

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГІЇ, ОРТОПЕДІЇ ТА
ВІЙСЬКОВО ПОЛЬОВОЇ ХІРУРГІЇ**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
для студентів V курсу медичного факультету
ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА
ОРТОПЕДІЇ**

Тема 9

**Запальні, пухлинні та пухлиноподібні захворювання
системи опори та руху.**

Навчальна дисципліна:
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ
V курс медичний факультет
підготовки фахівців другого
(магістерського) рівня вищої освіти
галузі знань 22 'Охорона здоров'я'^а
спеціальності 222 'Медицина'^а

кількість годин 4

Методичні вказівки склав
доцент Серафим Ю.Я.

Львів 2021

Методичні вказівки затверджені на засіданні Центральної методичної комісії з хірургічних дисциплін Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького № 30 від 30.08.2021 р.

Редактор – доктор медичних наук, професор І.Р.Трутяк

Рецензент – доктор медичних наук, професор
В.П.Андрющенко

Відповідальний за випуск – доктор медичних наук,
академік М.Р.Гжегоцький

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

В останні роки зростає кількість пацієнтів на запальні та пухлинні захворювання скелету.

Рання діагностика та ефективне лікування даної патології дозволить зменшити ступінь інвалідизації пацієнтів і навіть зберегти їм життя.

У зв'язку з цим, вивчення даної теми має важливе практичне значення.

Осмислення патогенезу запальних, дистрофічних та диспластичних захворювань, знання клінічних проявів їх, уміння інтепретувати дані, отримані при обстеженні пацієнтів, дозволяє підвищити рівень теоретичних і практичних знань із цього важливого розділу травматології.

2. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ: 4 год.

3. НАВЧАЛЬНА МЕТА.

Знати (теоретичні питання):

- Ревматоїдний артрит
- Кістково-суглобовий туберкульоз
- Дистрофічні захворювання скелету
- Диспластичні захворювання скелету
- Доброякісні пухлини
- Злоякісні пухлини

Вміти:

- виставити попередній діагноз при запальній та диспластичній патології кісток;
- надати першу консультативну допомогу при підозрі на пухлини кісток;

- визначити план консервативного або оперативного лікування;
- обстежити пацієнта клінічними методами обстеження ортопедичних хворих з запальними та диспластичними процесами кісток;
- трактувати дані рентгенологічного дослідження хворих із даною патологією, за рентгенограмами визначити наявність патології, ступінь ураження кісток;
- визначити тактику лікаря на різних етапах лікування хворих з запальними та диспластичними процесами кісток;
- призначити медикаментозне лікування хворим хворих з запальними та диспластичними процесами кісток та визначити показання до операційних методів лікування.

Практичні навички:

- зібрати анамнез у хворих з запальними та диспластичними процесами кісток;
- оволодіти технікою клінічного обстеження хворих хворих з запальними та диспластичними процесами кісток;
- засвоїти способи медикаментозного лікування хворих з запальними та диспластичними процесами кісток;
- оволодіти технікою накладання гіпсових пов'язок;
- оформити медичну документацію (історію хвороби, індивідуальну карту амбулаторного хворого, листок непрацездатності).

4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ,

НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назва дисципліни	Отримані знання
Нормальна анатомія	Анатомічна будова людини
Нормальна фізіологія	Функції органів та систем людського організму
Гістологія	Гістологічна структура тканин і органів
Патологічна анатомія	Патогістологічні ознаки набряку, некрозу, запалення, шоку
Патологічна фізіологія	Патогенез шоку, дихальної недостатності, кровотечі, футлярної гіпертензії
Фармакологія	Медикаменти, що застосовуються при невідкладних станах (знеболюючі, проти набрякові, протишокові)
Загальна хірургія	Травматизм та ушкодження

5. ПОРАДИ СТУДЕНТУ.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований (тестовий) контроль

початкового рівня підготовки студентів.

Після вивчення даної теми студенти повинні мати знання про запальні та диспластичні процеси опорно-рухового апарату; про сучасні принципи лікування цієї патології; про ускладнення при пізній діагностиці або невірному лікуванні даної патології; вміти клінічно та рентгенологічно поставити діагноз та створити програму лікування та профілактики у хворих з запальними та диспластичними процесами кісток опорно-рухового апарату.

5.1. ЗМІСТ ТЕМИ.

1. Ревматоїдний артрит. Етіологія, патогенез, клініка. Принципи комплексного лікування: медикаментозне, ортопедичне. Вибір методів ортопедичного лікування залежно від стадії захворювання.
2. Сифілітичне ураження кісток і суглобів. Класифікація, клінічні та рентгенологічні симптоми, лікування.
3. Загальні питання патогенезу і клініки кістково-суглобового туберкульозу. Туберкульозний спондиліт, фази перебігу. Клініко-рентгенологічна діагностика. Загальні принципи консервативного лікування. Показання до оперативного лікування та види оперативних втручань.
4. Туберкульоз кульшового та колінного суглобів. Фази перебігу захворювання, клініко-рентгенологічна симптоматика. Показання до консервативного та оперативного лікування.
5. Дистрофічні захворювання скелету, остеохондропатії

6. Класифікація пухлин. Первинні доброякісні пухлини хрящового і кісткового походження: хондрома, остеобластокластома, остеома, остеοїдостеома. Клініко-рентгенологічні рзнаки пухлин. Методи лікування.
7. Первинні злоякісні пухлини хрящового і кісткового походження: хондросарюма, періостальнафібрoсаркома, остеогенна саркома, саркома Юінга. Клініко-рентгенологічні методи діагностики злоякісних пухлин, їх лікування.
8. Вторинні злоякісні пухлини: метастатичні та проростаючі в кістку з навколишніх м'яких тканин (синовіома). Клініка, лікування.
9. Пухлиноподібні захворювання кісток: солітарна кісткова киста, аневризмальна кісткова киста, остеοїдна остеома. Клініко-рентгенологічні ознаки. Лікування.

5.2. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Ревматоїдний артрит.
2. Класифікація, клінічні та рентгенологічні симптоми, лікування.
3. Туберкульоз кісток та суглобів. Класифікація, клінічні та рентгенологічні симптоми, лікування.
4. Пухлини кісток. Класифікація, клінічні та рентгенологічні симптоми, лікування
5. Пухлиноподібні захворювання кісток. Класифікація, клінічні та рентгенологічні симптоми, лікування

ТЕСТИ І СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

Диференційна діагностика асептичного некрозу тіл хребців (хворобаШейермана-Мау) проводиться з:

- А. Туберкульозним спондилітом, спондило-епіфізарною дисплазією, хворобою Кальве
- В. Пухлинами
- С. Хондродистрофією
- Д. Переломами тіл хребців
- Е. Мієломною хворобою

Показання до оперативного лікування асептичного некрозу головкистегна у дітей:

- А. Контрактура кульшового суглоба
- В. Грибовидна форма головки стегна
- С. Збільшення епіфізарно-діафізарного кута Альсберга
- Д. Затягнута стадія фрагментації

Оптимальна операція при асептичному некрозі головки стегна в початковій стадії:

- А. Артродез
- В. Артропластика
- С. Резекція головки
- Д. Остеотомія

Ускладнення асептичного некрозу головки стегна у дітей:

- А. Лізис головки
- В. Деформуючий артроз
- С. Вивих головки
- Д. Кистоподібні ураження

Клінічні ознаки асептичного некрозу головки стегнової кістки у дітей:

- А. Біль, підвищення місцевої температури, обмеження рухів
- В. Біль, обмеження згинання і розгинання

- С. Біль, кульгавість, атрофія м'язів стегна і сідничих м'язів, обмеження відведення і внутрішньої ротації
- Д. Біль, укорочення і вимушене положення кінцівки

Клінічні ознаки асептичного некрозу тіл хребців (хвороби Шойерман-Мау):

- А. Кіфотична деформація хребта, виступаючі і болючі остисті відростки, асиметрія лопаток і трикутників талії
- В. Сколіотична деформація хребта, біль, обмеження рухів
- С. Кіфотична деформація хребта, підвищення місцевої температури, біль
- Д. Біль, порушення осанки, кульгавість, атрофія м'язів спини і сідничих м'язів

Хрускіт різноманітної інтенсивності при дослідженні надколінника характерний для симптому:

- А. Гаглунда
- В. Жерді
- С. Ланда
- Д. Гориневської

Основні способи консервативної терапії асептичного некрозу головки стегна у дітей:

- А. Протизапальна, десенсибілізуюча терапія
- В. Розвантаження, стимулятори кровообігу, лікувальна фізкультура
- С. Антибактеріальна терапія
- Д. Розсмоктуюча терапія, антикоагулянти

Ранні рентгенологічні ознаки асептичного некрозу головки стегна у дітей:

- А. Лізис кісткової тканини, зниження висоти щілини суглоба
- В. Остеопороз головки і шийки, латеропозиція головки

- С. Склероз головки, зменшення її розмірів
- Д. Зниження висоти епіфіза з ущільненням кісткової тканини, збільшення щілини суглоба

Рентгенологічні ознаки кінцевої стадії асептичного некрозу головки стегна у дітей:

- А. Підвивих, кісти в головці2 Грибоподібна головка, потовщена, вкорочена шийка
- В. Зниження висоти щілини суглоба, варусна шийка
- С. Скошеність даху, латеропозиція, крайові кісткові розростання

Асептичний некроз тіл хребців характерний для віку:

- А. 18-25 років
- В. 15-20 років
- С. 2-15 років

Рентгенологічні ознаки асептичного некрозу головки стегна у дітей в пізній стадії:

- А. Зниження висоти епіфіза, нерівність поверхні головки, фрагментація головки, латеропозиція епіфіза
- В. Збільшена головка, склероз, підвивих головки
- С. Звуження щілини суглоба, лізис головки, варизація і витончення шийки стегна
- Д. Кистоподібні просвітлення в голівці, потовщення епіфізарної лінії, підвивих

Основні клінічні прояви асептичного некрозу головки стегнової кістки:

- А. Кульгавість, вкорочення кінцівки, сухість шкіри, лімфостаз, контрактура
- В. Контрактура, синовіт, підвищення місцевої температури
- С. Біль, кульгавість, обмеження рухів у суглобі, атрофія

м'язів стегна

D. Обмеження рухів, контрактура, атрофія м'язів

Найбільш часті захворювання колінного суглоба:

A. Остеомієліт, хондроматоз, абсцес Броді, фіброзна дисплазія

B. Асептичний некроз, хондроматоз, періартроз, ревматоїдний артрит, хондрома, туберкульоз, вроджений вивих надколінника

C. Деформуючий артроз, асептичний некроз, хвороба Гоффа, хондроматоз, ревматоїдний артрит

Синовиальна киста при ревматоїдному артриті колінного суглоба показана при:

A. 1 стадії

B. 2 стадії в 1 фазі

C. 3 стадії в 3 фазі

D. 2 стадії в 2 фазі

E. 3 стадії в 2 фазі

При кістково-суглобовому туберкульозі найчастіше уражаються:

A. Метафізарні зони довгих трубчастих кісток

B. Кістки стопи

C. Хребетний стовп і великі суглоби

Туберкульозний артрит найчастіше уражає:

A. Кульшовий суглоб

B. Колінний суглоб

C. Дрібні суглоби нижніх кінцівок

D. Великі суглоби верхніх кінцівок

Диференціальна діагностика туберкульозного артриту частіше проводиться з:

- A. Плечовим плекситом
- B. Ревматоїдним артритом
- C. Звапненим періартритом
- D. Саркомою головки плечової кіст-

Характерна локалізація туберкульозного процесу при кокситі:

- A. Шийка стегнової кістки
- B. Головка стегнової кістки
- C. Кістки вертлюгової западини
- D. Синовіальна сумка
- E. Вертлюгова западина, рідше головка і шийка стегнової кістки

Остеохондропатія тіла хребця (хвороба Кальве) характеризується:

- A. Асептичним некрозом кістки, болем в навантаженні, сплющуванням тіла хребця, виступанням остистого відростка
- B. Вогнищем в нижньогрудному чи поперековому відділах хребта
- C. Рефлекторним напруженням м'язів
- D. Виступаючим остистим відростком хворого хребця

Рентгенологічно ураження головок плесневих кісток (Келер 2) характеризується:

- A. Ущільненням і сплющуванням головки метатарзальної кістки
- B. Лізісом головки метатарзальної кістки
- C. Плямистим малюнком на всьому протязі плесневої кістки
- D. Розширенням суглобової щілини

Остеохондропатія півмісяцевої кістки (хвороба Кінбека)

характеризується:

- А. Болем при навантаженні в ділянці півмісяцевої кістки та ущільненням її структури
- В. Болем у основи 5 пальця
- С. Прихованою і нез'ясованою симптоматикою
- Д. Значною більсністю при навантаженні
- Е. Набряками в ділянці променевозап'ясткового суглоба

Остеохондропатія хребців (хвороба Шойерман-Мау)
характеризується:

- А. Появою кіфозу, зміною в зоні росту і клиноподібністю хребців (апофізарна зона)
- В. Розпластаністю тіл хребців
- С. Виникненням у осіб різної статі
- Д. Виникненням сколіозу

Лікування остеохондропатії тілахребця (хвороба Кальве)
потребує:

- А. Декількох років лікування, розвантаження, реклінації
- В. Не більше року лікування
- С. Повного розвантаження хребта
- Д. Дозованого навантаження
- Е. Опромінення ультрафіолетовими променями
- Ф. Лазерного опромінення

Хвороба Кюммеля (травматичний спондиліт)
характеризується:

- А. Виникненням у чоловіків після невеликої одномоментної або множинної травми
- В. Появою незалежно від статі
- С. Локалізацією в поперековому відділі
- Д. Виникненням в шийному відділі хребта

Остеохондропатія човноподібноїстопи (Хвороба Кьолер І)
характеризується:

- А. Захворюванням у віці від 3 до 10 років, нічним болем на рівні передплесни
- В. Хворобою у віці від 12 до 16 років
- С. Болем при надавлюванні на кубоподібну кістку
- Д. Нічним болем
- Е. Болем, що не залежить від пори року і доби

Клінічна картина остеохондропатії горбистості
великогомілковоїкістки (хвороба Осгуда-Шляттера)
характеризується:

- А. Болем, припухлістю в ділянці горбистості великогомілкової кістки
- В. Болем при надавлюванні в ділянці виростків великогомілкової кістки
- С. Невеликим болем у верхній третині великогомілкової кістки
- Д. Ураженням чоловіків у віці 18-30 років
- Е. Ураженням жінок в будь-якому віці

Вкажіть кількість стадій в перебігуостеохондропатії
головки стегна (хвороби Легга-Кальве-Пертеса)

- А. 5
- В. 4
- С. 6
- Д. 3

Розтинаючий остеохондроз кульшового і колінного
суглобів (хвороба Кеніга) в І ст. характеризується:

- А. Різким больовим синдромом
- В. Болем, синовіітом, склерозом невеликої ділянки суглобової поверхні, обмеженої смужкою просвітління
- С. Болем, синовіітом, розлитим склерозом суглобової

поверхні, обмеженої і підвищенням температури
D. Болем, синовітом, склерозом невеликої ділянки
суглобової поверхні і підвищенням температури
E. Болем, синовітом і підвищенням температури
F. Болем, синовітом і обов'язковими блокадами суглоба

Остеохондропатії уражають в основному:

- A. Дітей
- B. Дорослих
- C. Юнаків
- D. Дітей і дорослих
- E. Дітей і юнаків

Остеохондропатія головок плесневих кісток (Келлер 2)
закінчується:

- A. Деформуючим артрозом
- B. Артритом
- C. Остеомієлітом
- D. Анкілозом
- E. Ампутацією
- F. Розпластаністю стопи

Остеохондропатія головки стегна(хвороба Легга-Кальве-Пертеса) характеризується:

- A. Гострим перебігом
- B. Повільним перебігом
- C. Наявністю травми в анамнезі

Хворобою Легга-Кальве-Пертеса частіше хворіють:

- A. Дівчата 3-18 років
- B. Особи усіх вікових груп
- C. Хлопчики 4-12 років
- D. Хлопчики і дівчата
- E. Переважно юнаки

Остеохондропатії протікають:

- A. На протязі декількох років
- B. Декілька тижнів
- C. Не більше 5-8 міс.
- D. До 1 року
- E. Не більше 1 року

Лікування остеохондропатій полягає в:

- A. Утворенні гіперемії в місці ураження, застосуванні бальнео-фізіотерапевтичних методів і загальнозміцнюючих засобів
- B. Дозованому навантаженні
- C. Оперативному лікуванні
- D. Ранній функції

Лікування хвороби Легга-Кальве-Пертеса полягає в:

- A. Довготривалому спокої біля 2-х років, фізіотерапії
- B. Дозованому навантаженні в ліжку
- C. Ранній функції
- D. Довготривалому пасивному спостереженні

Клінічні і рентгенологічні ознаки остеобластокластоми:

- A. Біль, підвищення загальної і місцевої температури, гіперемія шкіри
- B. Ущільнення м'яких тканин, підвищення місцевої температури, періостальні нашарування
- C. Локальне збільшення обсягу кінцівки, просвітління метафізу, наявність кіст, потоншення кортикального шару
- D. Ущільнення м'яких тканин, біль при пальпації, ділянка просвітлення з кістковими включеннями, лізіс кортикального прошарку
- E. Підвищення місцевої температури, підвищення кальцію в крові, язикоподібний лізіс в здорову частину діафізу

Основний рентгенологічний симптом хондросаркоми:

- A. Пухлина великих розмірів, чітка структура, малюнок нагадує "кольорову капусту"
- B. Пухлина на широкій ніжці з нечіткими контурами і межами, з гомогенним і розпливчастим малюнком
- C. Пухлина на тонкій ніжці, лінійної форми, покрита хрящовою шляпкою
- D. Пухлина з чіткими контурами, переходить в кортикальний прошарок
- E. Пухлина горбиста, кісткової структури, зв'язана інтимно з кортикальним прошарком, межі чіткі

Найбільш часті рентгенологічні ознаки остеогенної саркоми

- A. Деструкція з чіткими контурами
- B. Деструкція з нечіткими контурами, періостальна реакція
- C. Чітка структура вогнища деструкції
- D. Чітка структура вогнища деструкції з включеннями

Основна клінічна ознака остеогенної саркоми:

- A. Локальна гіпертермія
- B. Нічний біль в ділянці вогнища
- C. Постійний настирливий біль в ділянці вогнища
- D. Маловиражений біль
- E. Атрофія м'язів кінцівки

Часта локалізація остеогенної саркоми:

- A. Променева, малогомілкова кістки
- B. Стегнова, великогомілкова кістки
- C. Плечова кістка, кістки передпліччя
- D. Тіла хребців

Основний рентгенологічний симптом солітарної кістки

- А. Відсутність деструкції
- В. Деструкція в метадіафізі з чіткими контурами
- С. Деструкція і вздуттям кістки
- Д. Деструкція з секвестром по центру
- Е. Деструкція 5 x 6 см з чіткими краями, вапнякові включення.

Характеристика больового симптому остеоїдної остеоми:

- А. Періодичний біль
- В. Настирливий нічний біль
- С. Постійний біль
- Д. Біль після фізичного навантаження
- Е. Болю немає

Основний клінічний симптом остеобластокластоми:

- А. Постійний біль
- В. Непостійний біль
- С. Нічний біль
- Д. Відсутність болю
- Е. Біль при фізичному навантаженні

Основний рентгенологічний симптом остеобластокластоми:

- А. Ділянка деструкції 1 x 1 см в епіфізі
- В. Ділянка деструкції 10 x 6 см у метафізі
- С. Структура у вогнищі деструкції гомогенна
- Д. Вапнякові включення у вогнищі деструкції
- Е. Межа пухлини в м'яких тканинах нечітка

Характер больового симптому при солітарній кісті:

- А. Біль постійний
- В. Біль нічний
- С. Біль після навантаження
- Д. Поява болю після травми

Основний клінічний симптом хондроми:

- A. Постійний біль
- B. Непостійний біль
- C. Відсутність болю
- D. Нічний біль
- E. Біль після травми, фізичного навантаження

Основний клінічний симптом остеоми:

- A. Постійний біль
- B. Значний біль
- C. Непостійний біль
- D. Нічний біль
- E. Атрофія м'язів кінцівки

Визначальний симптомом при пальпації остеоми:

- A. Припухлість м'яких тканин
- B. Щільне безболісне утворення, спаяне з кісткою
- C. Щільне утворення, не спаяне з кісткою
- D. Утворення м'якоеластичної консистенції
- E. М'яке, безболісне утворення, спаяне з м'якими тканинами

Основний рентгенологічний симптом хондроми:

- A. Наявність вогнища деструкції з чіткими контурами
- B. Вогнище деструкції з нечіткими контурами
- C. Вогнище деструкції зі склерозованими краями
- D. Вогнище деструкції з грубим секвестром
- E. Вогнище деструкції з ніжним секвестром (по типу талого цукру)

Основний рентгенологічний симптом остеоми:

- A. Наявність "плюс"-тканини кісткової структури на зовнішній стороні кортикального шару

- В. Пухлина губчастої кісткової структури на широкій основі
- С. Пухлина із кісткової речовини, що сидить на вузькій ніжці і покрита хрящем
- Д. Пухлина розташована поза кісткою і має вигляд "кольорової капусти"
- Е. Пухлина розташована поза кісткою, з нечіткими, розпливчастими контурами і гомогенною структурою

Основою патологічної ламкості кісток є

- А. Гальмування кісткоутворюючого процесу
- В. Остеомаляція
- С. Системний остеосклероз
- Д. Вроджена вада формування кістки

До групи епіфізарних дисплазій відносяться:

- А. Ахондроплазія, хвороба Блаунта, Маделунга
- В. Псевдоахондроплазія
- С. Фіброзна остеодисплазія
- Д. Патологічна ламкість кісток

Рентгенологічні ознаки фіброзної остеодисплазії:

- А. Вогнища розрідженості з чіткими краями в метафізах і діафізах
- В. Остеопороз і кістоподібні вогнища
- С. Патологічні переломи, потоншення кортикального прошарку
- Д. Склероз, потовщення кортикального прошарку і його розволокнення
- Е. Патологічні вогнища в плоских кістках, періостальна реакція

Клінічні ознаки патологічної ламкості кісток:

- А. Розумова відсталість

- В. Блакитне забарвлення склер, туговухість, деформації і переломи
- С. Згинальні контрактури
- Д. Множинні переломи плоских кісток
- Е. Карликовість

Лікування патологічної ламкості кісток складається з

- А. Лікування патологічних переломів фіксаційним методом
- В. Променевої терапії
- С. Хірургічних втручань із наступним протезуванням
- Д. Гормональної терапії

Лікування фіброзної дисплазії полягає в:

- А. Резекції патологічного вогнища і кістковій пластиці
- В. Променевій терапії
- С. Гормональній терапії
- Д. Кюретажі патологічного вогнища

Рентгенологічні зміни в кістках ухворих із епіфізарною дисплазією:

- А. Сплющення епіфізів, деформуючий артроз, спізніле окостеніння кісток зап'ястя
- В. Викривлення діафізів, відсутність окостеніння
- С. Синостоз парних кісток
- Д. Остеопороз

Оптимальний метод лікування екзостозної хондродисплазії:

- А. Оперативний
- В. Консервативний
- С. Променева терапія
- Д. Переважно консервативний

Ознаки ниркової остеодистрофії

- A. Деформація трубчастих кісток, остеопороз, поліурія, альбумінурія
- B. Асептичний некроз епіфізів
- C. Анурія, зони патологічної перебудови кісток
- D. Періостит

Яке лікування показане хворим при загостренні подагричного артрити?

- A. Імобілізація, анальгетики, препарати, що нормалізують обмін сечової кислоти, тепло, дієта,
- B. Місцеве введення гормонів, активний режим
- C. Антибіотикотерапія, голкорексфлексотерапія
- D. Гіпотермія ураженого суглоба, механотерапія

Патогномонічний метод лікування гіперпаратиреоїдної остеодистрофії:

- A. Видалення аденоми паращитовидної залози
- B. Променева терапія
- C. Хіміотерапія
- D. Гормональні препарати

Основні симптоми дистрофічного ураження кісток і суглобів:

- A. Біль, деформація, зменшення росту хворого, патологічні переломи
- B. Спазм м'язів і інші неврологічні порушення
- C. Наявність вільних хрящових тіл в порожнині суглоба
- D. Наявність м'якотканинних утворень

Клініко-рентгенологічні ознаки подагри:

- A. Біль, набряк, звуження суглобової щілини, подагричні вузли

- В. Гемартроз, біль у суглобах, звуження суглобової щілини
- С. Звуження суглобової щілини, деструкція суглобового кінця
- Д. Неврит
- Е. Атрофія кісток

Основні клініко-рентгенологічні симптоми деформуючої остеодистрофії:

- А. Біль у кістках, деформація і потовщення кісток, зменшення зросту, склероз кісток і звуження кістково-мозкового каналу
- В. Порушення фосфорно-кальцієвого обміну
- С. Атрофія кісток і м'язів
- Д. Збільшення і деформація великих суглобів

Рентгенологічні ознаки дистрофічних уражень кісток і суглобів

- А. Системний остеопороз, патологічні переломи і кісткоподібна перебудова
- В. Асептичний некроз суглобових кінців трубчастих кісток
- С. Патологічних змін в кістках немає
- Д. Вивихи і підвивихи

Методи лікування рахітичних деформацій кінцівок:

- А. Корегуючі етапні гіпсові пов'язки, ортопедичне взуття, масаж, операції
- В. Ортопедичне взуття, ортези
- С. Гормональна терапія
- Д. Дистракційний епіфізеоліз по Ілізарову
- Е. Міотомії

Основні нозологічні форми дистрофічних уражень кісток і суглобів

А. Гіперпаратиреоїдна остеодинтрофія, хвороба Педжета

В. Мукополісахаридоз і дізостоз

С. Деформуючий остеоартроз

Д. Гормональна спондилопатія

Література.

1. Бітчук Д.Д., Істомін А.Г., Хименко М.Ф., Марюхнич А.О. Травматологія та ортопедія: Збірник тестових завдань для позааудиторної підготовки студентів до ліцензійних іспитів: Крок - 2. - Харків: ХДМУ, НТУ"ХП", 2004. - 224 с.

2. Олекса А.П. Травматологія і ортопедія - К.: Вища школа, 1993.-511 с.

3. Складенко Е.Т. Травматологія і ортопедія - К.:Здоров'я, 2005 .-328 с.

4. Трубников В.Ф. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата. - К.: Здоровье, 1984.- 328 с.

5. Трубников В.Ф. Травматология и ортопедия. - К.: Вища школа, 1986.-591 с.

6. Травматическая болезнь /Под ред. И.И.Дерябина, О.С.Насонкина - Л. Медицина, 1987. - 304с.