

- 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 wybrałeś/ęś, zakreślisz 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 wypełniłeś/ęś poprawnie, zamaz 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



EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
ORTOPEDII
WIOSNA 2020

1	A	B	C	D	E
61	A	B	C	D	E

Nr 1. Jaki stopień osteolizy bliższego końca kości udowej wokół trzpienia stanowi wskazanie do operacji rewizyjnej?

A. $\geq 20\%$. **B.** $\geq 30\%$. **C.** $\geq 40\%$. **D.** $\geq 50\%$. **E.** $\geq 70\%$.

Nr 2. Do najważniejszych czynników mających wpływ na dobry wynik operacji rewizyjnej stawu biodrowego należą:

- 1) oszczędzanie tkanek miękkich podczas operacji;
- 2) krótki czas operacji;
- 3) rozszerzony dostęp operacyjny;
- 4) użycie implantów wzmacniających tkankę kostną, jak pierścienie i koszyki;
- 5) stosowanie implantów osadzonych na cemencie kostnym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 3. Wykonując rewizję stawu biodrowego z dostępu tylnego należy tak postępować, aby nie uszkodzić nerwu pośladkowego górnego. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące tego nerwu:

- 1) unerwia mięsień pośladkowy średni;
- 2) unerwia mięsień pośladkowy duży;
- 3) przebiega ok. 5 cm powyżej krętarza dużego;
- 4) przebiega ok. 2 cm powyżej krętarza dużego;
- 5) ze wskazanego dojścia nie można uszkodzić nerwu pośladkowego górnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 4. Jakie techniki mogą być stosowane podczas usuwania trzpienia endoprotezy bezcementowej biodra?

- 1) czasowa osteotomia krętarza dużego (*techniką extended slide*);
- 2) wykonanie okienka w kości udowej;
- 3) okienko powinno być wykonane na powierzchni przednio-bocznej kości udowej;
- 4) okienko powinno być wykonane na powierzchni tylnio-bocznej kości udowej;
- 5) zaleca się wykonanie okienka w okolicy podkrętarzowej kości udowej jak jedynej bezpiecznej lokalizacji.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 5. Po usunięciu implantu udowego endoprotezy z wycięciem okienka kostnego, w dalszych etapach operacji rewizyjnej należy:

- A.** rozwiercić kanał udowy bez zabezpieczenia okienka kostnego.
- B.** przyłożyć ponownie do kości okienko stabilizując je kościotrzemaczem i rozwiercić kanał udowy.
- C.** przyłożyć ponownie okienko do kości, umocować je pętlami drucianymi i potem rozwiercić kanał udowy.
- D.** zabezpieczyć ubytek powstały po wycięciu okienka kostnego cementem kostnym.
- E.** uzupełnić ubytek powstały po wycięciu okienka kostnego przeszczepem gąbczastym.

Nr 6. Podczas usuwania cementu kostnego z kanału udowego:

- 1) należy dążyć do całkowitego usunięcia cementu;
- 2) najwięcej trudności sprawia usunięcie dystalnych fragmentów cementu kostnego;
- 3) usuwanie korka z kanału udowego nie jest konieczne;
- 4) można osadzić implant rewizyjny udowy tej samej długości co usunięty;
- 5) implant rewizyjny udowy powinien być co najmniej 5 cm dłuższy od usuniętego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 7. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące postępowania w przypadku braku zrostu odcinka krętarza dużego kości udowej u chorych poddanych operacji rewizyjnej stawu biodrowego:

- 1) ze względu na przesunięcie w kierunku dogłowym odcinka i interpozycję tkanek miękkich, są małe szanse na rekonstrukcję krętarza i jego przyrośnięcie do kości udowej;
- 2) tkanka kostna krętarza jest często zmieniona martwiczo, co uniemożliwia rekonstrukcję;
- 3) metodą z wyboru jest usunięcie wolnego fragmentu krętarza dużego;
- 4) można pozostawić nieprzyrośnięty krętarz duży bez konsekwencji klinicznych;
- 5) podczas usuwania wolnego fragmentu krętarza może dojść do uszkodzenia mięśnia pośladkowego średniego i obszernego bocznego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 8. W lokalizacji zmian osteolitycznych wokół panewki protezy stawu biodrowego pomaga klasyfikacja:

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| A. Duncana i Masri. | D. DeLee i Charnleya. |
| B. Gruena. | E. D'Antonio. |
| C. Paprosky. | |

Nr 9. Według podziału Tsukayamy zakażeń okołoprotezowych stawu biodrowego:

- 1) wczesna infekcja pooperacyjna ma początek do 1. miesiąca od operacji, a późna infekcja pooperacyjna ma początek od 2. miesiąca od operacji;
- 2) wczesna infekcja pooperacyjna ma początek do 3. miesiąca od operacji, a późna od 4. miesiąca od operacji;
- 3) wczesna infekcja pooperacyjna ma początek do 2 miesięcy od operacji, a późna od 3 miesięcy;
- 4) ostre krwipochodne zakażenie ma początek do 14 dni od operacji, przy współistniejącym odległym źródle zakażenia;
- 5) ostre krwipochodne zakażenie ma początek ponad miesiąc od operacji, przy współistniejącym odległym źródle zakażenia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 10. Śmiertelność związana z zakażeniami okołoprotezowymi stawów biodrowych wynosi:

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

Nr 11. Ryzyko zakażenia okołoprotezowego stawu biodrowego jest podwyższone u chorych z:

- A. cukrzycą, RZS, zaćmą.
B. cukrzycą, RZS, łuszczycą.
C. cukrzycą, łuszczycą, anemią sierpowatokomórkową.
D. cukrzycą, anemią sierpowatokomórkową, płcią żeńską.
E. cukrzycą, łuszczycą, płcią żeńską.

Nr 12. Leczenie późnego, głębokiego zakażenia okołoprotezowego stawu biodrowego polega na:

- A. zastosowaniu tylko antybiotykoterapii.
B. tylko oczyszczeniu (*débridement*).
C. izolowanej wymianie wkładki.
D. izolowanej wymianie głowy.
E. oczyszczeniu (*débridement*), jedno- lub dwuetapowej realloplastyce.

Nr 13. Podwyższona wartość CRP i OB u pacjentów bez zakażenia po endoprotezoplastyce pierwotnej stawu biodrowego może się utrzymywać:

- A. CRP - do 1 tygodnia, a OB do 1 roku.
B. CRP - do 2 tygodnie, a OB do 3 miesięcy.
C. CRP - do 3 tygodni, a OB do 12 miesięcy.
D. CRP - do 2 miesięcy, a OB do 10 miesięcy.
E. CRP - do 2 miesięcy, a OB do 3 miesięcy.

Nr 14. Obszar znieczulicy skóry okolicy kolana obserwowany po zabiegach protezoplastyki rewizyjnej stawu kolanowego wykonywanej z dostępu przyrzepkowego przyśrodkowego wynika z uszkodzenia:

- A. nerwu skórno przyśrodkowego łydki.
B. gałęzi końcowych nerwu udowego.
C. nerwu strzałkowego wspólnego.
D. gałęzi podrzepkowej nerwu udowo-goleniowego.
E. gałęzi grzbietowej skórnej nerwu strzałkowego powierzchownego.

Nr 15. Złamanie okołoprotezowe typ II wg klasyfikacji Rorabecka, Angelsa i Lewisa wymaga:

- A. nastawienia złamania i stabilizacji płytą lub gwoździem śródszpikowym.
B. zabiegu rewizyjnego z użyciem protezy z długim trzpieniem.
C. rewizji z użyciem protezy nowotworowej.
D. zabiegu rewizyjnego z użyciem implantu wykonanego na zamówienie.
E. unieruchomienia w ortezie.

Nr 16. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące protezoplastyki kolana:

- A. plastyka V-Y wykonana podczas protezoplastyki rewizyjnej kolana poprawia zgięcie kolana.
- B. osteotomia guzowatości piszczeli podczas rewizji endoprotezy kolana powoduje deficyt wyprostu kolana.
- C. osteotomia guzowatości piszczeli podczas protezoplastyki rewizyjnej stawu kolanowego może powodować bóle podczas klęknięcia i obniża satysfakcję pacjentów.
- D. po plastyce V-Y wykonanej podczas protezoplastyki rewizyjnej kolana częściej występuje deficyt czynnego wyprostu kolana.
- E. osteotomia guzowatości piszczeli podczas protezoplastyki rewizyjnej jest wskazana w przypadku znaczącego uniesienia linii stawu.

Nr 17. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące korygowania ubytków kostnych w protezoplastyce rewizyjnej stawu kolanowego:

- A. użycie większego elementu udowego protezy zwiększa szparę stawu kolanowego w zgięciu.
- B. użycie większego elementu udowego protezy zmniejsza szparę stawu kolanowego w wyproście.
- C. augmentacja części dystalnej kłykci kości udowej powoduje zwężenie szpary stawowej w wyproście.
- D. augmentacja tylnej części kłykci udowych zwiększa szparę stawu kolanowego w zgięciu.
- E. użycie grubszej wkładki polietylenowej zmniejsza szparę stawową w wyproście, a w zgięciu pozostawia niezmienną.

Nr 18. Złamanie C3 (klasyfikacja Vancouver) wokół trzpienia cementowanego wymaga:

- A. zamkniętej repozycji, jeżeli jest przemieszczone i leczenia bezoperacyjnego.
- B. otwartej repozycji i stabilizacji przy pomocy płyty i wkrętów lub kabli.
- C. wymiany trzpienia na modularny bezcementowy trzpień rewizyjny.
- D. wymiany trzpienia na cementowany trzpień rewizyjny.
- E. otwartej repozycji złamania i stabilizacji pętlami drutu.

Nr 19. Wskaż prawdziwe stwierdzenia:

- 1) pewnym objawem obluzowania panewki bezcementowej jest jej migracja;
- 2) osteoliza na poziomie końca stabilnie zamocowanego trzpienia bezcementowego jest skutkiem zjawiska ekranowania mechanicznego (*stress shielding*);
- 3) zużycie wkładki panewki stawu biodrowego z postępującą osteolizą jest wskazaniem do rewizji nawet przy braku cech obluzowania panewki;
- 4) metoda stereofotogrametryczna pozwala ocenić gęstość kości wokół implantu;
- 5) osteoliza okołoprotezowa nie występuje przy stosowaniu artykulacji ceramika-ceramika.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 20. Osadzenie trzpienia endoprotezy stawu biodrowego w zbyt małej antetorsji szyjki powoduje, że niebezpieczny jest ruch:

- A. zgięcia i rotacji wewnętrznej.
- B. wyprostu i rotacji zewnętrznej.
- C. wyprostu i odwiedzenia.
- D. zgięcia i rotacji zewnętrznej.
- E. przywiedzenia i rotacji zewnętrznej.

Nr 21. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące rewizji panewki endoprotezy stawu biodrowego:

- 1) przed usuwaniem wgojonej panewki bezcementowej zawsze najpierw należy usunąć wkładkę artykulacyjną;
- 2) nie należy odcinać dłutem połączenia cement-proteza ze względu na późniejszą trudność usunięcia cementu z panewki;
- 3) przy domiedniczej migracji panewki protezy cementowanej wskutek zakażenia należy przygotować możliwość dostępu pozaotrzewnowego;
- 4) przy migracji górnej panewki bezcementowej gwintowanej należy przed operacją rewizyjną wykonać badanie arterio- i flebograficzne;
- 5) pozostawienie cementu w miednicy z przypadku infekcji okołoprotezowej jest błędem.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 22. Po stabilnym zespoleniu złamania rzepki poprzęgiem Webera standardowym postępowaniem jest:

- A. unieruchomienie w szynie udowej przez okres 6 tygodni.
- B. unieruchomienie w ortezie zablokowanej w wyproście przez okres 6 tygodni.
- C. pozostawienie chorego bez unieruchomienia, ale z zakazem zginania kolana do 6 tygodni.
- D. pozostawienie chorego bez unieruchomienia i pozwolenie mu na zginanie stawu kolanowego.
- E. unieruchomienie w szynie tutorowej do czasu wygojenia tkanek miękkich.

Nr 23. Jak wykonuje się dostęp operacyjny do trzonu kości udowej w celu otwartej repozycji?

- A. po stronie bocznej oddziela się mięsień obszerny boczny i przesuwają się do przodu i przyśrodkowo.
- B. po stronie bocznej oddziela się mięsień obszerny boczny i przesuwają się do tyłu i przyśrodkowo.
- C. po stronie bocznej oddziela się mięsień obszerny boczny i przesuwają się do przodu i bocznie.
- D. po stronie bocznej po przecięciu powięzi przechodzi się przez mięsień obszerny boczny i dochodzi się do kości.
- E. wykonuje się dostęp przedni bezpośrednio nad złamaniem.

Nr 24. Panewka dwumobilna jest dobrym wskazaniem w przypadku rewizji stawu biodrowego z powodu:

- A. aseptycznego obluzowania i migracji panewki.
- B. skostnień okołostawowych.
- C. złamania okołoprotezowego.
- D. zakażenia.
- E. zwichnięcia.

Nr 25. W przypadku stosowania do zespolenia trzonu I kości śródstopia śrub o średnicy 3,5 mm i zastosowaniu techniki śruby ciągnącej, prawidłowym postępowaniem jest użycie:

- A. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 3,5 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 2,5 mm.
- B. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 3,2 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 2,7 mm.
- C. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 4,5 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 2,5 mm.
- D. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 4,5 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 2,7 mm.
- E. żadnych z powyższych.

Nr 26. Złamanie tylnego brzegu kłykcia bocznego kości piszczelowej wymaga leczenia operacyjnego z dostępu:

- A. klasycznego pośrodkowego z odcięciem rzepki.
- B. przednio-bocznego przez odpowiednie poprowadzenie śrub z płyty.
- C. tylnio-bocznego z odcięciem głowy strzałki.
- D. tylnio-przyśrodkowego przez odsunięcie mięśnia brzuchatego łydki.
- E. przednio-bocznego z odcięciem głowy strzałki.

Nr 27. Złamanie oznaczone symbolem 33C3 to według klasyfikacji AO:

- A. złamanie dalszego końca kości udowej całkowicie stawowe, proste.
- B. złamanie bliższego końca kości udowej całkowicie stawowe, proste.
- C. złamanie dalszego końca kości udowej całkowicie stawowe, wieloodłamowe.
- D. złamanie bliższego końca kości udowej całkowicie stawowe, wieloodłamowe.
- E. złamanie dalszego końca kości ramiennej całkowicie stawowe, wieloodłamowe.

Nr 28. U otyłego pacjenta ze złamaniem trzonu kości udowej najlepszym sposobem leczenia jest:

- A. zamknięta repozycja i stabilizacja gwoździem śródszpikowym blokowym - LFN - *lateral femoral nail*.
- B. zamknięta repozycja i stabilizacja gwoździem śródszpikowym blokowym - *expert nail*.
- C. otwarta repozycja i zespolenie płytą kątowostabilną.
- D. otwarte nastawienie i zespolenie gwoździem śródszpikowym blokowym.
- E. zamknięte nastawienie i zespolenie gwoździem śródszpikowym blokowym.

Nr 29. W przypadku stosowania śrub gąbczastych 6,5 mm do zespolenia kłykcia bocznego kości piszczelowej w technice śruby ciągnącej prawidłowa jest następująca kolejność:

- A. pierwszą korówkę wierci się wiertłem 4,5 mm, drugą korówkę wiertłem 6,5 mm.
- B. wierci się wiertłem 6,5 mm i wkręca śrubę 6,5 mm z gwintem 16 mm.
- C. wierci się w obu odłamach wiertłem 3,2 mm i wkręca śrubę 6,5 mm z pełnym gwintem.
- D. pierwszą korówkę wierci się wiertłem 6,5 mm, drugą korówkę wiertłem 4,5 mm.
- E. wierci się w obu odłamach wiertłem 3,2 mm i wkręca śrubę 6,5 mm z gwintem 16 mm.

Nr 30. Złamanie trzonu kości piszczelowej z zachowaną kością strzałkową u 44-letniego mężczyzny uzależnionego od alkoholu należy leczyć:

- A. unieruchomieniem gipsowym w gipsie udowym przez 6 tygodni, następnie w bucie gipsowym przez 4 tygodnie.
- B. operacyjnie gwoździem śródszpikowym blokowanym.
- C. szyną gipsową udową przez 2 tygodnie i po ustąpieniu obrzęku gipsem udowym przez 6 tygodni.
- D. w gipsie udowym przez 6 tygodni.
- E. metodą Sarmiento.

Nr 31. 42-letni mężczyzna zgłosił się do poradni ortopedycznej z wynikiem rezonansu magnetycznego stawu kolanowego po urazie stawu kolanowego na motocyklu. W rezonansie opisano – złamania awulsyjne kłykcia przyśrodkowego kości piszczelowej z fragmentem tylnym wyniosłości międzykłykciowej przemieszczonym 1 cm. Wskaż leczenie z wyboru:

- A. unieruchomienie w gipsie udowym na 6 tygodni a następnie rehabilitacja.
- B. operacyjne – dostęp tylnoprzyśrodkowy i zespolenie płytką podpórczą.
- C. operacyjne – śrubą kaniulowaną z dostępu przednio-przyśrodkowego.
- D. z dostępu tylnego nastawienie złamania i unieruchomienie drutem Kirschnera.
- E. unieruchomienie w ortezie, rehabilitacja i po ocenie wydolności więzadła krzyżowego tylnego, decyzja o ewentualnym leczeniu rekonstrukcyjnym.

Nr 32. Najlepszym testem oceniającym uszkodzenie więzozrostu piszczelowo-strzałkowego jest test:

- A. hakowy – sprawdzenie stabilności więzozrostu po zespoleniu kostki bocznej.
- B. test Volkmana – sprawdzenie haczykiem przemieszczania fragmentu tylnobocznego kości piszczelowej.
- C. linia Shentona – ocena śródstawowa przemieszczenia chrząstki stawowej.
- D. test Tile'a – ocena przemieszczenia kostki przyśrodkowej w widełkach stawu skokowego.
- E. żaden z powyższych.

Nr 33. Jakie postępowanie jest właściwe w przypadku urazowego, otwartego uszkodzenia splotu ramiennego?

- 1) w czasie chirurgicznego opracowania obrażeń należy wykonać autogeny przeszczep nerwu;
- 2) wszystkie wielopoziomowo przerwane korzenie nerwowe zawsze należy zszyć;
- 3) elektromiografia, bezpośrednio po urazie, jest badaniem koniecznym do oceny uszkodzeń;
- 4) w chirurgicznym opracowaniu rany można użyć silikonowej przegrody oddzielającej nerwy od naczyń;
- 5) w chirurgicznym opracowaniu rany należy szwami oznaczyć kikuty uszkodzonych pęczków.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 34. W jakich przypadkach wskazane jest zespolenie złamania wyrostka łokciowego płytą?

- 1) w złamaniach z poprzeczną szczeliną przełomu;
- 2) w złamaniach wieloodłamowych bez przemieszczenia;
- 3) w złamaniach wielofragmentowych z przemieszczeniem;
- 4) w złamaniach ze skośną szczeliną przełomu;
- 5) w złamaniach z przemieszczeniem typu Monteggia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 35. Wskaż prawdziwe zdania dotyczące uszkodzenia nerwu mięśniowo-skórnego:

- 1) najczęściej ulega uszkodzeniu w urazach przenikających;
- 2) uszkodzenie tego nerwu powoduje zaburzenie czynności mięśnia dwugłowego ramienia;
- 3) całkowite zaburzenie czucia skórno jest rzadkie;
- 4) przerwanie nerwu jest zawsze wskazaniem do jego zszycia;
- 5) ulega uszkodzeniu w zwłknięciu stawu barkowo-obojęzycznego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 36. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące ostrej niestabilności stawu łokciowego:

- A.** ostra niestabilność nie występuje po zwłknięciu stawu łokciowego.
- B.** badanie ultrasonograficzne ma większą wartość diagnostyczną niż badanie rezonansem magnetycznym.
- C.** nigdy nie obserwuje się uszkodzenia awulsyjnego przyczepu zginaczy i mięśnia nawrotnego od przyśrodkowej strony stawu.
- D.** leczenie nieoperacyjne jest zawsze skuteczne.
- E.** zaleca się, w okresie wczesnym, zszycie uszkodzonych więzadeł łokcia.

Nr 37. Jakie obrażenie najczęściej towarzyszy tylnemu zwichnięciu stawu ramiennego?

- A. złamanie guzka mniejszego kości ramiennej.
- B. złamanie przedniego brzegu panewki łopatki.
- C. złamanie wgnieceniuowe na tylnej powierzchni głowy kości ramiennej.
- D. złamanie guzka większego kości ramiennej.
- E. uszkodzenie tętnicy nadłopatkowej.

Nr 38. W jakich przypadkach **nie należy** rozważać leczenia operacyjnego złamania trzonu kości ramiennej?

- A. jeśli przemieszczenie szpotawe lub koślawe odłamów, w płaszczyźnie czołowej, przekracza 30°.
- B. gdy przebieg szczeliny złamania jest poprzeczny lub krótko skośny.
- C. gdy złamanie współistnieje z obrażeniem naczyń wymagającym leczenia chirurgicznego.
- D. przy współistniejącym złamaniu kości przedramienia.
- E. jeśli w badaniu radiologicznym obserwuje się spiralny przebieg szczeliny złamania.

Nr 39. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące mielodysplazji/wad dysraficznych kręgosłupa:

- 1) są to wady cewy nerwowej, nie mające żadnego wpływu na kształt kręgosłupa;
- 2) zaburzenie zamykania cewy nerwowej może doprowadzić do niespojenia łuków o typie *spina bifida occulta* lub przepukliny oponowo-rdzeniowej;
- 3) skolioza w wadach dysraficznych ma charakter i częstość występowania zbliżone do populacji ogólnej;
- 4) nagłe zwiększenie skrzywienia lub narastanie spastyczności, czy też podniesienie poziomu porażenia u chorych z przepukliną oponowo-rdzeniową wymaga szczegółowej diagnostyki rdzenia kręgowego (MR);
- 5) ze względu na wady rdzenia, u tych pacjentów skoliozę można leczyć tylko zachowawczo.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 40. W jakich przypadkach wskazane jest leczenie operacyjne ostrych złamań kości łódeczkowatej?

- 1) złamania guzka lub talii z przemieszczeniem do 1 mm;
- 2) złamania wieloodłamowe;
- 3) złamania bieguna bliższego;
- 4) złamania połączone z uszkodzeniami około kości księżycowatej;
- 5) złamania nieprzemieszczone bieguna dalszego i guzka.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 41. Jakie powikłania miejscowe mogą wystąpić po złamaniu bliższego końca kości ramiennej?

- 1) brak zrostu;
- 2) zrost opóźniony;
- 3) martwica niedokrwienna głowy kości ramiennej;
- 4) przerwanie ścięgna mięśnia kruczo-ramiennego;
- 5) niedowład nerwu nadłopatkowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 42. Które powikłania występują najczęściej po operacyjnym leczeniu złamań obu trzonów kości przedramienia?

- 1) przerwanie błony międzykostnej;
- 2) kościorost promieniowo-łokciowy;
- 3) złamanie powtórne po usunięciu materiału zespalającego;
- 4) niedowład nerwu pośrodkowego;
- 5) zaburzenia zrostu kości.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 43. Jakiego postępowania wymaga zamknięte nastawienie złamania dalszego końca kości promieniowej z przemieszczeniem grzbietowym?

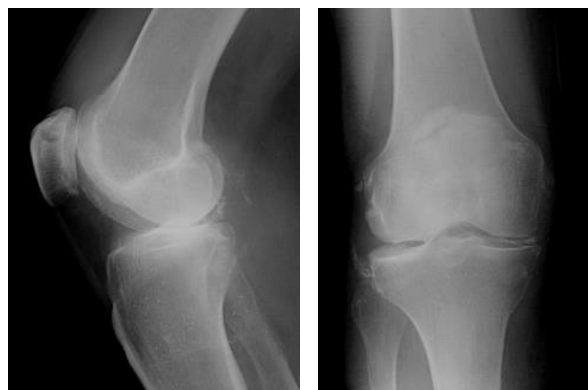
- 1) zastosowania wyciągu w osi długiej;
- 2) nawrócenia;
- 3) zgięcia promieniowego;
- 4) odwrócenia;
- 5) zgięcia dłoniowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 44. Przedstawiony poniżej obraz rentgenowski stawu kolanowego u chorego po urazie skrętnym bez zaburzeń stabilności w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej oraz ruchomości biernej i czynnej kolana oraz bez balotowania rzepki jest wskazaniem do:

- A.** odciążenia stawu kolanowego.
B. unieruchomienia w tutorze gipsowym przez okres do 3 tygodni.
C. unieruchomienia w tutorze gipsowym przez okres minimum 6 tygodni.
D. stabilizacji operacyjnej metodą cerclage'u.
E. zespolenia metodą poprzęgu.



Nr 45. Silne bóle stawu kolanowego ograniczające ruchomość stawu w trzeciej dobie po zespoleniu złamania podudzia z obrazem Rtg jak poniżej są wskazaniem do:



- A. zwiększenia dawek leków przeciwbólowych.
- B. wdrożenia zabiegów fizykoterapeutycznych.
- C. wymiany gwoździa na krótszy.
- D. wymiany gwoździa z korekcją jego położenia.
- E. usunięcia gwoździa, kontynuacji leczenia w stabilizatorze zewnętrznym Ilizarowa.

Nr 46. W przypadku złamania szyjki kości udowej u pacjenta z RZS powinno się wykonać:

- A. endoprotezoplastykę połowiczą stawu biodrowego.
- B. zespolenie śrubami kaniulowanymi.
- C. endoprotezoplastykę całkowitą stawu biodrowego.
- D. zespolenie DHS.
- E. dowolną z wymienionych procedur.

Nr 47. W przypadku niemożności wykonania pilnego zespolenia złamania szyjki kości udowej należy:

- A. wykonać niezwłocznie punkcję krwaka wewnątrztorebkowego.
- B. wykonać punkcję krwaka wewnątrztorebkowego po upływie 24 godzin.
- C. ułożyć kończynę ze złamaniem w rotacji wewnętrznej i w niewielkim zgięciu stawu biodrowego.
- D. ułożyć kończynę ze złamaniem w rotacji zewnętrznej i w pełnym wyproście stawu biodrowego
- E. prawdziwe są odpowiedzi A,C.

Nr 48. Które ze złamań szyjki kości udowej są uważane za stabilne i w większości przypadków może być leczone zachowawczo?

- A. podgłowe zaklinowane na koślavo.
- B. przykrętarzowe.
- C. podgłowe zaklinowane na szpotawo.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A i C.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B i C.

Nr 49. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące wprowadzanie śrub kaniulowanych w leczeniu złamań szyjki kości udowej:

- A. trzy śruby wprowadza się w dolny kwadrant głowy kości udowej.
- B. dwie śruby wprowadza się skośnie, jedną równoległe do osi szyjki kości udowej.
- C. wszystkie śruby wprowadza się równoległe do osi szyjki kości udowej.
- D. gwint śruby może przechodzić przez szczelinę złamania.
- E. żadne z powyższych.

Nr 50. W okołosiężycowatym, przełożeczkowatym zwichnięciu nadgarstka dochodzi do złamania:

- A. kości łódeczkowatej.
- B. kości księżycowatej.
- C. kości główkowatej.
- D. haczyka kości haczykowatej.
- E. kości czworobocznej większej.

Nr 51. Złamanie Bennetta jest najczęściej złamaniem:

- A. stabilnym podstawy I kości śródreżcza i wymaga leczenia nieoperacyjnego.
- B. niestabilnym podstawy I kości śródreżcza i wymaga leczenia operacyjnego.
- C. stabilnym podstawy V kości śródreżcza i wymaga leczenia operacyjnego.
- D. niestabilnym podstawy V kości śródreżcza i wymaga leczenia nieoperacyjnego.
- E. niestabilnym końca dalszego V kości śródreżcza i wymaga leczenia operacyjnego.

Nr 52. Rozerwanie więzozrostu barkowo-obończykowego II stopnia (typu II) wymaga:

- A. bezwzględnego leczenia operacyjnego.
- B. leczenia operacyjnego u osób uprawiających sport.
- C. leczenia nieoperacyjnego.
- D. rekonstrukcji więzadła barkowo-obończykowego.
- E. rekonstrukcji więzadeł kruczo-obończykowych.

Nr 53. Leczenie złamania głowy kości promieniowej Mason I wymaga:

- A. bezwzględnego leczenia operacyjnego.
- B. leczenia operacyjnego u osób uprawiających sport.
- C. leczenia nieoperacyjnego unieruchomieniem na 3 tygodnie i usprawniania.
- D. leczenia nieoperacyjnego unieruchomieniem na 7 dni i usprawniania.
- E. endoprotezoplastyki urazowej głowy kości promieniowej.

Nr 54. Warunkiem przeprowadzenia rewizyjnej protezoplastyki stawu biodrowego jest:

- A. wykorzystanie przeszczepów kostnych autogenicznych.
- B. wykorzystanie istniejącej blizny operacyjnej.
- C. wykorzystanie przeszczepów kostnych allogenicznych.
- D. zastosowanie protezy dedykowanej typu „*custom made*”.
- E. rozszerzenie dojścia operacyjnego zapewniające dobry wgląd do panewki i trzpienia protezy.

Nr 55. W planowaniu protezoplastyki biodra ostrożność w powiększaniu antewersji i inklinacji osadzenia panewki wynika z obawy o:

- A. zwiększone ryzyko obluzowania.
- B. ryzyko spowodowania nierównej długości kończyn.
- C. zwiększone ryzyko zwichnięcia protezy w kierunku tylnym.
- D. zmniejszenie offsetu protezy.
- E. zwiększone ryzyko zwichnięcia protezy w kierunku przednim.

Nr 56. Nadkłykciowe, okołoprotezowe złamanie kości udowej po założeniu protezy stawu kolanowego z tylną stabilizacją:

- A. często może być leczone bez usuwania elementów udowych protezy.
- B. zawsze wymaga usuwania elementów udowych protezy.
- C. powinno być leczone zachowawczo.
- D. musi być leczone operacyjnie.
- E. zawsze może być leczone bez usuwania elementów udowych protezy.

Nr 57. Podczas sekwencji uszkodzeń w mechanizmie supinacyjno-addukcyjnym wg Lauge-Hansena jako pierwsze powstaje uszkodzenie w postaci:

- A. spiralnego złamania dalszej części strzałki.
- B. poprzecznego złamania kostki przyśrodkowej.
- C. poprzecznego złamania kostki bocznej poniżej poziomu stawu.
- D. rozerwania więzozrostu piszczelowo-strzałkowego.
- E. złamania krawędzi tylnej końca dalszego piszczeli.

Nr 58. Wskazaniem do wykonania osteotomii korekcyjnej bliższego końca piszczeli jest:

- 1) potwierdzona badaniem USG artroza przedziału bocznego lub przyśrodkowego kolana;
- 2) artroza przedziału bocznego lub przyśrodkowego kolana w przebiegu rzs;
- 3) artroza przedziału bocznego lub przyśrodkowego kolana w przebiegu choroby zwyrodnieniowej;
- 4) szpotawość lub koślawość kolana potwierdzona badaniem radiologicznym wykonanym na stojąco;
- 5) ból i obrzęk kolana utrzymujący się powyżej 3 tygodni.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 59. Kiedy powinna być wykonana osteotomia korekcyjna koślawości kolana na poziomie dalszego końca kości udowej?

- 1) jeśli deformacja koślawą przekracza 15°;
- 2) jeśli współistnieje niestabilność stawu kolanowego w płaszczyźnie czołowej;
- 3) jeśli zmniejszony jest zakres zgięcia kolana do 90°;
- 4) jeśli szczelina stawu jest odchylona od poziomu ponad 10°;
- 5) zależnie wyłącznie od preferencji operatora.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 60. Wiek kostny pacjenta można określić za pomocą kilku testów. Jednym z nich jest metoda Rissera. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące tej metody:

- 1) metoda opisuje 5 stadiów kostnienia kości biodrowej;
- 2) cień jądra kostnienia talerza kości biodrowej pojawia się w okolicy przedniego górnego kolca biodrowego;
- 3) cień jądra kostnienia talerza kości biodrowej pojawia się w okolicy tylnego górnego kolca biodrowego;
- 4) stopnie 0, 1 i 2 uznajemy za ujemny wynik testu;
- 5) w stopniu 4 cień jądra kostnienia talerza zlewa się z kością biodrową całkowicie.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 61. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące dysplazji włóknistej:

- 1) postać wieloogniskowa schorzenia daje obraz zespołu Olliera;
- 2) u dzieci dysplazja włóknista zwykle nie występuje w zakresie nasad;
- 3) schorzenie wykrywane jest najczęściej między 10. a 50. rokiem życia;
- 4) najczęstszą lokalizacją występowania schorzenia są kości czaszki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 62. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące odległości końcowo-szczytowej TAD (*tip-apex distance*) - parametru oceniającego poprawność umiejscowienia śruby szyjkowej w obrębie głowy kości udowej:

- A.** prawidłowa jego wartość wynosi poniżej 1 cm i jest to odległość od końca śruby do obrysu głowy kości udowej na zdjęciu radiologicznym AP stawu biodrowego.
- B.** prawidłowa jego wartość wynosi powyżej 1 cm i jest to odległość od końca śruby do obrysu głowy kości udowej na zdjęciu radiologicznym AP stawu biodrowego.
- C.** prawidłowa jego wartość wynosi poniżej 25 mm i jest sumą odległości od końca śruby szyjkowej do szczytu głowy kości udowej zmierzonych na zdjęciach radiologicznym AP i osiowym stawu biodrowego.
- D.** prawidłowa jego wartość wynosi powyżej 25 mm i jest sumą odległości od końca śruby szyjkowej do szczytu głowy kości udowej zmierzonych na zdjęciach radiologicznym AP i osiowym stawu biodrowego.
- E.** żadne z powyższych.

Nr 63. Celem zaplanowania protezoplastyki stawu kolanowego:

- A.** konieczne jest wykonanie KT 3D stawu kolanowego.
- B.** niezbędne jest wykreślenie osi kończyn (mechanicznych, anatomicznych) i ich wzajemnych stosunków na podstawie badania rtg w pozycji stojącej.
- C.** niezbędna jest symulacja z udziałem dedykowanego programu komputerowego.
- D.** konieczne jest wykonanie MRI stawu kolanowego.
- E.** niezbędne jest porównawcze badanie rtg drugostronnego kolana.

Nr 64. W chorobie de Quervaina, czyli zaciskającym zapaleniu pochewki ścięgien pierwszego przedziału prostowników:

- 1) zajęte są ścięgna mięśni: *adductor pollicis longus* (ABL), *extensor pollicis brevis* (EPB);
- 2) pacjentami znacznie częściej są mężczyźni;
- 3) przyczyną często jest przeciążenie lub choroba związana jest z RZS;
- 4) objaw Finkelsteina może być dodatni;
- 5) jednym z powikłań leczenia operacyjnego jest dłoniowe podwichanie ścięgien pierwszego przedziału;
- 6) w leczeniu pooperacyjnym stosuje się gips syntetyczny przez okres 4-6 tygodni.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 65. Pacjentka w wieku 50 lat z izolowanymi dolegliwościami bólowymi ze strony palucha koślawego stopy prawej, konfliktem z dobraniem obuwia, bez metatarsalgii i deformacji palców II-V, bez hipermobilności I promienia stopy. W radiogramach stóp AP + BOK na stojąco z obciążaniem masą ciała stwierdza się: kąt koślawości palucha 37 stopni, kąt intermetatarsalny I-II 17 stopni, podwichnięcie boczne trzyczek, podwichnięcie boczne palucha w stawie śródstopno-palcowym I, kąt koślawości międzypaliczkowej palucha 8 stopni, kąt nachylenia dystalnej powierzchni stawowej głowy I kości śródstopia 9 stopni, brak zmian zwyrodnieniowych stawu śródstopno-palcowego I. Pacjentka kwalifikuje się do:

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

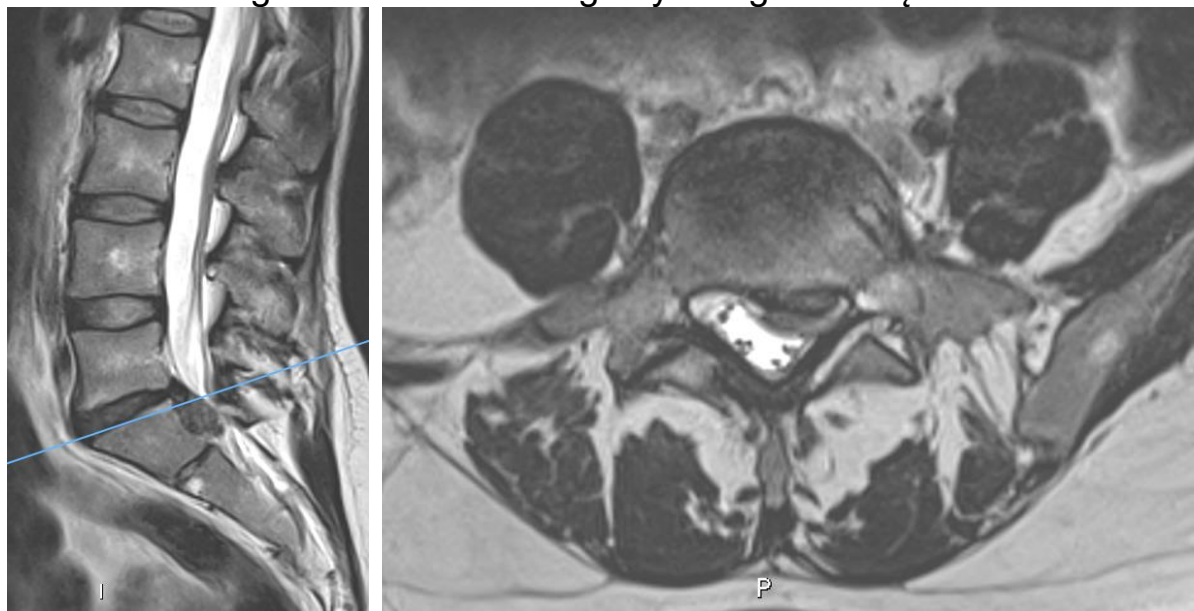
Nr 66. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące kąta Bohlera:

- A.** jego prawidłowa wartość wynosi pomiędzy 30-45 stopni.
B. wyznacza się go w projekcji skośnej stopy jako kąt pomiędzy linią biegnącą od najwyższego punktu wyrostka przedniego kości piętowej do najwyższego punktu powierzchni stawowej skokowej tylnej oraz linią biegnącą od najwyższego punktu powierzchni stawowej skokowej tylnej do górnej krawędzi guza piętowego.
C. zmniejszenie tego kąta wskazuje na zapadnięcie się powierzchni stawowej skokowej przedniej i przesunięcie się środka ciężkości do przodu.
D. potocznie nazywany jest „kątem krytycznym”.
E. żadne z powyższych.

Nr 67. Pierwotna linia złamania kości piętowej wg. klasyfikacji Essex-Loprestiego biegnie:

- A. pod powierzchnią stawową skokową tylną i do tyłu przez guzowatość kości piętowej.
- B. od powierzchni stawowej skokowej tylnej i do przodu i boku do okolicy kąta krytycznego.
- C. poprzez podpórkę kości skokowej do wyrostka przedniego kości piętowej dzieląc go na połowę.
- D. poprzez ścianę boczną kości piętowej do stawu piętowo-sześciennego.
- E. wszystkie powyższe są fałszywe.

Nr 68. Do charakterystycznych objawów patologii widocznej na poniższych obrazach tomografii rezonansu magnetycznego należą:



- 1) ból okolicy lędźwiowej;
- 2) ból promieniujący do kończyny dolnej wzdłuż bocznej powierzchni uda, tylnej powierzchni podudzia i pięty;
- 3) osłabienie czucia powierzchniowego dotyku w okolicy spoidła I i II palca stopy;
- 4) osłabienie siły zgięcia grzbietowego stopy;
- 5) osłabienie siły zgięcia podeszwowego stopy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 69. Wskazaniemi do rozpoczęcia leczenia gorsetowego skoliozy idiopatycznej są:

- 1) progresja skoliozy;
- 2) wartości kąta Cobba przekraczające 20-25°;
- 3) płeć męska;
- 4) wady w budowie kręgow;
- 5) wady segmentacji kręgosłupa.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 70. Wskazaniami do leczenia operacyjnego skolioz idiopatycznych młodzieńczych są:

- 1) płeć żeńska;
- 2) progresja skoliozy;
- 3) wartości kąta Cobba przekraczające 45-50°;
- 4) kąt Mehty przekraczający 20°;
- 5) obciążony wywiad rodzinny w kierunku skoliozy idiopatycznej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 71. Zapalenie krążka międzykręgowego:

- 1) występuje głównie u osób dorosłych;
- 2) wywoływane jest najczęściej przez gronkowce;
- 3) wywoływane jest najczęściej przez prątki kwasooporne;
- 4) występuje najczęściej w kręgosłupie lędźwiowym i piersiowym;
- 5) u dzieci wymaga najczęściej leczenia operacyjnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 72. 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 Capenera-Durbina;
- 4) objaw Drehmanna;
- 5) objaw Gage.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 79. Pojęcie hemiplegii spastycznej o klasyfikacji funkcjonalnej GMFCS I oznacza:

- A.** porażenie połowicze kurczowe – kończyna górna bardziej zajęta niż kończyna dolna, u osoby chodzącej samodzielnie, ryzyko neurogennego zwichnięcia stawów biodrowych jest nieznaczne.
- B.** porażenie czterokończynowe – kończyny górne zajęte w równym stopniu jak kończyny dolne, u osoby chodzącej samodzielnie, ryzyko neurogennego zwichnięcia stawów biodrowych jest niewielkie.
- C.** porażenie połowicze, kończyna górna zazwyczaj mniej zajęta niż kończyna dolna u osoby na stałe wymagającej pomocy kul łokciowych do chodzenia, ryzyko neurogennego zwichnięcia stawów biodrowych jest wysokie.
- D.** porażenie czterokończynowe – kończyny górne mniej zajęte niż kończyny dolne, u osoby chodzącej samodzielnie, ryzyko neurogennego zwichnięcia stawów biodrowych jest niewielkie.
- E.** przedstawiony opis kliniczny nie pozwala na określenie postaci porażenia, stanu funkcjonalnego oraz ryzyka zwichnięcia stawu biodrowego.

Nr 80. W obrazie radiologicznym kości udowej u dziecka z wrodzoną łamliwością kości stwierdza się:

- 1) wydłużenie trzonów kości udowych;
- 2) trzony kości udowych bardzo krótkie, bardzo cienką warstwę korową;
- 3) szerokie trzony i przynasady;
- 4) wąskie trzony i przynasady;
- 5) kości o strukturze piankowatej;
- 6) obecność przebytych złamań w różnym stadium gojenia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 81. Długotrwały 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) osteoporozę miejscową i plamisty zanik kości.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 82. U chorych, którzy doznali złamania Collesa, ryzyko złamania bliższego końca kości udowej jest zwiększone:

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

Nr 83. Stosowanie cienkiej wkładki polietylenowej piszczelowej w endoprotezie kolana jest związane z szybszym jej zużyciem. Wiele badań sugeruje, że stosowane wkładki powinny mieć grubość co najmniej:

- A.** 6 mm. **B.** 7 mm. **C.** 8 mm. **D.** 9 mm. **E.** 10 mm.

Nr 84. Trudności w diagnozowaniu choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego nastroczają najczęściej:

- A. bóle korzeniowe związane ze zwyrodnieniem kręgosłupa.
- B. choroby naczyń obwodowych.
- C. patologie w obrębie łąkotek.
- D. bóle udzielone związane z patologią stawu skokowo-goleniowego i stopy.
- E. bóle udzielone związane z patologią stawu biodrowego.

Nr 85. Obluzowanie każdego z elementów endoprotezy stawu kolanowego może być widoczne na zdjęciu rtg jako linijne przejaśnienie wokół implantu na styku kość-cement, w przypadku endoprotezoplastyki cementowanej o szerokości co najmniej:

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

Nr 86. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące wymiany rzepki w alloplastyce całkowitej stawu kolanowego:

- 1) alloplastyka z zastosowaniem implantów z częścią udową, która ma anatomicznie wyprofilowany bloczek, daje podobne wyniki kliniczne niezależnie od wymiany rzepki;
- 2) badania prospektywne dotyczące wymiany rzepki w całkowitej endoprotezoplastyce kolana nie wykazały istotnych różnic co do preferencji pacjentów, wyników funkcjonalnych, bólu przedziału przedniego, odsetka rewizji;
- 3) powyższe stwierdzenie (pkt. 2) dotyczy jedynie endoprotezoplastyki cementowanej stawu kolanowego; najnowsze badania wskazują, iż w przypadku alloplastyki bezcementowej wymiana rzepki pozwala uzyskiwać lepsze wyniki funkcjonalne oraz mniejszy odsetek rewizji;
- 4) ból przedniego przedziału jest związany z budową samego implantu protezy i rotacją elementu udowego bardziej niż z wymianą rzepki;
- 5) obecnie zaleca się wymianę rzepki w każdej bezcementowej alloplastyce stawu kolanowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 87. Planując endoprotezoplastykę stawu kolanowego, w przypadku zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawów biodrowych i stawu skokowo-goleniowego w tej samej kończynie, należy wykonać:

- A. w pierwszej kolejności wymianę stawu biodrowego w tej samej kończynie.
- B. w pierwszej kolejności wymianę obu stawów biodrowych.
- C. w pierwszej kolejności wymianę stawu kolanowego.
- D. jednocześnie alloplastykę stawu kolanowego oraz ipsilateralnego stawu biodrowego.
- E. w pierwszej kolejności alloplastykę stawu skokowo-goleniowego.

Nr 88. Wcześniejsza osteotomia końca bliższego kości piszczelowej:

- A. nie ma żadnego wpływu na wyniki kliniczne endoprotezoplastyki całkowitej stawu kolanowego.
- B. poprawia wyniki klinicznie endoprotezoplastyki całkowitej stawu kolanowego.
- C. jest przeciwwskazaniem do alloplastyki całkowitej stawu kolanowego.
- D. wpływa na nieco gorsze wyniki endoprotezoplastyki całkowitej stawu kolanowego.
- E. prawdziwe są odpowiedzi C,D.

Nr 89. Obciążenie kości przekraczające jej odporność mechaniczną prowadzi do jej uszkodzenia – złamania, przy czym:

- A. siły zginające do złamania poprzecznego, siły skrętne – złamania spiralnego.
- B. siły zginające i skrętne do złamania poprzecznego.
- C. siły zginające i skrętne do złamania spiralnego.
- D. siły zginające do złamania spiralnego, siły skrętne – złamania poprzecznego.
- E. każdy rodzaj siły może doprowadzić do dowolnego rodzaju złamania.

Nr 90. W wielofragmentowych złamaniach końca bliższego kości ramiennej bardzo słabo unaczynionym fragmentem (co skutkuje ryzykiem wystąpienia jałowej martwicy kości) jest:

- A. guzek większy.
- B. guzek mniejszy.
- C. głowa kości ramiennej powyżej szyjki anatomicznej.
- D. prawdziwe są A i B.
- E. prawdziwe są A, B i C.

Nr 91. Brak elektromiograficznych cech gojenia nerwu promieniowego 3-4 miesiące po przebytym złamaniu kości ramiennej oznacza, że doszło do uszkodzenia

- A. nerwu typu neuropraksji.
- B. nerwu typu aksonotmesis.
- C. nerwu typu neurotmesis.
- D. mięśni zaopatrywanych przez nerw promieniowy.
- E. ukrwienia żylnego kończyny na wysokości złamania kości ramiennej.

Nr 92. Złamania trzonu kości promieniowej lub łokciowej z podwichnięciem w jednym ze stawów promieniowo-łokciowych (złamanie Galleazziego lub Monteggia) są wskazaniem do leczenia:

- A. operacyjnego z użyciem stabilizacji wewnętrznej.
- B. operacyjnego z użyciem stabilizacji zewnętrznej.
- C. zachowawczego.
- D. operacyjnego Galleazziego i zachowawczego Monteggia.
- E. operacyjnego Monteggia i zachowawczego Galleazziego.

Nr 93. Do większości złamań głowy kości promieniowej dochodzi wskutek:

- A. upadku na zgięty łokieć.
- B. mechanizmów pociągania.
- C. przeprostu w stawie łokciowym.
- D. upadku na wyprostowaną kończynę.
- E. uderzenia bezpośredniego w okolicę łokcia.

Nr 94. Występowanie kompleksowego regionalnego zespołu bólowego (zespołu Sudecka) wiąże się z występującym po urazie i w trakcie leczenia uciskiem nerwu:

- A. mięśniowo-skórnego.
- B. pachowego.
- C. łokciowego.
- D. promieniowego.
- E. pośrodkowego.

Nr 95. Podawanie kortykosteroidów po urazie kręgosłupa połączonym z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest:

- A. obowiązkowe.
- B. zalecane ze względu na potwierdzoną skuteczność poprawy w przypadkach uszkodzeń neurologicznych.
- C. jedną z dopuszczonych opcji farmakoterapeutycznych.
- D. przeciwwskazane ze względu na występujące objawy niepożądane.
- E. zabronione.

Nr 96. Klasyfikacja Denisa (1981) przydatna w celu oceny stabilności złamanego kręgosłupa i podejmowania decyzji o rodzaju leczenia operacyjnego uwzględnia podział na:

- A. 2 kolumny.
- B. 3 kolumny.
- C. 4 kolumny.
- D. 5 kolumn.
- E. 7 kolumn.

Nr 97. Standardowe przednio-boczne dojście do kręgosłupa szyjnego pozwala dotrzeć do trzonów kręgów:

- A. C1 – C5.
- B. C1 – C7.
- C. C1 – Th2.
- D. C3 – C7.
- E. C3 – Th2.

Nr 98. Rdzeń kręgowy kończy się u osobnika dorosłego obwodowo na wysokości kręgów:

- A. Th6 – Th7.
- B. Th11 – Th12.
- C. L1 – L2.
- D. L4 – L5.
- E. L5 - S1.

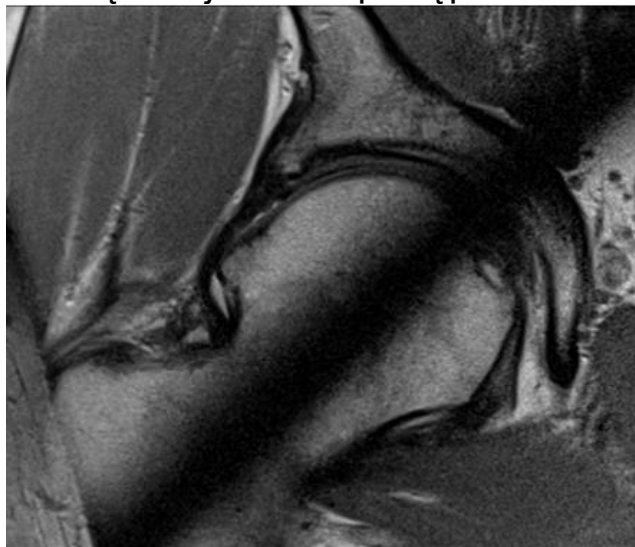
Nr 99. Zastosowanie dościa piersiowo-naramiennego w alloplastyce barku:

- 1) zmniejsza ryzyko niestabilności protezy anatomicznej;
- 2) zmniejsza ryzyko niestabilności protezy połowicznej;
- 3) zmniejsza ryzyko uszkodzenia nerwu pachowego;
- 4) uniemożliwia zastosowanie protezy odwróconej;
- 5) zwiększa ryzyko uszkodzenia nerwu pachowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 100. 32-letni mężczyzna odczuwa ból biodra prawego, dotychczas dość intensywnie uprawiał sztuki walki. Klinicznie stwierdza się ograniczony ból zakres ruchów, z jednoczesnym pomniejszeniem zgięcia, przywiedzenia i rotacji wewnętrznej. Wskaż postępowanie:



- A. rozpoznaje się konflikt udowo-panewkowy, proponowane postępowanie to: osteochondroplastyka, resekcja brzegu kostnego panewki z ponownym przytwierdzeniem obrąbka panewkowego z użyciem techniki endoskopowej.
- B. rozpoznaje się chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego, proponowane postępowanie to: całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego.
- C. rozpoznaje się dysplazję stawu biodrowego, proponowane postępowanie to: endoprotezoplastyka powierzchniowa stawu biodrowego z uwagi na wiek chorego.
- D. rozpoznaje się dysplazję stawu biodrowego, proponowane postępowanie to: osteotomia okołopanewkowa.
- E. rozpoznaje się martwicę głowy kości udowej, proponowane postępowanie to: nawiercenie głowy kości udowej.

Nr 101. Wskutek złamania kości ramiennej najczęściej dochodzi do uszkodzenia nerwu:

- A. pachowego.
- B. mięśniowo-skórnego.
- C. pośrodkowego.
- D. łokciowego.
- E. promieniowego.

Nr 102. Alloplastyka powierzchniowa (kapoplastyka) stawu biodrowego wykonana u kobiety, u której zastosowano mały element panewkowy:

- A. może powodować wczesne aseptyczne obluzowanie.
- B. sprzyja powstawaniu kostniów okołostawowych.
- C. daje najlepsze długotrwałe wyniki kliniczne.
- D. najlepiej poprawia anatomię stawu biodrowego.
- E. osłabia mięśnie odwodziciele uda.

Nr 103. Noworodek o masie 4200g po porodzie przedłużonym pierwiastki zakończonym z użyciem wyciągacza próżniowego znajduje się w oddziale neonatologii. W III dobie matka zgłosiła, że dziecko nie rusza jedną kończyną górną. Stan ogólny dziecka był dobry, dziecko nie gorączkowało. Najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem jest podejrzenie:

- A. rozwojowej dysplazji stawu biodrowego ze zwichnięciem stawu – należy zastosować szelki Palika i sprawdzać ruchy kończyny.
- B. złamania kości udowej w wyniku porodu dużego płodu wspomaganego wyciągaczem próżniowym, należy wykonać ultrasonografię stawu biodrowego, uda i kolana oraz zdjęcie radiologiczne dotkniętej kończyny a w przypadku stwierdzenia złamania unieruchomienie w poduszce Frejki.
- C. zapalenia kości udowej: niezwłoczne wykonanie badań CRP, OB., morfologia krwi obwodowej, ultrasonografia stawu biodrowego, uda i kolana, nakłucie ropnia podokostnowego lub otwarta biopsja kości, antybiotykoterapia, unieruchomienie w opatrunku gipsowym.
- D. złamania obojczyka i rzekomoporażenne ustawienie kończyny.
- E. porażenia splotu krzyżowego.

Nr 104. Zdrowy 13-letni chłopiec upadł z ostatniego stopnia schodów w domu doznając urazu, który spowodował silny ból w okolicy pod lewym kolaniem. Lekarz w Izbie Przyjęć zwrócił uwagę na stosunkowo dużą masę chłopca, która wynosiła 80 kg. Na zdjęciu radiologicznym stwierdzono złamanie nadkłykciowe kości udowej i skierowano chorego do leczenia operacyjnego z użyciem gwoźdźcia śródszpikowego. Które z wymienionych schorzeń powinien wykluczyć ortopeda w pierwszej kolejności, zanim przystąpi do leczenia operacyjnego?

- A. młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej.
- B. zapalenie swoiste na tle zakażenia prątkiem gruźlicy.
- C. wrodzoną łamliwość kości.
- D. ropne krwiopochodne zapalenie kości.
- E. złamanie patologiczne w przebiegu guza złośliwego z uwagi na dysproporcje pomiędzy siłą urazu a jego następstwami.

Nr 105. W przypadku złamania barku typu Neer 4 u osoby powyżej 65. r.ż. najgorsze wyniki funkcjonalne i największą ilość powikłań po 2 latach od leczenia osiąga się w przypadku:

- A. zespolenia złamania płytką.
- B. leczenia zachowawczego.
- C. leczenia protezą połowiczą.
- D. leczenia protezą całkowitą.
- E. leczenie protezą odwróconą.

Nr 106. W przypadku implantacji endoprotezy anatomicznej barku kluczowe jest odtworzenie ciągłości mięśnia:

- A. obłego mniejszego.
- B. obłego większego.
- C. podłopatkowego.
- D. nadgrzebieniowego.
- E. podgrzebieniowego.

Nr 107. 22-letni mężczyzna odczuwa ból obu bioder, z przewagą po stronie lewej, z charakterystycznym objawem odwróconego „C”, dotychczas dość intensywnie uprawiał sport. Klinicznie stwierdza się ograniczony bólowo zakres ruchów, z pomniejszeniem zgięcia, przywiedzenia i rotacji wewnętrznej. Wskaż najbardziej prawdopodobne rozpoznanie:



- A. konflikt udowo-panewkowy z deformacją kości udowej typu „pistol grip”.
- B. młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej.
- C. martwica jałowa głowy kości udowej.
- D. przerzut raka gruczołu krokowego do kości udowej.
- E. żadne z wymienionych.

Nr 108. Zastosowanie odwróconej protezy barku jest **bezwzględnie** przeciwwskazane w przypadku:

- A. złamania guzka większego.
- B. uszkodzenia mięśnia podłopatkowego.
- C. porażenia nerwu pachowego.
- D. porażenia nerwu nadłopatkowego.
- E. zerwania ścięgna długiej głowy mięśnia dwugłowego.

Nr 109. Chory w wieku 12 lat upadł w czasie jazdy na nartach doznając złamania zamkniętego trzonu kości udowej w 1/3 środkowej jej długości, szczelina złamania poprzeczna. Masa chorego wynosi 52 kg. Wskaż rozwiązanie lecznicze:

- A. w tym wieku ten typ złamania należy leczyć nieoperacyjnie – wyciąg szkieletowy 90-90.
- B. złamanie jest niestabilne, należy zastosować płytę kątowo-stabilną (4-4).
- C. złamanie należy zespolić 2 elastycznymi prętami śródszpikowymi, wprowadzanymi wstecznie.
- D. z uwagi na masę ciała należy złamanie zespolić litym gwoździem śródszpikowym.
- E. złamanie należy zespolić 3 śrubami i następnie założyć gips biodrowy.

Nr 110. Na stabilność endoprotezy stawu biodrowego po zabiegu alloplastyki wpływa:

- 1) rozmiar głowy endoprotezy;
- 2) pozycja implantowanej panewki;
- 3) pozycja implantowanego trzpienia endoprotezy;
- 4) dojście operacyjne;
- 5) dobór właściwych zaleceń dla pacjenta.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 111. Które z trzech wymienionych czynników stanowią najczęstsze powikłanie po alloplastyce stawu biodrowego?

- A.** ból po zabiegu, zwichnięcie endoprotezy, infekcja.
B. obluzowanie aseptyczne, zwichnięcie endoprotezy, infekcja.
C. obluzowanie aseptyczne, zwichnięcie endoprotezy, złamania okołoprotezowe.
D. obluzowanie aseptyczne, kostnienie pozaszkieletowe, infekcja.
E. obluzowanie aseptyczne, ból po zabiegu, kostnienie pozaszkieletowe.

Nr 112. Kobieta w wieku 52 lat upadła w czasie prac domowych doznając urazu okolicy krętarzowej. W oddziale ratunkowym na podstawie zdjęcia radiologicznego rozpoznano złamanie szyjki kości udowej. Dodatkowo stwierdzono, że kobieta leczyła się z powodu niedoborów wit. D3 i obraz radiologiczny wykazywał istotny zanik kostny. Wskaż dalsze postępowanie lecznicze:

- A.** należy dokonać repozycji złamania, na zamknięto i z uwagi na niską jakość kości odłamy zespolić przy pomocy śrub i płytki kątowno stabilnej.
B. należy zastosować wyciąg nadkostkowy i leczyć złamanie nieoperacyjnie z uwagi na ryzyko możliwych powikłań.
C. należy wykonać całkowitą endoprotezoplastykę stawu biodrowego.
D. należy zaakceptować przemieszczenie odłamów i wykonać zespolenie płytką kątowną.
E. należy zespolić złamanie śrubami kaniulowanymi.

Nr 113. 3,5-letnia dziewczynka leczona jest z powodu złamania nadkłykciowego kości ramiennej typu I wg Gartlanda. Wskaż sposób zespolenia po wykonaniu 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 typ złamania nie wymaga repozycji i dodatkowego zespolenia wewnętrznego, a jedynie unieruchomienia w opatrunku gipsowym.

Nr 114. Jedną z deformacji kończyn dolnych jest szpotawość kolana. W przypadku zniekształcenia jednostronnego idiopatycznego występuje nierówność kończyn dolnych w formie:

- A. skrócenia długości względnej i funkcjonalnej zajętej kończyny dolnej, przy równej długości bezwzględnej.
- B. skrócenia długości bezwzględnej przy równej długości względnej i funkcjonalnej.
- C. skrócenia długości funkcjonalnej przy równej długości względnej i bezwzględnej.
- D. wydłużenia długości względnej, przy równej długości bezwzględnej i funkcjonalnej.
- E. wydłużenia długości funkcjonalnej, przy równej długości względnej i bezwzględnej.

Nr 115. Rodzice zgłosili się z dzieckiem 2,5-letnim do poradni z powodu asymetrycznego ustawienia łopatek. Lekarz na podstawie badania rozpoznał zespół Sprengela – wrodzone wysokie ustawienie łopatki. Na jakie inne zniekształcenia powinien zwrócić uwagę monitorujący rozwój dziecka ortopeda?

- A. wrodzone wady kręgów szyjnych, piersiowych, żeber oraz mogące towarzyszyć wady układu moczowego.
- B. wrodzone wady stóp, które tej wadzie towarzyszą wyjątkowo często.
- C. wrodzone wady stawów biodrowych z ich niestabilnością towarzyszące temu zespołowi.
- D. przedwczesne zarośnięcie szwów czaszkowych zawsze towarzyszące tej wadzie.
- E. wysokie wrodzone ustawienie łopatki występuje jako wada izolowana i nie towarzyszą jej inne zniekształcenia narządu ruchu.

Nr 116. W oddziale noworodkowym konsultantem jest ortopeda, który wykonuje badania i ukierunkowuje diagnostykę i leczenie. Neonatolog podejrzewa artrogrypozę. Jakie elementy powinno obejmować badanie ortopedy?

- A. wyłącznie badanie ultrasonograficzne stawów biodrowych, gdyż jest to badanie szybkie i wiarygodne.
- B. wyłącznie badanie kliniczne, gdyż jest ono proste i szybkie.
- C. zebranie wywiadu rozwojowego i rodzinnego, wykonanie badania klinicznego w poszukiwaniu deformacji kończyn górnych, bioder, kolan i stóp oraz wykonanie badania ultrasonograficznego.
- D. badanie radiologiczne stawów biodrowych będące złotym standardem.
- E. dokładny wywiad i badanie radiologiczne.

Nr 117. Wadom wrodzonym kręgosłupa szczególnie często mogą towarzyszyć:

- A. wady na innych poziomach kręgosłupa, wady serca i paznokci.
- B. wady w zakresie uzębienia, wady serca i nerek.
- C. wady na innych poziomach kręgosłupa, wady serca i nerek.
- D. wady budowy nosa, wady paznokci i nerek.
- E. wady serca, uszu, nerek i oczu.

Nr 118. Wedle światowych rejestrów, średnia 20-letnia „przeżywalność” endoprotezy anatomicznej barku kształtuje się na poziomie”:

- A. ok. 45%. B. ok. 55%. C. ok. 65%. D. ok. 75%. E. ok. 85%.

Nr 119. Późne powikłania w leczeniu operacyjnym skolioz idiopatycznych to:

- A. niestabilność instrumentarium, późne infekcje, złamanie wyrostków stawowych i łuków, odma opłucnej.
- B. niestabilność instrumentarium, odma opłucnej, odczyny na metal, zespół tętnicy kręzkowej górnej.
- C. niestabilność instrumentarium, zespół tętnicy kręzkowej górnej, odczyny na metal, uszkodzenie rdzenia kręgowego.
- D. niestabilność instrumentarium, późne infekcje, odczyny na metal, stawy rzekome w obrębie zamierzonej spondylodezy.
- E. żadne z wymienionych.

Nr 120. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące skrzywienia kręgosłupa u chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a:

- 1) skolioza pojawia się niemal u wszystkich pacjentów, większość z nich porusza się na wózku przed osiągnięciem 15. roku życia;
- 2) skolioza pojawia się tylko u 10% pacjentów, a osłabienie mięśni nie dotyczy mięśni oddechowych;
- 3) dystrofia Duchenne’a jest przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego skoliozy;
- 4) w przypadku ciężkich deformacji postępowaniem z wyboru jest operacja z krótką stabilizacją Th1-Th8;
- 5) leczenie operacyjne polega na długiej stabilizacji kręgosłupa, czasem z rozszerzeniem instrumentacji na miednicę.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Dziękujemy !