

- c) Oznaczenie odpowiedzi następuje przez zamazanie **ołówkiem 2B lub 3B całej powierzchni prostokąta** wybranej przez Ciebie odpowiedzi. Pamiętaj, że od poprawności zamazania pola w dużej mierze zależy poprawność odczytu podanej przez Ciebie odpowiedzi. Przykłady poprawnego zamazywania pola możesz zobaczyć powyżej.
- d) Proponujemy, aby w czasie rozwiązywania testu najpierw zaznaczać odpowiedź delikatną kropką. Gdy przekonasz się, że dobrze wybrałaś/eś, zakresz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wymaż gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłaś/eś poprawnie, zamaż starannie prostokąty.

Niedopuszczalne jest zniszczenie karty, jej uszkodzenie (załamanie, zagięcie) zarysowanie brzegu karty, gdyż może to być przyczyną złego jej odczytu.

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **2 godziny 50 minut**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać kartę odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartą odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zachowania.
- h) Porozumiewanie się z sąsiadami oraz korzystanie z jakichkolwiek materiałów pomocniczych pociąga za sobą dyskwalifikację i ocenę niedostateczną z egzaminu.

Twój zestaw zadań testowych został oznaczony jako **WERSJA I**. W związku z tym przypominamy Ci, że Twój numer karty winien być **nieparzysty**. Dla potwierdzenia tego, że rozwiązujesz wersję I **w wierszu 7 górnej części karty** zakreślono pole z **cyfrą 1**. Prawidłowe zaznaczenie widać na rysunku niżej

NUMER KODOWY.....

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

cem EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
ORTOPEDII
WIOSNA 2021

1	A	B	C	D	E	61	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E	62	A	B	C	D	E

Nr 1. Przyczynami operacji rewizyjnych panewki protezy stawu biodrowego są:

- 1) zmiany osteolityczne tkanki kostnej wokół panewki;
- 2) przejaśnienie tkanki kostnej wokół panewki w badaniu RTG o grubości ok. 2 mm;
- 3) zużycie implantu;
- 4) skostnienia tkanki kostnej powyżej panewki II° w skali Brookera;
- 5) objawy „choroby resztek” w obszarze nadpanewkowym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 2. W przypadku obluzowania tylko panewki stawu biodrowego należy wykonać:

- 1) całkowitą wymianę endoprotezy (wszystkie elementy);
- 2) wymianę wkładki, w przypadku endoprotezy bezcementowej;
- 3) wymianę wszystkich elementów panewkowych, w przypadku endoprotezy bezcementowej;
- 4) zawsze wymianę głowy endoprotezy;
- 5) wymianę głowy endoprotezy, zgodnie z zastosowaną panewką (ten sam system protezowy).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 3. Podczas wykonywania rewizji stawu biodrowego z dostępu tylnego należy zwrócić uwagę na nerw pośladkowy górny. Wskaż **falszywe** stwierdzenie:

- A.** nerw pośladkowy górny unerwia mięsień pośladkowy średni.
B. do uszkodzenia nerwu może dojść przez nieprawidłowe założenie podważki.
C. nerw pośladkowy średni unerwia głównie mięsień pośladkowy mały.
D. nerw pośladkowy górny przebiega ok. 5 cm powyżej szczytu krętarza dużego.
E. cięcie operacyjne nie powinno sięgać dalej niż 2-3 cm powyżej szczytu krętarza większego.

Nr 4. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące rekonstrukcji górnej części panewki:

- 1) w przypadku konieczności rekonstrukcji górnego brzegu panewki wskazane jest odsłonięcie nerwu pośladkowego górnego;
- 2) trójkąt Ranawata pozwala na lepszą ocenę ubytku tkanki kostnej ponad stropem panewki;
- 3) ubytki tkanki kostnej wymagają jedynie użycia przeszczepów kostnych różnego typu;
- 4) użycie wzmacniających pierścieni panewkowych mocowanych do kości biodrowej może być przyczyną uszkodzenia nerwu pośladkowego górnego;
- 5) podczas operacji rewizyjnych panewki stawu biodrowego praktycznie nie dochodzi do uszkodzenia nerwu pośladkowego górnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 5. Podczas usuwania trzpienia endoprotezy bezcementowej należy kierować się następującymi zasadami:

- 1) w przypadku znacznego zagłębienia się trzpienia w kości udowej należy w sposób kontrolowany odciąć krętarz większy kości udowej;
- 2) należy dążyć do usunięcia tkanki kostnej lub bliznowatej z powierzchni bocznej trzpieni;
- 3) usunięcie tkanek z powierzchni bocznej trzpienia zapobiega złamaniu krętarza dużego;
- 4) po osteotomii krętarza większego są zachowane dobre warunki do jego zrostu;
- 5) okienko wykonane na powierzchni przednio-bocznej kości udowej poniżej krętarza dużego pozwala na zachowanie nieuszkodzonego krętarza dużego.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. wszystkie wymienione. **B.** 1,2. **C.** 3,5. **D.** 4,5. **E.** żadna z wymienionych.

Nr 6. Podczas wykonywania operacji rewizyjnej okienka w kości udowej należy przestrzegać następujących zasad:

- 1) okienko w kości udowej wycina się w jej części przednio-bocznej;
- 2) długość okienka nie powinna przekraczać 3 cm;
- 3) linię cięcia należy poprowadzić skośnie, aby wycięty fragment kostny pozostał stabilny po położeniu go na swoje miejsce;
- 4) na ogół wycięte okienka kostne nie wymagają stabilizacji np. pętlami drutu;
- 5) okienko może być wycięte w dowolnym miejscu kości udowej na jego obwodzie.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2. **B.** 1,3. **C.** 4,5. **D.** 2,4. **E.** 3,5.

Nr 7. W przypadku usuwania trzpienia cementowanego obowiązują następujące zasady:

- 1) w pierwszej kolejności usuwany jest cement z końca bliższego kości udowej;
- 2) w celu usunięcia cementu położonego dystalnie lub korka blokującego kanał udowy zalecane jest wykonanie okienka kostnego;
- 3) po usunięciu trzpienia endoprotezy konieczne jest całkowite usunięcie pozostałego cementu kostnego;
- 4) najwięcej trudności sprawia usunięcie korka blokującego kanał udowy;
- 5) do usunięcia cementu przydatne jest użycie specjalnych wiertel.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 3,4,5. **C.** 2,3,4. **D.** wszystkie wymienione. **E.** 1,2,4,5.

Nr 8. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące postępowania chirurgicznego w przypadku zastarzałego złamania części krętarza większego kości udowej:

- 1) jest to najczęściej wynik wcześniej przeprowadzonych protezoplastyk;
- 2) najczęściej stwierdza się wolny fragment kostny;
- 3) wolna tkanka kostna może wykazywać cechy martwicy;
- 4) leczeniem z wyboru jest usunięcie wolnego fragmentu krętarza;
- 5) przesuwający się wolny fragment krętarza powoduje u chorego uczucie niestabilności stawu.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 3,4,5. **C.** wszystkie wymienione. **D.** 2,3,4. **E.** żadna z wymienionych.

Nr 9. Jeżeli podczas wprowadzania rewizyjnego trzpienia bezcementowego dojdzie do podłużnego pęknięcia kości udowej, to należy:

- A.** pozostawić wprowadzony trzpień i kontynuować operację.
- B.** nie usuwać trzpienia i założyć pętlę z drutu lub plecionki celem stabilizacji złamania.
- C.** usunąć trzpień i wprowadzić inny, o mniejszym rozmiarze.
- D.** usunąć trzpień i osadzić inny na cemencie kostnym.
- E.** przyłożyć płytę, celem uzyskania lepszej stabilizacji.

Nr 10. Podczas operacji rewizyjnych zalecanym dostępem jest:

- A.** przednio-boczny.
- B.** bezpośredni boczny.
- C.** przedni.
- D.** tylny.
- E.** tylny rozszerzony.

Nr 11. Po zabiegach aloplastyk stawowych można spotkać się z kostnieniem pozaszkieletowym. Według jakiej klasyfikacji oceniany jest stopień skostnień okołostawowych?

A. Saltera-Harrisa. **B.** Catterala. **C.** Herringa. **D.** Brookera. **E.** Kinga.

Nr 12. W odwróconej protezie barku, tzw. „*notching*” to konflikt między elementem protezy a:

- A.** wyrostkiem barkowym.
- B.** wyrostkiem kruczym.
- C.** guzkiem większym.
- D.** guzkiem mniejszym.
- E.** szyjką panewki.

Nr 13. U osób powyżej 65. roku życia, które doznały wielofragmentowego złamania bliższego końca kości ramiennej najczęściej rekomendowanym leczeniem operacyjnym jest:

- A.** aloplastyka odwrócona.
- B.** zespolenie płytką LCP.
- C.** zespolenie gwoździem śródszpikowym.
- D.** aloplastyka anatomiczna.
- E.** aloplastyka połowicza.

Nr 14. U pacjenta zakwalifikowanego do alopastyki stawu biodrowego z powodu wcześniej leczonej rozwojowej dysplazji i z pozostawionymi łącznikami kości z wcześniejszych zabiegów, należy spodziewać się:

- 1) przedłużonego czasu trwania zabiegu;
- 2) zwiększonej utraty krwi;
- 3) skrócenia kończyny po zabiegu;
- 4) wydłużenia kończyny po zabiegu;
- 5) powikłań zakrzepowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 15. Poniższy radiogram stawów biodrowych w projekcji AP przedstawia:



- A.** idiopatyczne zmiany zwyrodnieniowe w obu stawach biodrowych.
B. idiopatyczne zmiany zwyrodnieniowe w prawym biodrze i dysplastyczne w lewym stawie.
C. lewostronną koksartrozę protruzyjną.
D. lewostronną koksartrozę pourazową.
E. złamanie szyjki kości udowej.

Nr 16. Które z wymienionych czynników zwiększają ryzyko powikłań po alopastyce stawu biodrowego?

- 1) demencja;
- 2) choroby psychiczne;
- 3) otyłość;
- 4) płeć męska;
- 5) długotrwałe stosowanie leków z grupy NLPZ.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,4. **B.** 2,5. **C.** 1,2,3. **D.** 4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 17. Wskazaniami do leczenia operacyjnego skolioz idiopatycznych młodzieńczych są:

- 1) dodatni test Rissera;
- 2) wartości kąta rotacji tułowia przekraczające 7° ;
- 3) wartości kąta Cobba przekraczające $45-50^\circ$;
- 4) progresja skoliozy;
- 5) płeć męska.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 18. Zapalenie krążka międzykręgowego:

- 1) występuje głównie u dzieci i młodzieży;
- 2) wywoływane jest najczęściej przez gronkowce;
- 3) wywoływane jest najczęściej przez paciorkowce;
- 4) występuje najczęściej w kręgosłupie lędźwiowym i piersiowym;
- 5) wymaga najczęściej leczenia nieoperacyjnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 19. Objaw Kleina-Trethowana jest charakterystyczny dla:

- A.** choroby Perthesa.
B. niestabilności stawu kolanowego.
C. wrodzonego biodra szpotawego.
D. rozwojowej dysplazji stawu biodrowego.
E. wszystkie wymienione są fałszywe.

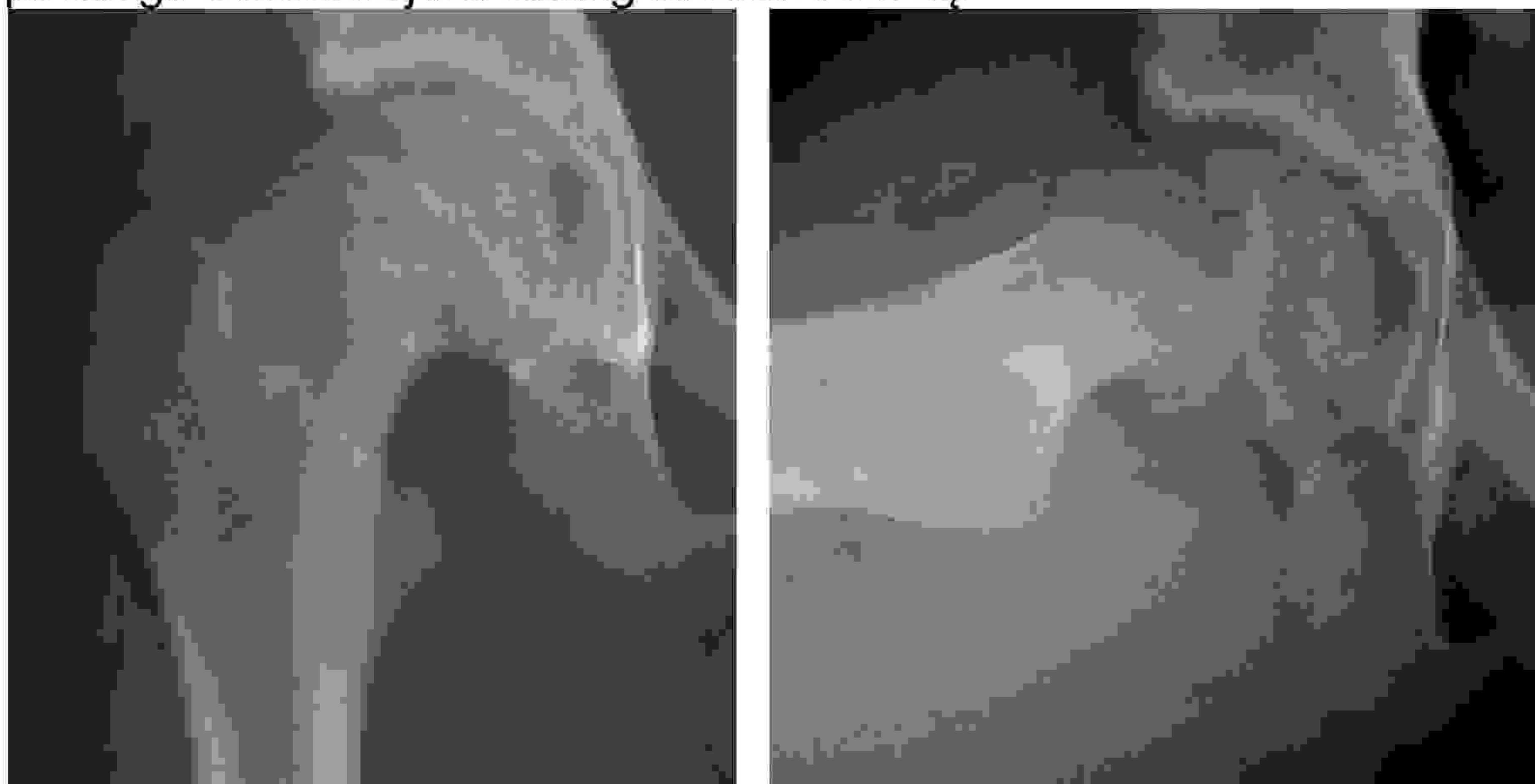
Nr 20. Co nie jest elementem definicji skoliozy idiopatycznej?

- A.** kąt rotacji tułowia wynoszący co najmniej 7° .
B. rozwojowe zniekształcenie kręgosłupa i tułowia.
C. trój płaszczyznowy charakter deformacji.
D. kąt mierzony sposobem Cobba na radiogramie wykonanym w projekcji przednio-tylnej w pozycji stojącej wynosi co najmniej 10° .
E. progresja w okresach szybkiego wzrastania kręgosłupa.

Nr 21. Podział młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej na postać stabilną bądź niestabilną na podstawie stanu klinicznego określa:

- A.** klasyfikacja Lenkego.
B. podział Sharrarda.
C. klasyfikacja Herringa.
D. klasyfikacja Catteralla.
E. żadna z powyższych.

Nr 22. Do charakterystycznych objawów podmiotowych i przedmiotowych patologii widocznej na radiogramach należą:



- 1) ból w pachwinie promieniujący na przednią powierzchnię uda;
- 2) objaw Kleina-Trethowana;
- 3) objaw Ortolaniego;
- 4) objaw Drehmanna;
- 5) objaw Gage.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 23. Do charakterystycznych objawów patologii widocznej na poniższych obrazach tomografii rezonansu magnetycznego należą:



- 1) osłabienie lub brak odruchu kolanowego.
- 2) ból promieniujący do kończyny dolnej wzdłuż przedniej powierzchni uda.
- 3) ból promieniujący do kończyny dolnej wzdłuż bocznej powierzchni uda, tylnej powierzchni podudzia i pięty.
- 4) osłabienie siły zgięcia podszwowej stopy.
- 5) osłabienie lub brak odruchu ze ścięgna Achillesa.

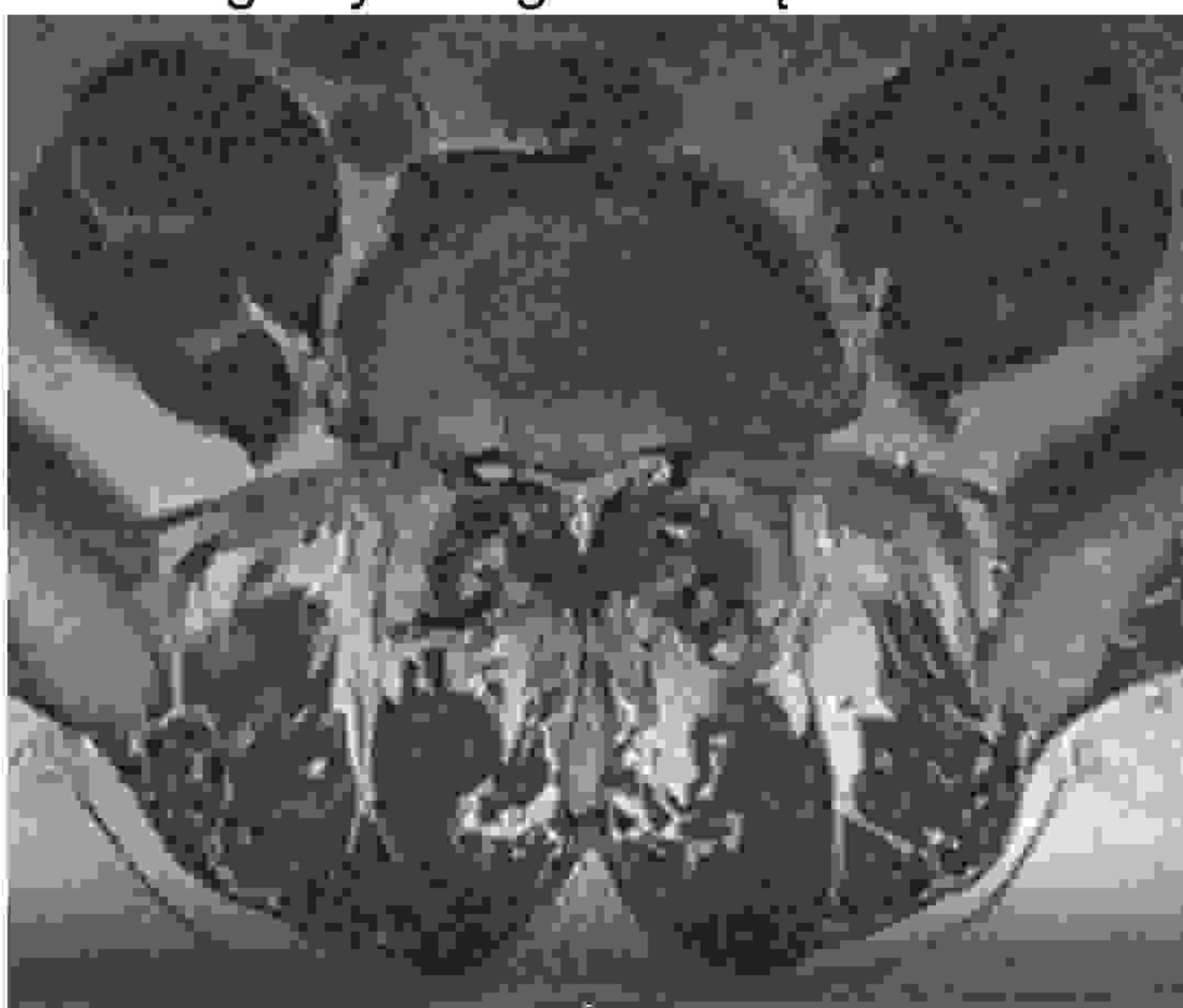
Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 24. Do rozwoju skoliozy nerwowo-mięśniowej może dojść w przebiegu:

- A. urazu rdzenia kręgowego. D. dystrofii mięśniowej.
B. mózgowego porażenia dziecięcego. E. wszystkich wyżej wymienionych.
C. przepukliny oponowo-rdzeniowej.

Nr 25. Do charakterystycznych objawów patologii widocznej na poniższych obrazach tomografii rezonansu magnetycznego należą:



- 1) ból okolicy lędźwiowej;
- 2) parestezje i ból promieniujący do kończyn dolnych w pozycji stojącej i podczas chodzenia;
- 3) osłabienie siły zgięcia stawu biodrowego;
- 4) osłabienie odruchu kolanowego;
- 5) zmniejszenie dolegliwości bólowych promieniujących do kończyn dolnych po przyjęciu pozycji siedzącej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 26. Test Rissera służy do oceny:

- A. dojrzałości szkieletu.
B. wiotkości stawowej.
C. przykurczu zgięciowego w stawie biodrowym.
D. migracji głowy kości udowej z panewki.
E. zaawansowania dojrzewania płciowego.

Nr 27. 6-letnia dziewczynka leczona jest z powodu złamania nadkłykciowego kości ramiennej typu II. Wskaż prawidłowy sposób wykonania zespolenia po zamkniętej repozycji:

- A. dwa druty Kirschnera od boku i jeden od strony przyśrodkowej.
B. zespolenie elastycznymi prętami śródszpikowymi.
C. zespolenie jedną śrubą kaniulowaną.
D. zespolenie dwoma płytkami od boku i od strony przyśrodkowej.
E. ten stopień przemieszczenia po repozycji nie wymaga dodatkowego zespolenia wewnętrznego.

Nr 28. 22-letni mężczyzna, który dotychczas uprawiał sport, odczuwa ból obu bioder, z przewagą po stronie lewej. Klinicznie stwierdza się dodatni objaw FADIR – bolesne ograniczone, zgięcie, przywiedzenie i rotację wewnętrzną. Wskaż najważniejsze badania obrazowe:

- A. scyntygrafia.
- B. tomografia komputerowa.
- C. ultrasonografia.
- D. tomografia rezonansu magnetycznego i boczne zdjęcie biodra i kości udowej.
- E. zdjęcie radiologiczne A-P stawów biodrowych będzie wystarczające.



Nr 29. 32-letni mężczyzna, który dotychczas uprawiał sport, odczuwa ból w obu pachwinach, z przewagą po stronie prawej. Klinicznie stwierdza się bolesne ograniczenie zgięcia, przywiedzenia i rotacji wewnętrznej badanych jednocześnie. Na podstawie zdjęcia uzyskanego z tomografii rezonansu magnetycznego wskaż prawdziwe rozpoznanie:

- A. martwica jałowa głowy kości udowej.
- B. młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej.
- C. choroba zwyrodnieniowa dysplastycznego stawu biodrowego.
- D. deformacje połączenia głowowszyjkowego powodujące konflikt udowo-panewkowy typu krzywkowego.
- E. dysplazja resztkowa stawu biodrowego.



Nr 30. U chorej w wieku 37 lat stwierdzono dysfunkcję biodra prawego spowodowaną chorobą zwyrodnieniową na tle dysplazji rozwojowej tego stawu. Planując leczenie operacyjne określ, które wymienione poniżej elementy leczenia istotnie wpływają na dobry odległy wynik leczenia z użyciem endoprotezoplastyki:

- A. implantacja panewki w miejscu anatomicznym.
- B. odtworzenie anatomicznego offsetu z użyciem implantu udowego.
- C. uzyskanie stabilności stawu we wszystkich płaszczyznach.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A, B i C.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B i C.

Nr 31. 15-letnia dziewczynka zgłosiła się z bólem biodra zlokalizowanym w lewej pachwinie. W dzieciństwie leczona była z użyciem szyny odwodzącej. Normalny zakres ruchów, z objawem FADIR i chód z minimalnym utykaniem na stronę lewą. Wskaż prawidłowe rozpoznanie i leczenie:



- A. młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej, transfiksacja głowowo-szyjkowa drutami Kirschnera *in situ*.
- B. późna postać choroby Perthesa, osteotomia waryzująca kości udowej.
- C. objawowa dysplazja stawu biodrowego z podwichnięciem, osteotomia okołopanewkowa miednicy.
- D. wrodzone biodro szpotawe, osteotomia walgizująca.
- E. dysplazja stawu biodrowego, osteotomia wg Degi.

Nr 32. Kobieta w wieku 72 lat upadła w czasie prac domowych doznając urazu okolicy krętarzowej. W oddziale ratunkowym na podstawie zdjęcia radiologicznego rozpoznano złamanie przezkrętarzowe typu III wg Boyda - Griffina. W prawidłowym postępowaniu leczniczym należy:

- A. dokonać zespolenia złamania po jego repozycji z użyciem gwoźdźca Gamma.
- B. zastosować wyciąg nadrostkowy i leczyć złamanie nieoperacyjnie z uwagi na ryzyko możliwych powikłań.
- C. wykonać otwartą repozycję odłamów i zespolić złamanie śrubami.
- D. zaakceptować przemieszczenie odłamów i wykonać zespolenie płytką kątową.
- E. zespolić złamanie śrubami kaniulowanymi.

Nr 33. Mężczyzna w wieku 25 lat w trakcie wypadku komunikacyjnego (kierowca motocykla) upadł doznając urazu wielomiejscowego. W oddziale ratunkowym na podstawie zdjęcia radiologicznego poza złamaniem kości ramiennej i promieniowej, rozpoznano złamanie podkrętarzowe niestabilne, odwrócone. W dalszym postępowaniu leczniczym należy:

- A.** dokonać zespolenia złamania po jego repozycji z użyciem gwoźdźcia Gamma, lub w przypadku braku możliwości uzyskania repozycji odłamów, dokonać otwartej repozycji i czasowej stabilizacji a następnie wykonać zespolenie jak wyżej.
- B.** zastosować wyciąg nadkostkowy i leczyć złamanie nieoperacyjnie z uwagi na ryzyko możliwych powikłań.
- C.** wykonać otwartą repozycję odłamów i zespolić złamanie śrubami, a następnie zastosować stabilizator zewnętrzny.
- D.** zaakceptować przemieszczenie odłamów i wykonać zespolenie płytką kątową.
- E.** zespolić złamanie śrubami kaniulowanymi.

Nr 34. U chorego mężczyzny w wieku 25 lat w trakcie wypadku komunikacyjnego (kierowca skutera) doszło do urazu wielomiejscowego. W oddziale ratunkowym na podstawie zdjęcia radiologicznego poza złamaniem kości ramiennej i promieniowej rozpoznano złamanie nadkłykciowe i międzykłykciowe kości udowej. W drugiej dobie zespolono odłamy odtwarzając powierzchnię stawową i ciągłość kości udowej z użyciem dopasowanej płytki kątowno-stabilnej. Po 6 miesiącach stwierdzono destabilizację zespolenia. Wskaż najwłaściwsze dalsze postępowanie lecznicze:

- A.** należy usunąć wszystkie elementy zespolenia i połączyć odłamy z użyciem zewnętrznego stabilizatora okrężnego, ponieważ rozpoznaje się brak zrostu złamania.
- B.** należy usunąć wszystkie elementy zespolenia, zastosować wyciąg nadkostkowy i leczyć złamanie nieoperacyjnie z uwagi na ryzyko możliwych powikłań.
- C.** należy wykonać otwartą repozycję odłamów i zespolić złamanie śrubami, a następnie zastosować stabilizator zewnętrzny klamrowy.
- D.** należy zaakceptować przemieszczenie odłamów i wykonać zespolenie płytką kątową.
- E.** należy zespolić złamanie śrubami kaniulowanymi.

Nr 35. Objaw Trendelenburga świadczy o:

- A.** niewydolności mięśnia trójgłowego łydki.
- B.** ograniczeniu ruchomości w stawie biodrowym.
- C.** skróceniu całej kończyny dolnej.
- D.** pierwotnym lub wtórnym osłabieniu mięśnia pośladkowego średniego.
- E.** pierwotnym lub wtórnym osłabieniu mięśnia pośladkowego wielkiego.

Nr 36. Pacjent w wieku 3 lat trafił z matką do Poradni Ortopedycznej z następującymi objawami: utykanie i ból kończyny dolnej lewej, ograniczenie odwiedzenia i rotacji wewnętrznej w stawie biodrowym, dolegliwości trwają od 2 tygodni, bez uchwytneho początku, badanie radiologiczne wykazuje obniżenie nasady głowy kości udowej lewej. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące diagnozy i prawidłowego postępowania terapeutycznego:

- A. rozpoznaje się chorobę Perthesa, wskazana jest terapia manualna, której celem jest poprawa zakresu ruchu w stawie biodrowym.
- B. rozpoznaje się biodro szpotawe dziecięce, chory wymaga leczenia operacyjnego.
- C. rozpoznaje się infekcyjne zapalenie stawu biodrowego, należy wykonać inspekcję stawu, pobrać materiał do badania bakteriologicznego i rozpocząć antybiotykoterapię empiryczną.
- D. rozpoznaje się złuszczenie głowy kości udowej, należy dokonać stabilizacji złuszczenia.
- E. rozpoznaje się hipoplazję bliższego końca kości udowej, należy skierować pacjenta do ośrodka zajmującego się rekonstrukcją kończyn.

Nr 37. Zjawisko „cut-out” śruby szyjkowej (wyrwanie śruby szyjkowej):

- A. jest to najczęstszy rodzaj powikłania mechanicznego po zespoleniu złamań przezkrętarzowych.
- B. jest wynikiem niedostatecznej repozycji złamania.
- C. jest wynikiem złego umieszczenia śruby szyjkowej.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A i B.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.

Nr 38. W przypadku złamań krętarzowych kości udowej celem postępowania operacyjnego jest uzyskanie anatomicznej repozycji. W przypadku złamań niestabilnych anatomiczna repozycja jest nie zawsze nieosiągalna. Akceptowalne będzie:

- 1) repozycja na koślawo;
- 2) repozycja na szpotawo;
- 3) ustawienie szczytu śruby szyjkowej w górnym kwadrancie głowy kości udowej;
- 4) ustawienie szczytu śruby szyjkowej w dolnym kwadrancie głowy kości udowej;
- 5) nie wymagana jest repozycja.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 39. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące klasyfikacji wewnątrztrzonebkowych złamań bliższego końca kości udowej:

- 1) Pauwels III - to złamanie niestabilne;
- 2) Garden IV - to złamanie przemieszczone, występuje proksymalne skrócenie odłamu dalszego;
- 3) Pauwels II - kąt szczeliny złamania wynosi 60°;
- 4) Garden III - występuje duże skrócenie odłamu dalszego;
- 5) powyższe klasyfikacje nie dotyczą złamań wewnątrztrzonebkowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 40. Cechami charakterystycznymi złamań typu „Pilon” kości podudzia są:

- A. w 93% występują obustronnie.
B. w 97% mają charakter złamańiskoenergetycznych.
C. są wskazaniem do pilnej wczesnej interwencji zabiegowej.
D. często leczenie jest kilkietapowe z wykorzystaniem stabilizatora zewnętrznego.
E. nie obejmują powierzchni stawowej.

Nr 41. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące urazów kości tyłostopia:

- A. w znacznym procencie towarzyszą im złamania w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.
B. skala Sandersa opisuje złamania kości piętowej i opiera się na obrazie TK.
C. złamanie kości skokowej stanowi 70% złamań tyłostopia.
D. częstym powikłaniem złamań kości skokowej jest martwica niedokrwienna.
E. po zabiegu repozycji złamań kości skokowej obciążanie stopy dozwolone jest po okresie 6-12 tygodni.

Nr 42. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złamań kończyny dolnej:

- 1) zespolenie płytą LISS stanowi „złoty standard” zaopatrywania złamań końca bliższego kości piszczelowej;
- 2) planując założenie gwoźdźa śródszpikowego z rozwierceniem kanału szpikowego należy założyć opaskę Esmarcha celem ograniczenia utraty krwi;
- 3) złamania szyjki kości udowej współtowarzyszą złamaniu trzonu kości udowej w około 5% przypadków;
- 4) złamania końca bliższego kości udowej typu „reverse oblique” stanowią wskazanie do zespolenia śrubo-płytą DHS;
- 5) tzw. „śruba więzozrostowa” to śruba kątowostabilna.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 43. Wskaż falszywe stwierdzenia dotyczące złamań typu „pilon” kości podudzia:

- 1) może im towarzyszyć uszkodzenie naczyń i nerwów;
- 2) tomografia komputerowa odgrywa istotną rolę;
- 3) zawsze towarzyszy im złamanie kości piętowej;
- 4) towarzyszy im często masywne uszkodzenie tkanek miękkich;
- 5) zawsze wiążą się z uszkodzeniem powierzchni stawowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 44. Wykonanie którego z manewrów zamkniętej repozycji zwichnięcia stawu biodrowego wiąże się z największym ryzykiem jatrogennego złamania szyjki kości udowej?

- A. Allis. B. Stimson. C. Bigelow. D. Fitzgerald. E. East Baltimore.

Nr 45. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złamania głowy kości udowej typu II wg klasyfikacji Pipkina:

- 1) leczenie operacyjne jest postępowaniem z wyboru;
- 2) preferowany jest dostęp Hardinga;
- 3) dla osiągnięcia lepszej stabilności wskazane jest użycie śrub Herberta 5,0 mm;
- 4) najczęściej towarzyszy zwichnięciu tylnemu stawu biodrowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 46. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące zastosowania wstecznego gwoźdźca śródszpikowego do stabilizacji złamań kości udowej:

- A. umożliwia łatwiejsze zlokalizowanie miejsca wprowadzenia implantu w porównaniu z gwoździowaniem klasycznym.
- B. może być stosowany do zespolenia złamań 32.b.3.
- C. przeciwwskazania obejmują między innymi wysokie ustawienie rzepki oraz ograniczenie zgięcia w stawie kolanowym $< 60^\circ$.
- D. wskazane jest w przypadku towarzyszącego złamania panewki stawu biodrowego tej samej kończyny.
- E. wymaga blokowania statycznego.

Nr 47. Do zespolenia złamania typu 33-C1 wg AO na pewno nie można użyć:

- A. kłykciowej płyty kątowej.
- B. dynamicznej śruby kłykciowej DCS.
- C. płyty kątowostabilnej typu LISS.
- D. trzech śrub ciągnących spongiotycznych (6,5 mm).
- E. żadna odpowiedź nie jest prawidłowa.

Nr 48. W przypadku stosowania do zespolenia trzonu kości piszczelowej w złamaniu typu „pilon” śrub o średnicy 4,5 mm oraz płyt kątowostabilnych systemu 5,0 oraz konieczności zastosowania śruby ciągnącej, prawidłowym postępowaniem jest użycie:

- A. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 4,5 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 2,5 mm.
- B. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 4,5 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 3,2 mm.
- C. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 4,5 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 3,5 mm
- D. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 5,0 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 4,5 mm.
- E. żadnej z wymienionych.

Nr 49. Pręt Hagie’ego stosuje się do leczenia złamań:

- A. obojczyka.
- B. kości ramiennej.
- C. kości promieniowej.
- D. kości łokciowej.
- E. kości śródręcza.

Nr 50. Wskazaniem do leczenia operacyjnego złamania łopatki jest:

- 1) złamanie śródstawowe obejmujące 20-25% powierzchni stawowej;
- 2) złamanie wydrążenia stawowego obejmujące 25-30% powierzchni stawowej;
- 3) złamanie szyjki łopatki z zagięciem kątowym odłamów 45° w płaszczyźnie czołowej;
- 4) złamanie szyjki łopatki z przemieszczeniem wydrążenia stawowego o 1,5 cm przyśrodkowo;
- 5) złamanie szyjki łopatki z przemieszczeniem wydrążenia stawowego o ponad 2 cm przyśrodkowo;
- 6) wieloodłamowe złamanie grzebienia łopatki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 51. Dostęp tylny do trzonu kości ramiennej wykonuje się w przestrzeni pomiędzy głową:

- A. boczną a głową przyśrodkową mięśnia trójgłowego ramienia.
- B. długą a głową boczną mięśnia trójgłowego ramienia.
- C. długą a głową przyśrodkową mięśnia trójgłowego ramienia.
- D. przyśrodkową mięśnia trójgłowego ramienia a mięśniem ramiennym.
- E. boczną mięśnia trójgłowego ramienia a mięśniem ramiennym.

Nr 52. Zamknięte nastawienie metodą Meyna i Quigley'a wykonuje się w pozycji:

- A. leżącej na plecach z kończyną zgiętą w stawie łokciowym do kąta 90-110°.
- B. leżącej na plecach z kończyną odwiedzioną w stawie ramienno-łopatkowym i zgiętą w stawie łokciowym do kąta 90-110°.
- C. leżącej na brzuchu z kończyną zgiętą w stawie łokciowym do kąta 90-110°.
- D. siedzącej z kończyną zgiętą w stawie ramienno-łopatkowym i łokciowym do kąta 90-110°.
- E. siedzącej z kończyną odwiedzioną w stawie ramienno-łopatkowym i zgiętą w stawie łokciowym do kąta 90-110°.

Nr 53. Dostęp operacyjny Campbella stosowany w celu przeprowadzenia otwartego nastawienia i stabilizacji wewnętrznej złamania końca dalszego kości ramiennej:

- 1) jest dostępem tylnobocznym;
- 2) wymaga przeprowadzenia osteotomii wyrostka łokciowego;
- 3) wymaga wypreparowania nerwu łokciowego;
- 4) wymaga wypreparowania nerwu promieniowego;
- 5) przebiega z wytworzeniem języka ze ścięgna mięśnia trójgłowego ramienia;
- 6) ma charakter oszczędzający mięsień trójgłowy ramienia przez co pozwala na wcześniejsze rozpoczęcie ruchów czynnych w stawie po zabiegu operacyjnym.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,5. B. 1,3,4. C. 1,2,3,4. D. 1,3,4,6. E. 1,3,4,5,6.

Nr 54. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złamania Hahna-Steinthal:

- 1) jest złamaniem śródstawowym;
- 2) powstaje w wyniku działania sił ścinających;
- 3) najczęściej wymaga leczenia operacyjnego z dostępu Kochera;
- 4) najczęściej wymaga osteosyntezy z zastosowaniem śrub;
- 5) najczęściej wymaga resekcji złamanego fragmentu;
- 6) po zabiegu operacyjnym wymaga zastosowania ćwiczeń ruchów czynnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,5. B. 1,2,5. C. 2,4,6. D. 1,2,3,4. E. 1,2,3,4,6.

Nr 55. Najważniejszym czynnikiem pozwalającym odtworzyć ruchy rotacyjne przedramienia po leczeniu operacyjnym otwartego nastawienia i stabilizacji wewnętrznej złamania poprzecznego trzonu kości promieniowej jest:

- A. odtworzenie długości kości promieniowej.
- B. zniesienie przemieszczenia rotacyjnego odłamów.
- C. zniesienie przemieszczenia odłamów w płaszczyźnie czołowej.
- D. zniesienie przemieszczenia odłamów w płaszczyźnie strzałkowej.
- E. odtworzenie wygięcia kości promieniowej.

Nr 56. Dostęp operacyjny wg Henry'ego stosowany w leczeniu złamania 1/3 bliższej trzonu kości promieniowej:

- 1) przeprowadza się po stronie grzbietowo-promieniowej przedramienia;
- 2) rozpoczyna się cięciem skórnym przeprowadzonym od okolicy przyczepu ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia;
- 3) przeprowadza się w przestrzeni pomiędzy mięśniem ramiennym i zginaczem promieniowym nadgarstka a mięśniem ramiennie-promieniowym;
- 4) wymaga przecięcia i zaopatrzenia niektórych gałęzi tętnicy promieniowej w tym tętnicy promieniowej wstecznej;
- 5) wymaga odsunięcia nerwu promieniowego;
- 6) wymaga przecięcia mięśnia odwracacza.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 1,3,5. **C.** 2,3,4. **D.** 2,3,4,6. **E.** 2,3,4,5,6.

Nr 57. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące dostępu Kaplana:

- 1) przeprowadza się pomiędzy mięśniem łokciowym a prostownikiem łokciowym nadgarstka;
- 2) jest dostępem międzymięśniowym;
- 3) stosowany jest w celu uzyskania dobrego wglądu w część tylną stawu łokciowego;
- 4) przebiega z rozdzieleniem więzadła pobocznego promieniowego;
- 5) wymaga nacięcia torby stawowej z tyłu od strony brzołu przedniego mięśnia łokciowego;
- 6) jest ryzykowny ze względu na możliwość potencjalnego uszkodzenia nerwu międzykostnego tylnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,6. **B.** 2,6. **C.** 1,5,6. **D.** 2,3,5,6. **E.** 1,3,4,5.

Nr 58. Przemieszczenie w złamaniu Bennetta ma charakter:

- A.** zgięcia odłamu bliższego oraz odwiedzenia odłamu dalszego.
B. zgięcia odłamu bliższego oraz przywiedzenia odłamu dalszego.
C. zgięcia oraz odwrócenia odłamu dalszego.
D. zgięcia oraz nawrócenia odłamu dalszego.
E. zgięcia oraz nawrócenia i odwiedzenia odłamu dalszego.

Nr 59. W prawidłowym przebiegu pooperacyjnym u chorych po endoprotezoplastyce całkowitej stawu biodrowego wartość CRP osiąga najwyższe wartości i ulega najwcześniej normalizacji, odpowiednio w:

- A.** 1-2 dobie i po 7-14 dniach.
B. 2-3 dobie i po 14 -21 dniach.
C. 3-4 dobie i po 7-10 dniach.
D. 3-4 dobie i po 10-14 dniach.
E. 3-4 dobie i po 21-28 dniach.

Nr 60. Częstość występowania zakażeń okołoprotezowych po endoprotezoplastyce pierwotnej stawów biodrowych wynosi ok.:

- A. 0,1-1%. B. 0,5-1%. C. 1-2%. D. 1,5-3%. E. 2-4%.

Nr 61. Pacjent lat 25, pourazowe skrócenie długości bezwzględnej i funkcjonalnej lewej kończyny dolnej 5 cm, przypada na segment udowy. W celu egalizacji długości kończyn dolnych można wykonać:

- A. czasową epifizjodezę dystalnej chrząstki nasadowej kości udowej prawej metodą Metaizeau.
B. ostateczną epifizjodezę dystalnej chrząstki nasadowej kości udowej prawej i proksymalnej chrząstki nasadowej kości piszczelowej prawej metodą Phemistera.
C. wydłużenie kości udowej lewej z użyciem stabilizatora zewnętrznego.
D. pobudzenie chrząstki wzrostowej kości udowej lewej sposobem Truett.
E. wydłużenie ścięgna Achillesa w prawej kończynie dolnej.

Nr 62. Przeciwwskazaniem do wydłużania kończyny dolnej z użyciem stabilizatora zewnętrznego jest:

- 1) zwichnięcie sąsiedniego stawu;
- 2) stan zapalny w miejscu planowanego powstawania regeneratu;
- 3) choroba psychiczna lub upośledzenie umysłowe uniemożliwiające współpracę w trakcie leczenia;
- 4) niedojrzałość kostna chorego;
- 5) zaburzenie osi występujące jednocześnie ze skróceniem kończyny.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 63. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące wrodzonej stopy piętowej:

- A. jest ustawiona w zgięciu grzbietowym.
B. towarzyszy jej zdwojone ścięgno Achillesa.
C. wymaga każdorazowo operacyjnego wydłużenia ścięgna mięśnia piszczelowego przedniego.
D. cechą charakterystyczną jest podeszwowe ustawienie przodostopia wobec stępu (*equinus anterior*).
E. jest zawsze wadą obustronną.

Nr 64. Które stwierdzenie jest prawdziwe w odniesieniu do wrodzonego braku kości piszczelowej?

- A. ponad 50% chorych z tą wadą ma jednocześnie nerwiakowłókniakowość.
B. występuje rzadziej niż wrodzony brak kości strzałkowej.
C. zawsze występuje jako wada izolowana.
D. skrócenie goleni kompensowane jest naturalnie przez wydłużenie uda.
E. czynnikiem ryzyka jego występowania jest makrosomia płodu.

Nr 65. Wrodzony staw rzekomy kości piszczelowej:

- A. jest najczęściej występującą wadą ubytkową goleni.
- B. zaliczany jest do deformacji ułożeniowych, po unieruchomieniu w opatrunku gipsowym udowym w ponad 90% przypadków goi się samoistnie przed rozpoczęciem chodzenia.
- C. cechuje się wygięciem goleni, gdzie szczyt wygięcia skierowany jest ku tyłowi.
- D. często występuje u chorych z nerwiakowłókniakowością.
- E. towarzyszą mu wrodzone ubytki kostne w obrębie stopy.

Nr 66. Które ze stwierdzeń dotyczących hemimelii strzałkowej (hipoplazji lub aplazji kości strzałkowej) jest falszywe?

- A. najczęstsza wada ubytkowa kończyn dolnych u człowieka.
- B. mogą jej towarzyszyć ubytki dotyczące bocznych promieni stopy.
- C. związana jest ze skróceniem kończyny o różnym nasileniu.
- D. występuje jedno- albo obustronnie.
- E. obserwowane po urodzeniu u niektórych chorych sztywne koślawe ustawienie stępu koryguje się spontanicznie wraz z wiekiem.

Nr 67. Klasyfikacja wg Herringa mająca zastosowanie w chorobie Perthesa:

- A. oparta jest na wysokości tzw. kolumny bocznej głowy kości udowej na zdjęciu wykonanym w projekcji a-p.
- B. oparta jest na stopniu ekstruzji (wysunięciu) głowy kości udowej z panewki.
- C. uzupełniona jest o 5 radiologicznych czynników ryzyka.
- D. ma zastosowanie w ocenie i prognozie odnośnie stanu stawu biodrowego po przebytej chorobie Perthesa.
- E. wymaga wykonania RTG w projekcji a-p i osiowej.

Nr 68. Złamanie podchrzęstne głowy kości udowej obserwowane w obrazie RTG w przebiegu choroby Perthesa:

- A. przechodzi na przyśrodkową część krętarza większego.
- B. ma swoje „lustrzane odbicie” w dnie panewki stawu biodrowego.
- C. jest objawem patognomonicznym dla choroby Perthesa.
- D. jest podstawą oceny w klasyfikacji wg Herringa.
- E. jest objawem pojawiającym się już w pierwszym stadium radiologicznym choroby i warunkującym rozpoznanie tej choroby w ogóle.

Nr 69. Uszkodzenie Morela-Lavallee`a to:

- A. oddzielenie skóry od tkanki podskórnej.
- B. oddzielenie skóry i tkanki podskórnej od powięzi.
- C. oddzielenie powięzi od mięśnia.
- D. oddzielenie mięśnia od kości.
- E. wszystkie powyższe są prawdziwe.

Nr 70. Wskaż kolejność stabilizatorów zewnętrznych od najmniej do najbardziej wydolnych mechanicznie:

- A. klamrowe, ramowe, wielopłaszczyznowe.
- B. ramowe, klamrowe, wielopłaszczyznowe.
- C. klamrowe, wielopłaszczyznowe, ramowe.
- D. wielopłaszczyznowe, klamrowe, ramowe.
- E. wielopłaszczyznowe, ramowe, klamrowe.

Nr 71. Złamania okołoprotezowe w trakcie pierwotnych pourazowych endoprotezoplastyk stawów:

- A. nie występują.
- B. występują, częściej w zabiegach z użyciem cementu kostnego.
- C. występują równie często w zabiegach z użyciem, jak i bez użycia cementu kostnego.
- D. występują, częściej w zabiegach bez użycia cementu kostnego.
- E. występują praktycznie we wszystkich zabiegach protezoplastyk, tylko nie są rozpoznawane.

Nr 72. Czynnikiem epidemiologicznym lub patogenetycznym niezwiązanym ze złamaniem osteoporotycznym jest:

- A. płeć żeńska.
- B. złamanie niskoenergetyczne.
- C. niska gęstość mineralna kości.
- D. upadek ze znacznej wysokości.
- E. starszy wiek.

Nr 73. Zbadano, że utrzymujące się objawy całkowitego uszkodzenia funkcji rdzenia kręgowego po upływie pewnego okresu czasu od chwili urazu oznaczają całkowite i nieodwracalne jego strukturalne uszkodzenie. Jest to okres:

- A. 1 minuty. B. 1 kwadrans. C. 1 godziny. D. 6 godzin. E. 24 godzin.

Nr 74. Całkowite uszkodzenie rdzenia kręgowego prowadzi do wyłączenia oddychania przeponą i uduszenia, gdy dochodzi do uszkodzenia ośrodków ruchowych dla przepony znajdujących się na wysokości:

- A. rdzenia przedłużonego.
- B. segmentów C1 i C2 rdzenia szyjnego.
- C. segmentów C3 i C4 rdzenia szyjnego.
- D. górnego odcinka piersiowego rdzenia.
- E. dolnego odcinka piersiowego rdzenia.

Nr 75. Wskaż kolejność uszkodzenia urazowego nerwów obwodowych od najcięższego do najłżejszego:

- A. neuropraksja, neurotmeza, aksonotmeza.
- B. neuropraksja, aksonotmeza, neurotmeza.
- C. aksonotmeza, neuropraksja, neurotmeza.
- D. aksonotmeza, neurotmeza, neuropraksja.
- E. neurotmeza, aksonotmeza, neuropraksja.

Nr 76. Po wystąpieniu urazowego uszkodzenia nerwu obwodowego leczenie operacyjne znajduje zastosowanie w:

- A. neuropraksji, aksonotmezie i neurotmezie.
- B. aksonotmezie i neurotmezie.
- C. tylko neuropraksji.
- D. tylko aksonotmezie.
- E. tylko neurotmezie.

Nr 77. WALANT to:

- A. technika znieczulenia ręki.
- B. niestabilność dłoniowa nadgarstka.
- C. śródściennie uszkodzenie ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego.
- D. niestabilność grzbietowa nadgarstka.
- E. niestabilność wrodzona stawu ramiennego.

Nr 78. Wskazaniem do synowektomii stawów śródrečno-paliczkowych (MCP) w RZS jest:

- A. urazowe podwichnięcie dłoniowe stawów MCP bez możliwości biernej korekcji.
- B. wyczuwalna ziarnina stawów MCP utrzymująca się przez 4-6 miesięcy mimo leczenia zachowawczego.
- C. samoistne zerwanie ścięgien prostowników na poziomie kanału nadgarstka z ubytkiem wyprostu stawów MCP.
- D. ograniczenie wyprostu stawów MCP.
- E. ograniczenie zginania dłoniowego stawów MCP.

Nr 79. W przypadku uszkodzenia tętnicy podkolanowej w pierwotnej endoprotezoplastyce stawu kolanowego do amputacji kończyny dochodzi w:

- A. 0,001-0,004% przypadków.
- B. 0,01- 0,04% przypadków.
- C. 0,1-0,4% przypadków.
- D. 1-4% przypadków.
- E. 10-40% przypadków.

Nr 80. Do uzupełnienia ubytku nerwu, który powstał po jego urazie, wykorzystuje się najczęściej przeszczepy z nerwu:

- A. piszczelowego.
- B. międzykostnego tylnego.
- C. międzykostnego przedniego.
- D. łydkowego.
- E. piersiowego długiego.

Nr 81. Palec butonierkowaty powstały po urazie ręki jest wynikiem:

- A. uszkodzenia płytki dłoniowej stawu międzypaliczkowego bliższego.
- B. uszkodzenia płytki dłoniowej stawu śródręczno-paliczkowego.
- C. uszkodzenia gałęzi głębokiej nerwu łokciowego.
- D. przecięcia ścięgna prostownika palca.
- E. uszkodzenia pasma centralnego palca.

Nr 82. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące osteotomii ześlizgowej krętarza dużego:

- A. pozostawia przyczepy mięśnia pośladkowego średniego i obszernego bocznego przy odciętym fragmencie krętarza.
- B. jest wskazana w przypadku rozległej osteolizy krętarza.
- C. jest wskazana podczas usuwania wgojonego trzpienia bezcementowego.
- D. charakteryzuje się wyższym odsetkiem stawów rzekomych niż klasyczna osteotomia krętarza dużego.
- E. ocena i dostęp do panewki jest lepszy w porównaniu do klasycznej osteotomii krętarzowej.

Nr 83. Złamanie okołoprotezowe typu B1 wg Klasyfikacji Vancouver oznacza:

- A. złamanie krętarza większego bez przemieszczenia wokół stabilnego trzpienia endoprotezy.
- B. złamanie na poziomie końca trzpienia z niestabilnym trzpieniem protezy biodra.
- C. złamanie na poziomie stabilnego trzpienia endoprotezy biodra.
- D. złamanie tuż poniżej niestabilnego trzpienia protezy biodra.
- E. złamanie na poziomie trzpienia niestabilnej protezy biodra z ubytkami podłoża kostnego.

Nr 84. Klasyfikacja d'Antonio i wsp. przyjęta przez AAOS opisuje:

- A. rodzaje złamań okołoprotezowych.
- B. rodzaje ubytków kości udowej.
- C. ryzyko obecności zakażenia okołoprotezowego.
- D. rodzaje ubytków kostnej panewki.
- E. lokalizację zmian osteolitycznych wokół cementowanego trzpienia endoprotezy biodra.

Nr 85. Niedostateczna antetorsja trzpienia endoprotezy stawu biodrowego powoduje zwiększone ryzyko:

- A. przedniego zwichnięcia głowy endoprotezy biodra.
- B. obluzowania trzpienia endoprotezy.
- C. złamania zmęczeniowego kości udowej na poziomie końca trzpienia.
- D. zużycia panewki wskutek tylnego konfliktu stożkowo-protezy.
- E. tylnego zwichnięcia głowy endoprotezy.

Nr 86. Metoda Collisa i Dubrula z użyciem jednorazowego wiertła trepanacyjnego służy do:

- A. usuwania złamanego trzpienia endoprotezy biodra.
- B. bezpiecznego wykonania „okienka” w trzonie kości udowej podczas usuwania wgojonego trzpienia bezcementowego.
- C. pobrania materiału do badań mikrobiologicznych w diagnostyce zakażenia okołoprotezy.
- D. usuwania wgojonych gwintowanych panewek stawu biodrowego.
- E. leczenia jałowego martwicy głowy kości udowej u osób dorosłych.

Nr 87. Dane naukowe uzasadniają zastosowanie panewki dwumobilnej w przypadku:

- A. dużego skrócenia pooperacyjnego.
- B. pozapalnej postaci choroby zwyrodnieniowej.
- C. pacjentów wymagających bardzo rozległego ruchu biodra.
- D. wiotkości tkankowej okołostawowej.
- E. protruzji kostnej panewki.

Nr 88. Wkład panewki „związanej” blokujący głowę kości udowej nie powinien być stosowany w zapobieganiu zwichnięciu wskutek:

- A. uszkodzenia mięśni pośladkowych.
- B. nadmiernej medializacji panewki.
- C. towarzyszących chorób nerwowo-mięśniowych.
- D. odnerwienia tkanek okołostawowych.
- E. nieprawidłowego ustawienia panewki.

Nr 89. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące zniekształceń skoliotycznych klatki piersiowej:

- 1) rotacja kręgów piersiowych pociąga za sobą żebra i powstaje garb żebrowy;
- 2) żebra ulegają deformacji po stronie wypukłej skrzywienia; a po stronie wklęsłej nie zmieniają się;
- 3) im większa skolioza i im większa rotacja kręgosłupa tym większy garb żebrowy;
- 4) klatka piersiowa u dziecka ze skoliozą na przekroju poprzecznym ma kształt owalny;
- 5) garb wewnętrzny to wg Dubousset'a fragment kręgosłupa wpuklony do wewnątrz klatki piersiowej w dużych skoliozach piersiowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 90. Diagnostyka różnicowa w chorobie Scheuermanna obejmuje:

- A.** wykluczenie wady postawy, zapalenia krążka międzykręgowego, zmian wrodzonych, hyperkyfozy w przebiegu chorób układowych, zmian pourazowych oraz ziarniniaka kwasochłonnego.
- B.** wykluczenie wady postawy, zapalenia krążka międzykręgowego, hyperkyfozy w przebiegu chorób układowych, zmian pourazowych oraz szkliwiaka.
- C.** wykluczenie wady postawy, zapalenia krążka międzykręgowego, następstw rozwojowej dysplazji bioder, hyperkyfozy w przebiegu chorób układowych oraz ziarniniaka kwasochłonnego.
- D.** wykluczenie wady postawy, zapalenia krążka międzykręgowego, następstw rozwojowej dysplazji bioder, wad wrodzonych trzonów oraz kręgozmyku.
- E.** wykluczenie kręczu szyi, kiły, zmian wrodzonych, hyperkyfozy w przebiegu chorób układowych, zmian pourazowych oraz ziarniniaka kwasochłonnego.

Nr 91. Do zespołów bólowych w przebiegu kręgozmyku w okolicy L4-L5-S1 zalicza się:

- A.** bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej, rwa kulszowa, rwa barkowa.
- B.** bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej, bóle korzeniowe, bóle głowy.
- C.** bóle korzeniowe, bóle w rzucie stawów krzyżowo-biodrowych, zespół chromania przestankowego.
- D.** bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej, bóle korzeniowe, zespół chromania przestankowego.
- E.** bóle korzeniowe, objaw szczytowy, zespół chromania przestankowego.

Nr 92. U 89 - letniej chorej po urazie stawu kolanowego doznanego w wyniku upadku z własnej wysokości najwłaściwszym postępowaniem będzie:



- A.** unieruchomienie kończyny w gipsie udowym przez 6-12 tygodni.
- B.** alloplastyka rewizyjna stawu kolanowego.
- C.** unieruchomienie kończyny w stabilizatorze stawu kolanowego przez okres minimum 6 tygodni.
- D.** stabilizacja płytką kondylarną.
- E.** stabilizacja zewnętrzna met. Ilizarowa.

Nr 93. Złamanie końca bliższego goleni u 45-letniego mężczyzny o morfologii jak na przedstawionych RTG i CT. Wskaż, które postępowanie jest najlepsze:



- A. podreponowanie na wyciągu nadkostkowym przez 3-5 dni, a następnie po wczesnej konsolidacji złamania unieruchomienie w gipsie udowym na 6 tygodni, po czym wdrożenie intensywnej rehabilitacji.
- B. unieruchomienie w stabilizatorze stawu kolanowego w zgięciu 30 stopni przez 3-4 tygodnie, po czym stopniowo zwiększanie zakresu ruchu przez kolejnych 6 tygodni aż do zakresu ruchu 0-120 stopni, a następnie wdrożenie intensywnego usprawniania stawu kolanowego.
- C. ustabilizowanie płytką kątowo - stabilną od strony strzałkowej stawu.
- D. ustabilizowanie płytką kątowo - stabilną przyśrodkową.
- E. ustabilizowanie dwoma płytkami - od strony przyśrodkowej i bocznej.

Nr 94. Niedobór witaminy D powoduje:

- 1) osłabienie siły mięśniowej i osteomalację;
- 2) osteomalację i zanik plamisty kości;
- 3) wzrost ryzyka upadku i osteoporozę;
- 4) opóźnienie zrostu złamania i osłabienie siły mięśniowej;
- 5) wzrost ryzyka zapalenia żył.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 95. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące osteoporotycznych złamań kręgosłupa:

- 1) powinny być hospitalizowane;
- 2) są bezobjawowe w 60%;
- 3) wymagają unieruchomienia w opatrunku gipsowym;
- 4) są złamaniami stabilnymi;
- 5) są wskazaniami do wertyebroplastyki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 96. U każdej chorej z niskoenergetycznym złamaniem Collesa niezależnie od leczenia złamania należy bezzwłocznie:

- 1) wdrożyć prewencję upadków;
- 2) przeprowadzić diagnostykę różnicową;
- 3) poinformować o ryzyku kolejnych złamań;
- 4) rozpoznać osteoporozę i wdrożyć adekwatne leczenie;
- 5) wykonać badanie densytometryczne DXA drugiego przedramienia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 97. Zmniejszenie ryzyka złamania we wrodzonej łamliwości kości można uzyskać stosując:

- 1) preparaty soli wapniowych i wit. D;
- 2) bisfosfoniany doustne;
- 3) bisfosfoniany dożylne;
- 4) pochodne parathormonu;
- 5) sterydy.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3. **B.** 1,4. **C.** 1,5. **D.** 4,5. **E.** żadna z wymienionych.

Nr 98. W leczeniu kompleksowego zespołu bólu regionalnego (choroby Sudecka) najistotniejszym postępowaniem jest:

- A.** podanie bisfosfonianów, ćwiczenia czynne, podanie leków przeciwzapalnych.
B. unieruchomienie, podanie bisfosfonianów, podanie leków przeciwzapalnych.
C. podanie bisfosfonianów, podanie witaminy D, ćwiczenia.
D. podanie witaminy D, bisfosfonianów i leków przeciwzapalnych.
E. ćwiczenia czynne, podanie leków przeciwzapalnych, podanie leków przeciwobrzękowych.

Nr 99. Złamania osteoporotyczne dotyczą najczęściej:

- A.** kręgosłupa.
B. dalszej nasady kości promieniowej.
C. dalszej nasady kości ramiennej.
D. bliższej nasady kości ramiennej.
E. bliższej nasady i przynasady kości udowej.

Nr 100. Optymalne ustawienie w stawie biodrowym podczas wykonania artrodezy wynosi:

- A.** 0-10 stopni zgięcia, 0-5 stopni odwiedzenia, 0-10 stopni rotacji zewnętrznej.
B. 10-20 stopni zgięcia, 0-5 stopni przywiedzenia; 0-5 stopni rotacji wewnętrznej.
C. 20-30 stopni zgięcia; 0-5 stopni przywiedzenia, 0-15 stopni rotacji zewnętrznej.
D. 20-30 stopni zgięcia, 0-5 stopni odwiedzenia, 10-20 stopni rotacji zewnętrznej.
E. 20-30 stopni zgięcia; 0-10 stopni odwiedzenia; 0-15 stopni rotacji wewnętrznej.

Nr 101. Po wykonaniu diagnostyki złamania szyjki kości udowej złamania podgłówkowe nieprzemieszczone, w tym zaklinowane, przeszzyjkowe i przezkrętarzowe kwalifikują się do stabilizacji biomechanicznej. Wskaż zdanie **falszywe**:

- A. stabilizacja odbywa się trzema śrubami kaniulowanymi.
- B. gwint śruby ma znajdować się tylko w odłamie bliższym, nie mniej niż 0,5 cm od warstwy podchrzęstnej głowy kości udowej w obydwu projekcjach.
- C. odpowiednie krzyżowe wprowadzenie śrub zapewnia celownik znacznie ułatwiający zespolenie.
- D. biomechanika zespolenia umożliwia samoredukcję pierwotnej i resorpcyjnej szpary złamania.
- E. objawem pozytywnym jest wystawanie śrub z kości udowej.

Nr 102. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zagadnienia totalnej alloplastyki stawu kolanowego:

- A. element piszczelowy powinien być zaimplantowany prostopadle do osi mechanicznej podudzia w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej.
- B. element udowy implantujemy zwykle 5-6 stopni na koślawo w stosunku do osi mechanicznej kości udowej.
- C. prawidłowe ustawienie rotacyjne tacy piszczelowej można uzyskać ustawiając środek tacy na granicy 1/3 bocznej i 2/3 przyśrodkowych guzowatości piszczelowej.
- D. otrzymanie symetrycznej szpary w zgięciu stawu kolanowego wymaga rotacji elementu udowego w stosunku do tylnej powierzchni kłykci udowych średnio o 3 stopnie na zewnątrz.
- E. śródoperacyjne uszkodzenie PCL poszerza szparę stawową bardziej w wyproście niż w zgięciu (średnio 4-6 mm w wyproście i do 2 mm w zgięciu).

Nr 103. Pacjentka w wieku 53 lat z izolowanymi dolegliwościami bólowymi ze strony palucha koślawego stopy prawej, konfliktem z dobraniem obuwia, bez metatarsalgii i deformacji palców II-V, z istotną hipermobilnością I promienia stopy. W radiogramach stóp AP + BOK na stojąco z obciążaniem masą ciała stwierdzono: kąt koślawości palucha 38 stopni, kąt intermetatarsalny I-II 21 stopni, podwichnięcie boczne trzyczek, podwichnięcie boczne palucha w stawie śródstopno-palcowym I, kąt koślawości międzypaliczkowej palucha 13 stopni, kąt nachylenia dystalnej powierzchni stawowej głowy I kości śródstopia 7 stopni, brak zmian zwyrodnieniowych stawu śródstopno-palcowego I. Pacjentkę należy zakwalifikować do:

- A. korekcji operacyjnej - zabieg Silvera.
- B. korekcji operacyjnej - osteotomia chevron i Akin.
- C. korekcji operacyjnej - uwolnienie boczne, osteotomia trzonu I kości śródstopia typu *scarf*.
- D. korekcji operacyjnej sposobem Lapidus (artrodeza korekcyjna stawu klinowato-śródstopnego I, uwolnienie boczne, resekcja wyrostki przyśrodkowej głowy I kości śródstopia) oraz Akin.
- E. leczenia zachowawczego, nie kwalifikuje się do leczenia operacyjnego.

Nr 104. Przeciwwskazaniem do wykonania osteotomii korekcyjnej bliższego końca piszczeli jest:

- 1) ból kolana w przebiegu choroby zwyrodnieniowej ograniczający aktywność i sprawność chorego;
- 2) artroza obydwu przedziałów kolana w przebiegu choroby zwyrodnieniowej;
- 3) artroza przedziału bocznego lub przyśrodkowego kolana w przebiegu choroby zwyrodnieniowej;
- 4) szpotawość lub koślawość kolana potwierdzona badaniem radiologicznym wykonanym na stojąco;
- 5) ograniczenie ruchów kolana (poniżej 90 stopni zgięcia).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 105. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące endoprotezoplastyki stawu kolanowego po uprzednio wykonanej osteotomii korekcyjnej:

- 1) jest możliwa jedynie teoretycznie;
- 2) jest wykonywana jedynie u chorych w stosunkowo młodym wieku;
- 3) jest możliwa jedynie w krótkim okresie czasu od wykonania pierwotnego zabiegu (do około 2 lat);
- 4) daje podobne odległe wyniki operacyjne;
- 5) jest zazwyczaj trudniejsza technicznie do wykonania.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 106. Wskaż prawdziwe postępowanie w przypadku niepowodzenia endoprotezoplastyki stawu skokowego:

- A.** należy zastosować endoprotezę rewizyjną.
B. należy usunąć implant i pozostawić stopę do chodzenia bez obciążania.
C. konieczna jest amputacja stopy.
D. należy dokonać artrodezy pozostałych stawów stępu.
E. po usunięciu implantu i uzupełnieniu ubytków kostnych, należy dokonać artrodezy piętowo – piszczelowej.

Nr 107. Standardowo, przed planowaniem protezoplastyki stawu ramiennego należy wykonać:

- A.** badanie radiologiczne w projekcji a-p, skośnej (w rotacji zewn. i wewn.) oraz osiowej.
B. badanie radiologiczne w projekcji a-p.
C. badanie radiologiczne w projekcji a-p i osiowej.
D. badanie radiologiczne, porównawcze obydwu barków w projekcji a-p.
E. badanie KT z rekonstrukcją 3D stawu.

Nr 108. Protezoplastyka całkowita stawu ramennego:

- 1) jest wskazana w początkowym stadium choroby zwyrodnieniowej tego stawu;
- 2) jest wskazana w schyłkowym stadium choroby zwyrodnieniowej stawu;
- 3) jest wskazana w niestabilności stawu ramiennego niepoddającej się leczeniu;
- 4) jest wskazana w przypadku braku możliwości stabilnego osadzenia panewki stawu ramiennego;
- 5) jest przeciwwskazana w przypadku nienaprawialnego uszkodzenia stożka rotatorów.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,5. **B. 2,3.** **C. 4,5.** **D. 2,5.** **E. 1,4.**

Nr 109. Badanie kliniczne 7-letniego dziecka płci żeńskiej, z mózgowym porażeniem wykazuje obecność skrócenia lewej kończyny dolnej, ograniczenie odwodzenia lewej kończyny dolnej, oraz dodatni objaw przeskakowania w obrębie stawu biodrowego lewego. Dziecko samodzielnie nie chodzi, nie odczuwa dolegliwości bólowych ze strony stawu biodrowego. Stwierdzone objawy stanowią kliniczną podstawę do rozpoznania:

- A.** rozwojowej dysplazji lewego stawu biodrowego bez zwichnięcia stawu biodrowego.
- B.** rozwojowego zwichnięcia lewego stawu biodrowego poddającego się repozycji.
- C.** neurogennego zwichnięcia lewego stawu biodrowego w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego.
- D.** żadnego z wymienionych.
- E.** wszystkich wymienionych.

Nr 110. Obecność deformacji końskiej stopy, skrócenia kończyny dolnej, często połączone z rotacją wewnętrzną kończyny, zgięciem w stawie biodrowym i kolanowym u dziecka z niedowładem spastycznym jednostronnym. Wywiad okołoporodowy dziecka obciążony jednostronnym krwawieniem śródczaszkowym. Dziecko samodzielnie chodzi. Stanowi to podstawę do rozpoznania:

- A.** wrodzonej stopy końsko-szpotawej.
- B.** wrodzonego stawu rzekomego goleni.
- C.** hemiplegii spastycznej w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego.
- D.** diplegii spastycznej w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego.
- E.** wrodzonego zwichnięcia kolana.

Nr 111. Stwierdzone współwystępowanie objawów wiotkości wielostawowej, arachnodaktylii, bocznego skrzywienia kręgosłupa, deformacji klatki piersiowej typu kurzej bądź leikowatej, protruzji bioder wskazują na rozpoznanie:

- A.** *osteogenesis imperfecta*.
B. zespołu mukopolisacharydoz.
C. nerwiakowłókniakowatości.
D. zespołu Larsena.
E. zespołu Marfana.

Nr 112. Kanonem współczesnego leczenia deformacji dynamicznych chodu u dzieci ze złożonymi deformacjami kończyn tzw. deformacjami dźwigniowo-za-
leżnymi jest jednoczasowa wielopoziomowa korekcja operacyjna. Polega ona na:

- A. korekcyjnych manipulacjach i masażach stopy z następową stabilizacją opatrunkiem gipsowym stosowanym do czasu rozpoczęcia chodzenia.
- B. ćwiczeniach redresyjnych stopy z następowym stosowaniem szyn korekcyjnych - derotujących typu Denis-Browna.
- C. wykonaniu pierwotnej podskórnej tendotomii ścięgna Achillesa z następową stabilizacją gipsami korekcyjnymi.
- D. wykonaniu leczenia zgodnym z potrzebami biomechanicznymi dziecka określonymi na podstawie badania laboratoryjnego chodu korygującym równocześnie deformacje kostne – głównie rotacyjne i w obrębie tkanek miękkich.
- E. wszystkie wymienione są fałszywe.

Nr 113. Neurogenne boczne skrzywienie kręgosłupa u niechodzącego dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym, GMFCS V leczy się:

- A. tylko operacyjnie.
- B. tylko ćwiczeniami rehabilitacyjnymi.
- C. tylko gorsetowo.
- D. nie poddaje się leczeniu.
- E. zgodnie z zasadami leczenia skolioz neurogennych, w zależności od stopnia nasilenia deformacji, zaczynając od leczenia rehabilitacyjnego, poprzez gorsetowe, do leczenia operacyjnego.

Nr 114. 13-letni chłopiec grający regularnie w koszykówkę, obserwowany z powodu licznych wad wrodzonych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, został skierowany przez lekarza rodzinnego do ortopedy z powodu częstych omdleń, zawrotów głowy, zaburzeń oddawania moczu (moczenie nocne). Wskaż prawdziwą decyzję diagnostyczną:

- A. zakaz uprawiania sportu, skierowanie na leczenie gorsetowe.
- B. zakaz uprawiania sportu, skierowanie na leczenie rehabilitacyjne.
- C. zakaz uprawiania sportu, dalsza obserwacja kliniczna i radiologiczna.
- D. konieczne badanie rezonansu magnetycznego kanału kręgowego z podejrzeniem zespołu zakotwiczenia rdzenia.
- E. natychmiastowe skierowanie na oddział ortopedii dziecięcej w celu leczenia operacyjnego.

Nr 115. Postępowanie chirurgiczne w zmianach zwyrodnieniowych stawu kolanowego sprowadza się do następujących interwencji, **z wyjątkiem**:

- A. osteotomii.
- B. protezoplastyki jednoprzedziałowej.
- C. usztywnienia stawu.
- D. protezoplastyki całkowitej.
- E. artroskopii i oczyszczenia stawu (debridement).

Nr 116. Aby zapobiec zaburzeniom gojenia się rany pooperacyjnej u chorych po wielokrotnych wcześniejszych operacjach na stawie kolanowym należy:

- 1) wykonać cięcie skórne leżące najbardziej bocznie od poprzednich;
- 2) wykonać cięcie skórne niekrzyżujące się pod kątem mniejszym niż 60 stopni z innym cięciem;
- 3) wykonać cięcie skórne leżące najbardziej przyśrodkowo od wcześniejszych;
- 4) wartość kąta krzyżowania się z innymi cięciami nie ma znaczenia.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 2,3,4. **C.** 1,2. **D.** 3,4. **E.** tylko 4.

Nr 117. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące infekcji występujących po operacjach aloplastyki stawu kolanowego:

- 1) występują w 0,05 - 1,2% przypadków;
- 2) występują w 0,5 - 12% przypadków;
- 3) przy pierwotnym zastosowaniu endoprotezy zawiasowo-rotacyjnej w aloplastyce stawu kolanowego liczba infekcji pooperacyjnych zwiększa się;
- 4) przy pierwotnym zastosowaniu endoprotezy zawiasowo-rotacyjnej w aloplastyce stawu kolanowego ryzyko infekcji pooperacyjnych maleje.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 2,4. **C.** 2,3. **D.** 1,4. **E.** żadna z wymienionych.

Nr 118. Protezy zawiasowe w pierwotnej endoprotezoplastyce stawu kolanowego mogą mieć zastosowanie w:

- A.** kolanie tyło-wygiętym.
B. deformacjach o podłożu reumatologicznym.
C. zabiegach ratujących kończynę.
D. prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.
E. prawdziwe są odpowiedzi A,B.

Nr 119. Dominujące znaczenie dla prawidłowego toru rzepki w endoprotezoplastyce pierwotnej stawu kolanowego ma:

- A.** dopasowanie rotacji obu elementów protezy – udowego i piszczelowego.
B. dopasowanie rotacji elementu udowego.
C. dopasowanie rotacji elementu piszczelowego.
D. dopasowanie rotacji elementów protezy nie ma żadnego znaczenia dla prawidłowego toru rzepki.
E. dopasowanie rotacji elementów protezy nie ma żadnego znaczenia dla prawidłowego toru rzepki, ale tylko w przypadku zastosowania wkładki polietylenowej typu *mobile-bearing*.

Nr 120. Uszkodzenie aparatu wyprostnego stawu kolanowego podczas endoprotezoplastyki pierwotnej:

- A.** występuje w 0,017 – 0,25% przypadków.
- B.** występuje w 0,17 – 2,5% przypadków.
- C.** występuje w 1,7 – 25% przypadków.
- D.** w najnowocześniejszych endoprotezach typu "*custom-made*" jatrogenne uszkodzenie aparatu wyprostnego stawu kolanowego nie wymaga śródoperacyjnej rekonstrukcji.
- E.** prawdziwe są odpowiedzi B, D.

Dziękujemy !