էնդոպրոթեզավորում՝ որպես առաջին ընտրություն
Աղբյուրներ՝ O04

242. Երեխան ունի երկու կոնքազդրային հոդերի և ծնկների ցավ, իսկ ռենտգեն պատկերներում մի քանի հոդերի էպիֆիզները փոքր են, անկանոն և ուշ են ոսկրանում: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա- Բազմակի էպիֆիզային դիսպլազիա
Բ- Մեկուսացված Պերտեսի հիվանդություն
Գ- Բազմակի օստեոխոնդրոմաներ
Դ- Դիաֆիզային ոսկրային դիսպլազիա
Աղբյուրներ՝ O28

243. Metatarsus adductus-ով երեխայի զննման ժամանակ ինչո՞ւ է անհրաժեշտ նաև գնահատել կոնքազդրային հոդերը:

Ա- Այս դեֆորմացիան ինքնուրույն հաստատում է կոնքազդրային հոդախախտ
Բ- Այն կարող է ուղեկցվել կոնքազդրային հոդի զարգացման դիսպլազիայով
Գ- Այն նշանակում է, որ կոնքազդրային հոդերի զննումը դժվար է և կարելի է բաց թողնել
Դ- Այն բնորոշ է միայն Պերտեսի հիվանդությամբ երեխաներին
Աղբյուրներ՝ O29

244. Սալտերի օստեոտոմիայի դեպքում զստոսկրի կտրվածքն ո՞ր անատոմիական կողմնորոշիչների միջև է անցնում:
Ա- Միայն զստոսկրի կատարի երկայնքով
Բ- Նստային մեծ կտրուճից մինչև զստոսկրի առաջային ստորին փուշ
Գ- Նստոսկրի թմբից մինչև ազդրոսկրի մեծ տամբիոն
Դ- Միայն ցայլոսկրի վերին ճյուղով
Աղբյուրներ՝ O05; O17

245. Կրծքի երեխայի մոտ առկա են վերջույթների անհամաչափ կարճացում և մաշկային բնածին փոփոխություններ: Կասկածվում է Կոնրադի–Հյուներման–Հապլի համախտանիշ: Ո՞ր ռենտգեն նշանն է առավել բնորոշ:
Ա- Դիաֆիզի սոխաշերտանման ռեակցիա
Բ- Բազմակի մետաֆիզային ոսկրային ելուններ
Գ- Միայն կորտիկալ շերտի հաստացում
Դ- Էպիֆիզների և այլ աճառային կառուցվածքների կետավոր կալցիֆիկացիաներ
Աղբյուրներ՝ O30

246. Կրծքի երեխայի կոնքազդրային և ծնկան հոդերը ծալած դիրքում ծնկների բարձրությունները տարբեր են: Ինչպե՞ս է կոչվում այս կլինիկական նշանը:
Ա- Օրտոլանիի նշան
Բ- Բարլոուի նշան
Գ- Տրենդելենբուրգի նշան
Դ- Գալեացիի նշան
Աղբյուրներ՝ O05

247. Ո՞ր կլինիկական և ռենտգենաբանական պատկերը պետք է հուշի զարգացման coxa vara:
Ա- Սուր տենդ, հոդի ցավ և շարժումների խիստ սահմանափակում

Բ- Նորմալ վզիկադիաֆիզային անկյուն՝ մեկուսացված տիբիալ ոլորմամբ
Գ- Քայլելուց հետո նկատվող անցավ կաղություն, ազդրի կարճացում և վզիկադիաֆիզային անկյան նվազում
Դ- Ծնկոսկրի կրկնվող հոդախախտ՝ նորմալ կոնքազդրային պատկերով
Աղբյուրներ՝ O31

248. Ո՞ր երեխայի տարիքն ու գանգատներն են առավել բնորոշ Սևերի հիվանդությանը:
Ա- 3 տարեկան երեխա՝ տենդով և ոտքին հենվելու հրաժարումով
Բ- 11 տարեկան ակտիվ մարզիկ՝ ծանրաբեռնմամբ ուժեղացող կրնկային ցավով
Գ- 17 տարեկան դեռահաս՝ ազդրի ներսային պտույտի կորստով
Դ- Նորածին՝ ոտնաթաթի կոշտ դեֆորմացիայով
Աղբյուրներ՝ O32

249. 15 տարեկան բալետի պարուհու սրունքաթաթային հոդի հետին ցավն ուժեղանում է մատների վրա բարձրանալիս: Պատկերում առկա է os trigonum: Ո՞ր շարժմամբ ցավի վերարտադրությունն է առավել բնորոշ հետին իմպինջմենտին:
Ա- Հարկադրական թիկնային ծալման
Բ- Հարկադրական ներբանային ծալման
Գ- Հարկադրական ինվերսիայի
Դ- Հարկադրական էվերսիայի
Աղբյուրներ՝ O33

250. Հասուն նորածնի մոտ ո՞ր տոնուսն է գերակշռում, և վաղ շարժողական վերահսկողությունը հիմնականում ո՞ր ուղղությամբ է զարգանում:
Ա- Տարածիչ տոնուսը. վերահսկողությունը զարգանում է ոտքերից դեպի գլուխ
Բ- Ծալիչ տոնուսը. վերահսկողությունը զարգանում է գլխից դեպի ստորին վերջույթներ
Գ- Տարածիչ տոնուսը. վերահսկողությունը զարգանում է գլխից դեպի ստորին վերջույթներ
Դ- Ծալիչ տոնուսը. վերահսկողությունը զարգանում է ոտքերից դեպի գլուխ
Աղբյուրներ՝ O16; O34

251. Մկանային ծուռվզության համար բավարար վերականգնողական բուժում ստացող երեխայի գլխի թեքումը չի նվազում: Զննմամբ պատկերը տիպիկ չէ, հայտնաբերվել է նաև աչքերի շարժումների անհամաչափություն: Ո՞րն է ճիշտ հաջորդ քայլը:

Ա- Ավելացնել ձգման ուժը՝ առանց ախտորոշումը վերանայելու
Բ- Անմիջապես երկարացնել կրծոսկրաանրակապտկածև մկանը
Գ- Վերանայել ախտորոշումը՝ գնահատելով ակնային, նյարդաբանական և ոսկրային պատճառները
Դ- Շարունակել նույն ծրագիրը մինչև դպրոցական տարիքը
Աղբյուրներ՝ O23; O36

252. Դեռահաս աղջիկն ունի երկրորդ մատի հիմքի շրջանի ցավ, որն ուժեղանում է քայլելիս: Ռենտգեն պատկերում երկրորդ միջաթաթային ոսկրի գլխիկը տափակված և սկլերոզված է: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:
Ա- Ֆրեյբերգի հիվանդություն
Բ- Կյոլերի հիվանդություն
Գ- Իզելինի հիվանդություն
Դ- Նախաթաթային կոալիցիա
Աղբյուրներ՝ O35

Սկզբնաղբյուրներ՝

Supplementary source: Pediatric Orthopaedic SAE 2020
Open source

R1. Royal Children's Hospital Melbourne. Supracondylar fracture of the humerus.
Open source

R2. AAOS OrthoInfo. Compartment Syndrome.
Open source

R3. Royal Children's Hospital Melbourne. Lateral condyle fracture of the humerus.
Open source

R4. Royal Children's Hospital Melbourne. Monteggia fracture-dislocations.
Open source

R5. Royal Children's Hospital Melbourne. Distal radial physeal fractures.
Open source

R6. AAOS OrthoInfo. Developmental Dysplasia of the Hip.
Open source

R7. AAOS OrthoInfo. Slipped Capital Femoral Epiphysis.
Open source

R8. AAOS OrthoInfo. Perthes Disease.
Open source

R9. AAOS OrthoInfo. Clubfoot.
Open source

R10. AAOS OrthoInfo. Flexible Flatfoot in Children.
Open source

R11. AAOS OrthoInfo. Tarsal Coalition.
Open source

R12. Shannon B and colleagues, JPOSNA 2021. Update in Nonoperative Management of Adolescent Idiopathic Scoliosis to Prevent Progression.
Open source

R13. AACPDM Care Pathway. Hip Surveillance in Cerebral Palsy.
Open source

R14. PIDS and IDSA 2023 guideline. Diagnosing and Managing Acute Bacterial Arthritis in Pediatrics.
Open source

R15. AAOS OrthoInfo. Osteochondritis Dissecans.
Open source

R16. AAOS OrthoInfo. Osgood–Schlatter Disease.
Open source

R17. AAOS OrthoInfo. Lower Limb Length Discrepancy.
Open source

R18. AAOS OrthoInfo. Osteosarcoma.
Open source

R19. AAOS OrthoInfo. Osteoid Osteoma.
Open source

U1. PIDS and IDSA 2021. Acute Hematogenous Osteomyelitis in Pediatrics.
Open source

U2. Concussion in Sport Group 2023. Amsterdam 2022 consensus statement.
Open source

U5. AAOS 2022. Pediatric Developmental Dysplasia of the Hip guideline.
Open source

U6. British Orthopaedic Association 2020. Supracondylar Fractures of the Humerus in Children.
Open source

U7. Royal Children's Hospital Melbourne 2023. Pulled elbow.
Open source

U8. National Cancer Institute. Osteosarcoma and UPS of Bone Treatment PDQ for health professionals.
Open source

F. Royal Children's Hospital Melbourne. Pediatric fracture guidelines and linked injury-specific pathways.
Open source

F2. POSNA Study Guide. Femoral Neck Fractures.
Open source

F3. Royal Children's Hospital Melbourne. Fracture education and remodelling.
Open source

L. Royal Children's Hospital Melbourne. The limping or non-weight bearing child.
Open source

G1. AAOS OrthoInfo. Intoeing.
Open source

G2. AAOS OrthoInfo. Bowed Legs.
Open source

G3. AAOS OrthoInfo. Overuse Injuries in Children including Sever disease.
Open source

G4. AAOS OrthoInfo. Toe Walking.
Open source

G5. POSNA Study Guide. Cavus Foot.
Open source

G6. POSNA Study Guide. Accessory Navicular.
Open source

G7. Royal Children's Hospital Melbourne. Bow legs and knock knees in children.
Open source

G8. POSNA Study Guide. Hemiepiphysiodesis Technique.
Open source

K. Royal Children's Hospital Melbourne. Acute knee injuries.
Open source

K2. AAOS OrthoInfo. Adolescent Anterior Knee Pain.
Open source

K3. AAOS OrthoInfo. Stress Fractures.
Open source

K4. AAOS OrthoInfo. Overuse Injuries in Children.
Open source

K5. Royal Children's Hospital Melbourne. Ankle Sprains.
Open source

SP. AAOS OrthoInfo. Spondylolysis and Spondylolisthesis.
Open source

SP2. AAOS OrthoInfo. Back Pain in Children.
Open source

SP3. AAOS OrthoInfo. Kyphosis of the Spine.
Open source

N1. POSNA Study Guide. Duchenne Muscular Dystrophy.
Open source

N2. Royal Children's Hospital Melbourne. Cerebral palsy.
Open source

N3. Royal Children's Hospital Melbourne. Ankle-Foot Orthoses.
Open source

T1. AAOS OrthoInfo. Osteochondroma.
Open source

T2. AAOS OrthoInfo. Nonossifying Fibroma.
Open source

T3. AAOS OrthoInfo. Unicameral Bone Cysts.
Open source

Additional clinical references

V1. POSNA Study Guide. Lateral Condyle Fractures.
Open source
V2. AAOS. Treatment of Pediatric Diaphyseal Femur Fractures. Clinical Practice Guideline, 2020.
Open source
V3. Kelley SP et al. Expert-Based Consensus on the Principles of Pavlik Harness Management of Developmental Dysplasia of the Hip. JBJS Open Access, 2019.
Open source
V4. Griffin DR et al. The Warwick Agreement on femoroacetabular impingement syndrome (FAI syndrome): an international consensus statement. British Journal of Sports Medicine, 2016.
Open source
V5. Shaw BA, Segal LS. Evaluation and Referral for Developmental Dysplasia of the Hip in Infants. Pediatrics, 2016.
Open source
V6. AACPDM. Hip Surveillance Care Pathway.
Open source
V7. POSNA Study Guide. Scheuermann's Kyphosis.
Open source

References for supplementary questions

001 GeneReviews. Hypophosphatasia.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1150/

002 POSNA Study Guide. Forearm Radius and Ulnar Shaft Fractures.
https://posna.org/physician-education/study-guide/forearm-radius-and-ulnar-shaft-fractures

003 GeneReviews. Diastrophic Dysplasia.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1350/

004 POSNA Study Guide. Legg-Calve-Perthes Disease.
https://posna.org/physician-education/study-guide/legg-calve-perthes-disease

005 International Hip Dysplasia Institute. Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical examination and radiographic assessment.
https://hipdysplasia.org/wp-content/uploads/2020/07/Full-Book_Developmental-Dysplasia-of-the-Hip_Optimized.pdf

006 POSNA Study Guide. SCFE Slipped Capital Femoral Epiphysis.
https://posna.org/physician-education/study-guide/scfe-%28slipped-capital-femoral-epiphysis%29

007 POSNA Resident Review. Congenital Radial Head Dislocation, Nail Patella Syndrome and Radioulnar Synostosis.
https://posna.org/blogs/resident-review/september-2017/congenital-radial-head-dislocation%2C-nail-patella-syndrome-radioulnar-syntosis

008 Dysplasia epiphysealis hemimelica of the ankle in children. Case series.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3211561/

009 POSNA Study Guide. Epiphyseodesis Prediction and Technique.
https://posna.org/physician-education/study-guide/epiphyseodesis-prediction-and-technique

010 SickKids AboutKidsHealth. Kohler's disease.
https://www.aboutkidshealth.ca/kohlers-disease

011 POSNA Study Guide. Flat Feet Acquired Flexible Flat Feet.
https://posna.org/physician-education/study-guide/flat-feet-%28acquired-flexible-flat-feet%29

012 POSNA Study Guide. Congenital Vertical Talus.
https://posna.org/physician-education/study-guide/congenital-vertical-talus

013 POSNA Study Guide. Arthrogryposis.
https://posna.org/physician-education/study-guide/arthrogryposis

014 Congenital pseudarthrosis of the clavicle a report on 27 cases.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28341497/

015 NIH Genetic Testing Registry. Kniest dysplasia.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gtr/conditions/C0265279/

016 MedlinePlus. Infant newborn development.
https://www.medlineplus.gov/ency/article/002004.htm

017 POSNA Resident Review. 5 Things to Know to Help Understand Pediatric Pelvic Osteotomies.
https://posna.org/blogs/resident-review/july-2020/5-things-to-know-to-help-understand-pediatric-pelvic-osteotomies

018 AAOS OrthoInfo. Lower Limb Length Discrepancy.
https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/limb-length-discrepancy/

019 OpenStax. Anatomy and Physiology 2e. 11.6 Appendicular Muscles of the Pelvic Girdle and Lower Limbs.
https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/11-6-appendicular-muscles-of-the-pelvic-girdle-and-lower-limbs

020 GeneReviews. Uncomplicated Pure Hereditary Spastic Paraplegia Overview.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1509/

021 GeneReviews. Congenital Contractural Arachnodactyly.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1386/

022 JPOSNA. Update in Nonoperative Management of Adolescent Idiopathic Scoliosis to Prevent Progression.
https://www.jposna.org/~jposna/index.php/jposna/article/view/361

023 POSNA Study Guide. Congenital Muscular Torticollis. APTA 2024 guideline listed below.
https://posna.org/physician-education/study-guide/congenital-muscular-torticollis

024 POSNA Study Guide. Congenital Knee Dislocation.
https://posna.org/physician-education/study-guide/congenital-knee-dislocation

025 POSNA Study Guide. Clubfoot.
https://posna.org/physician-education/study-guide/clubfoot

026 Lurie Children's. Iselin Disease Apophysitis of the Fifth Metatarsal.
https://www.luriechildrens.org/en/specialties-conditions/iselin-disease/

027 POSNA Study Guide. Accessory Navicular.
https://posna.org/physician-education/study-guide/accessory-navicular

028 GeneReviews. Multiple Epiphyseal Dysplasia Autosomal Dominant.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1123/

029 POSNA Study Guide. Metatarsus Adductus.
https://posna.org/physician-education/study-guide/metatarsus-adductus

030 GeneReviews. EBP Related X Linked Chondrodysplasia Punctata.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55062/

031 JPOSNA. Proximal Valgus Femur Osteotomy for Coxa Vara. Surgical Technical Tips, 2020.
https://www.jposna.org/~jposna/index.php/jposna/article/view/170

032 Yale Medicine. Sever Disease.
https://www.yalemedicine.org/conditions/sever-disease

033 Lurie Children's. Os Trigonum Syndrome.
https://www.luriechildrens.org/en/specialties-conditions/os-trigonum-syndrome/

034 University of Utah. Pediatric Neurologic Examination. Newborn Normal.
https://neurologicexam.med.utah.edu/pediatric/html/newborn_n.html

035 National Organization for Rare Disorders. Freiberg disease.
https://rarediseases.org/mondo-disease/freiberg-disease/

036 APTA Academy of Pediatric Physical Therapy. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis. Clinical Practice Guideline, 2024.
https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000001114

037 Reconstruction of elbow flexion in arthrogryposis multiplex congenita type I results of transfer of pectoralis major muscle with follow-up at skeletal maturity.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25387155/

References

L1 British Orthopaedic Association. BOASt Diagnosis and Management of Compartment Syndrome of the Extremities.
https://www.boa.ac.uk/resource/boast-10-pdf.html
L2 British Orthopaedic Association. BOASt Open Fractures.
https://www.boa.ac.uk/resource/boast-4-pdf.html
L3 Royal Children's Hospital Melbourne. Medial epicondyle fracture of the humerus Emergency Department.
https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/fractures/Medial_epicondyle_emerg/
L4 Scoliosis Research Society. Early Onset Scoliosis.
https://www.srs.org/Patients/Conditions/Scoliosis/Early-Onset-Scoliosis
Additional references for clinical decision questions
RCH-Seymour Royal Children's Hospital Melbourne. Phalangeal Finger Fractures.
Open source
RCH-Ankle Royal Children's Hospital Melbourne. Distal tibia and-or fibula physeal fractures – Emergency Department.
Open source
AACPDM-Osteoporosis AACPDM. Osteoporosis in Cerebral Palsy. Care Pathway.
Open source
SRS-Bracing Scoliosis Research Society. Bracing.
Open source
IOC-ACL Ardern CL et al. 2018 International Olympic Committee consensus statement on prevention, diagnosis and management of paediatric anterior cruciate ligament injuries. British Journal of Sports Medicine.
Open source