

- 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 przekonaś się, że dobrze wybrałeś/eś, zakreślisz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wyciśnij gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłeś/eś poprawnie, zamaz starannie prostokąty.

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

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **2 godziny 40 minut**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać karty odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartami 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 **cyfra 1**. Prawidłowe zaznaczenie widać na rysunku niżej

NUMER KODOWY.....

[illegible]

cem EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
ORTOPEDII
JESIEŃ 2018

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

Nr 1. Czynnikiem ryzyka dysplazji stawu biodrowego nie jest:

- A. wiek rodzącej.
- B. położenie miednicowe płodu.
- C. duża masa urodzeniowa, ponad 4000 g.
- D. dodatni wywiad rodzinny.
- E. pierwsza ciąża.

Nr 2. W czasie badania w Poradni Preluksacyjnej u 3-tygodniowego noworodka lekarz stwierdził objaw przeskakiwania Ortolaniego po stronie lewej. Wykonane badanie ultrasonograficzne wykazało typ IB dla biodra prawego i typ D dla biodra lewego. Wskaż dalsze postępowanie lecznicze:

- A. należy zastosować szerokie pieluszkowanie i wyznaczyć kolejne badanie za 2 tygodnie.
- B. należy skierować dziecko do oddziału ortopedycznego i zastosować wyciąg ponad głowę.
- C. należy skierować dziecko do oddziału ortopedycznego i następnie z uwagi na wiek dokonać zamkniętej repozycji stawu biodrowego i unieruchomić w gipsie.
- D. należy rozpocząć leczenie z użyciem szelek Pavlika, poprzedzając ich zastosowanie szczegółową rozmową objaśniającą dla rodziców.
- E. należy rozpocząć terapię manualną, której celem będzie stabilizacja stawu biodrowego.

Nr 3. Pacjent w wieku 3 lat trafił do Poradni Ortopedycznej z matką z następującymi objawami: utykanie i ból kończyny dolnej lewej, ograniczenie odwiedzenia i rotacji wewnętrznej w stawie biodrowym. Dolegliwości trwają od 2 tygodni, bez uchwytne go początku, badanie radiologiczne wykazuje obniżenie nasady głowy kości udowej lewej. Wskaż diagnozę i postępowanie terapeutyczne:

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

Nr 4. Przykurcz odwiedzeniowy w stawie biodrowym:

- A. powoduje czynnościowe wydłużenie kończyny.
- B. powoduje czynnościowe skrócenie kończyny.
- C. nie może spowodować czynnościowego skrócenia kończyny.
- D. powoduje pozorny objaw Trendelenburga i Duchenne'a.
- E. powoduje wtórny brak rotacji zewnętrznej.

Nr 5. 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 6. Chłopiec w wieku 13 lat z nadwagą upadł na lekcji wychowania fizycznego. Wystąpił silny ból i brak możliwości poruszania się. Transportem sanitarnym został przewieziony do SOR, gdzie wykonano badanie radiologiczne. Lekarz SOR na zdjęciu radiologicznym stwierdził przemieszczenie się nasady głowy kości udowej z kątowym rozszerzeniem chrząstki nasadowej. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące tego pacjenta:

- A. należy rozpoznać ostre złuszczenie głowy kości udowej.
- B. należy rozpoznać złuszczenie niestabilne głowy kości udowej wg Lodera.
- C. występuje duże (17-47%) ryzyko martwicy głowy kości udowej.
- D. leczenie polega na delikatnym nastawieniu i usunięciu krwiaka poprzez kapsulotomię wg Parscha.
- E. wszystkie wymienione są prawdziwe.

Nr 7. Objaw Drehmanna to:

- A. osłabienie mięśnia czworogłowego.
- B. niewydolność więzadła krzyżowego tylnego.
- C. objaw radiologiczny w chorobie Kienboecka.
- D. objaw charakteryzujący nadmierny kąt antetorsji szyjki kości udowej.
- E. ruch zgięcia w stawie biodrowym możliwy tylko wraz z ruchem odwiedzenia i rotacji zewnętrznej.

Nr 8. Deformacja typu rękojeści pistoletu jest typowa dla deformacji:

- A. kości udowej powodującej konflikt udowo-panewkowy typu krzywkowego.
- B. kości udowej powodującej konflikt udowo-panewkowy typu kleszczowego.
- C. kości udowej powodującej konflikt udowo-panewkowy typu kleszczowego, zlokalizowany, przedni.
- D. panewki po leczeniu choroby Perthesa.
- E. widocznej w obrazie rezonansu magnetycznego, po uszkodzeniu łąkotki bocznej.

Nr 9. W trakcie leczenia dysplastycznej choroby zwyrodnieniowej typu Crowe II z użyciem endoprotezoplastyki występuje zwiększone ryzyko powikłań, do których należy:

- A. porażenie nerwu kulszowego.
- B. zwichnięcie endoprotezy.
- C. porażenie nerwu udowego.
- D. złamanie śródoperacyjne kości udowej.
- E. każde z wymienionych.

Nr 10. Złamanie krętarzowe kości udowej leczy się operacyjnie biorąc pod uwagę:

- A. przebieg szczeliny złamania.
- B. czy złamanie jest stabilne czy nie stabilne.
- C. liczbę odłamów.
- D. jakość tkanki kostnej.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 11. W celu odtworzenia normalnej osi mechanicznej operowanej kończyny dolnej element udowy endoprotezy powinien być ustawiony:

- A. 5-7 stopni szpotawo.
- B. powyżej 7 stopni koślawości.
- C. 5-7 stopni koślawo.
- D. powyżej 7 stopni szpotawości.
- E. kąt koślawości nie ma znaczenia dla odtworzenia osi mechanicznej operowanej kończyny.

Nr 12. W przypadku jednocześnie występujących zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych w stawie biodrowym i kolanowym tej samej kończyny należy:

- A. w pierwszej kolejności wymienić staw biodrowy.
- B. w pierwszej kolejności wymienić staw kolanowy.
- C. w ogóle nie operować.
- D. wykonać wymianę stawów w dowolnej kolejności.
- E. wykonać jednoczasową operację obu stawów.

Nr 13. Nieprawidłowe ustawienie elementów endoprotezy ma wpływ na występowanie odległych powikłań, z wyjątkiem:

- A. niestabilności stawu.
- B. zakażenia okołoprotezowego.
- C. sztywności stawu.
- D. szybkiego zużycia polietylenu.
- E. obluzowania implantu.

Nr 14. Dla postawienia rozpoznania zespołu ciasnoty przedziału powięziowego kończyny dolnej najbardziej miarodajnym badaniem jest:

- A. dokładnie przeprowadzone badanie podmiotowe, pozwalające na stwierdzenie występowania silnego bólu i obrzęku całej kończyny.
- B. kapilaroskopia naczyń włosowatych skóry łydki.
- C. pulsoksymetria naczyń skóry w obrębie palców stopy.
- D. pomiar ciśnienia w przedziale powięziowym.
- E. angio-TK kończyn dolnych.

Nr 15. Jak należy zaopatrzyć złamanie boczne szyjki kości udowej u 59-letniej chorej z zaawansowaną obustronną chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych, chorującej od 6 lat na reumatoidalne zapalenie stawów?

- A. alloplastyką powierzchniową (kapoplastyką) stawu biodrowego.
- B. alloplastyką bipolarną stawu biodrowego.
- C. alloplastyką całkowitą stawu biodrowego.
- D. zespoleniem wkrętami kaniulowanymi AO.
- E. zespoleniem płytką TARGON-FN.

Nr 16. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące zasad leczenia złamań stawowych:

- A. wymagają jednoczesowej ze stabilizacją złamań rekonstrukcji wszystkich elementów aparatu więzadłowego stabilizującego staw, o ile uległ on w wyniku urazu uszkodzeniu.
- B. w przypadku złamań nieprzemieszczonych akceptowalne jest leczenie zachowawcze unieruchomieniem w opatrunku gipsowym.
- C. wymagają korekcji osi złamanej kości.
- D. wymagają anatomicznej lub jak najbardziej zbliżonej do anatomicznej repozycji odłamów.
- E. wymagają stabilnego zespolenia odłamów.

Nr 17. Denosumab jest lekiem zarejestrowanym do leczenia:

- A. osteomalacji.
- B. osteoporozy pomenopauzalnej u kobiet.
- C. osteoporozy pomenopauzalnej u kobiet oraz osteoporozy u mężczyzn.
- D. osteopenii u kobiet oraz osteoporozy posteroïdowej u kobiet.
- E. osteodystrofii nerkowej.

Nr 18. Dobowe zapotrzebowanie na wapń u osób po 55. roku życia wynosi:

- A. 200-400 mg.
- B. 400-600 mg.
- C. 600-800 mg.
- D. 800-1000 mg.
- E. 1000-1200 mg.

Nr 19. Test Silfverskiölda służy do oceny:

- A. przykurczu mięśnia piszczelowego tylnego.
- B. przykurczu kompleksu mięśnia trójgłowego łydki.
- C. wydolności mięśnia piszczelowego tylnego.
- D. wydolności więzozrostu piszczelowo-strzałkowego.
- E. przykurczu spastycznego mięśni zginaczy palców.

Nr 20. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące wrodzonej stopy piętowej:

- 1) w obrazie radiologicznym zwykle stwierdza się pionowe ustawienie kości piętowej;
- 2) zwykle konieczne jest leczenie operacyjne polegające na wydłużeniu ścięgna Achillesa;
- 3) często towarzyszy uogólnionej wiotkości wielostawowej;
- 4) rokowanie jest najczęściej pomyślne.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 21. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złamania szyjki kości skokowej:

- 1) I typ złamania, czyli złamanie nieprzemieszczone może być leczone zachowawczo;
- 2) w leczeniu operacyjnym nie wykorzystuje się dostępu przednio-przyśrodkowego;
- 3) złamania typu III i IV często leczone są operacyjnie;
- 4) w RTG w projekcji AP pomiędzy szóstym a ósmym tygodniem po leczeniu operacyjnym pojawienie się objawu Hawkinsa pozwala rozpoznać jałową martwicę trzonu kości skokowej;
- 5) w trakcie zabiegu operacyjnego szczególnie korzystne jest użycie projekcji RTG wg Canale (stopa jest ustawiona w rotacji wewnętrznej, a promienie są skierowane pod kątem 75 stopni do poziomu).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 22. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złamania zmęczeniowego II kości śródstopia:

- 1) zawsze leczone jest zachowawczo;
- 2) może się wygoić z nieprawidłowym zagięciem podeszwowym, co może spowodować przeciążenie III kości śródstopia i zwiększyć ryzyko jej złamania zmęczeniowego;
- 3) w diagnostyce pomocne może być MRI;
- 4) do grup ryzyka tego złamania zalicza się m.in. tancerzy baletowych, kobiety po menopauzie, chorych z cukrzycą i neuropatią;
- 5) w rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę uwięźnięcie n. podeszwowego;
- 6) złamanie te nigdy nie powoduje żadnych objawów klinicznych, dlatego często nazywane jest złamaniem niemym klinicznie.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 23. Metodą leczenia palca szponiastego korektywnego jest:

- A. resekcja dalszej nasady paliczka bliższego z tenotomią zginacza długiego palców.
- B. resekcja dalszej nasady paliczka środkowego +/- tenotomia zginacza długiego palców.
- C. transpozycja zginacza długiego palców (ze zginacza na prostownik) z wydłużeniem prostownika długiego palców, tenotomią prostownika krótkiego palców oraz uwolnieniem torebki stawu MTP.
- D. resekcja dalszej nasady paliczka bliższego z wydłużeniem prostownika długiego palców, tenotomią prostownika krótkiego palców oraz ewentualną osteotomią skracającą.
- E. tenotomia zginacza długiego palców z osteotomią dalszej nasady paliczka środkowego sposobem Akin.

Nr 24. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące patogenezy deformacji koślawej palucha:

- 1) koślawość w stawie MTP I 13° jest fizjologiczna;
- 2) trzeczki stabilizowane przyczepem ścięgna mięśnia zginacza długiego palucha pozostają na swoim miejscu;
- 3) ścięgno mięśnia odwodziciela palucha przesuwają się na stronę podeszwową stawu i jego funkcja powodują supinację palucha;
- 4) dochodzi do podwichnięcia bocznego w stawie MTP I;
- 5) nieprawidłowa mechanika stawu MTP I przyspiesza powstanie zmian zwyrodnieniowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 25. W przypadku czterofragmentowego złamania głowy kości ramiennej połączonego z jej zwichnięciem przednim i całkowitym uszkodzeniem pierścienia rotatorów u 75-letniego chorego leczeniem z wyboru jest:

- A. endoprotezoplastyka odwrócona.
- B. leczenie czynnościowe.
- C. endoprotezoplastyka połowicza.
- D. endoprotezoplastyka całkowita.
- E. stabilna osteosynteza przy pomocy dedykowanego implantu.

Nr 26. W leczeniu uszkodzeń ścięgien zginaczy palców ręki istotne są strefy, które odpowiadają anatomii ścięgien zginaczy i systemu troczków. Strefa piąta to:

- A. nadgarstek.
- B. przedramię.
- C. śródrezcze.
- D. paliczek środkowy.
- E. paliczek dystalny.

Nr 27. Całkowite przecięcie nerwu promieniowego na poziomie połowy przedramienia powoduje:

- A. objaw ręki opadającej.
- B. brak czynnego wyprostu w stawach międzypaliczkowych.
- C. zaburzenia czucia po stronie promieniowo-grzbietowej ręki.
- D. brak czynnego zgięcia w stawach śródręczno-paliczkowych i brak grzbietowego zginania nadgarstka.
- E. trudności w odwodzeniu palca małego.

Nr 28. Złamanie dalszego końca kości promieniowej wymaga leczenia operacyjnego:

- A. u osób po 50. roku życia.
- B. u osób pracujących fizycznie.
- C. jeśli przemieszczenie grzbietowe odłamu dalszego przekracza kąt 20 stopni.
- D. jeśli jest złamaniem niestabilnym.
- E. jeśli przemieszczenie dłoniowe odłamu dalszego przekracza 20 stopni.

Nr 29. Test Allena służy do oceny:

- A. oceny funkcji nerwu pośrodkowego.
- B. odpływu żylnego.
- C. oceny funkcji nerwu łokciowego.
- D. siły chwytu globalnego.
- E. unaczynienia tętniczego ręki.

Nr 30. Wskaż optymalny czas wykonania szwu nerwu po jego przecięciu na poziomie ramienia i przedramienia:

- A. natychmiast po rozpoznaniu.
- B. do 3 tygodni od uszkodzenia.
- C. w ciągu 24 godzin od uszkodzenia.
- D. 4-6 tygodni od uszkodzenia.
- E. ok. 3 miesięcy od uszkodzenia.

Nr 31. Co nie jest objawem uszkodzenia nerwu łokciowego na poziomie 1/3 dalszej przedramienia?

- A. ograniczenie zginania w stawach śródręczno-paliczkowych palca małego i serdecznego.
- B. ograniczenie odwodzenia i przywodzenia palców.
- C. upośledzenie zginania w stawach międzypaliczkowych dalszych palca małego i serdecznego.
- D. zaburzenia czucia po stronie dłoniowej palca małego.
- E. zaburzenia czucia po stronie grzbietowej palca małego.

Nr 32. Samoistne zerwanie bliższego końca ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia u osoby 40-50-letniej wymaga:

- A. szwu bezpośredniego.
- B. rekonstrukcji przy użyciu przeszczepu ścięgna z mięśnia dłoniowego długiego.
- C. przeniesienia ścięgna głowy krótkiej mięśnia dwugłowego ramienia.
- D. leczenia nieoperacyjnego.
- E. dwuetapowej plastyki ścięgna.

Nr 33. Pierwszą replantację w obrębie kończyny górnej wykonano w:

- A. Warszawie. B. Wrocławiu. C. Elblągu. D. Poznaniu. E. Trzebnicy.

Nr 34. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące torbieli tętniakowatej:

- 1) wymaga różnicowania z ziarniniakiem kwasochłonnym i mięsakiem Ewinga;
- 2) charakterystycznym odchyleniem w badaniach laboratoryjnych jest hiperkalcemia i podwyższony poziom PTH;
- 3) leczeniem z wyboru jest resekcja *en bloc* po uprzednim badaniu histopatologicznym;
- 4) wywołuje rozległy balonowaty odczyn tkanek miękkich;
- 5) występuje najczęściej przed 30. rokiem życia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 35. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące ziarniniaka kwasochłonnego:

- A. należy do grupy histiocytoz.
- B. różni się od torbieli tętniakowatej wiekiem występowania – występuje po 40. roku życia.
- C. w leczeniu stosuje się wyłyżeczkowanie zmiany, uzupełnienie kością autogenną.
- D. charakteryzuje się dłuższym przebiegiem dolegliwości niż torbiel tętniakowata.
- E. rokowanie co do wyleczenia jest dobre.

Nr 36. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące chrzestniaka zarodkowego:

- A. występuje około 30. roku życia.
- B. pojedyncze zmiany występują w chorobie Olliera.
- C. szybko i często ulega przemianie złośliwej.
- D. występuje prawie w 100% u kobiet.
- E. występuje prawie w 100% w nasadzie dalszej kości udowej, bliższej nasadzie kości piszczelowej i ramiennej.

Nr 37. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące guza olbrzymiokomórkowego:

- A. wzrasta najczęściej w przynasadach kości długich.
- B. szczyt występowania jest przed 20. rokiem życia.
- C. większość guzów olbrzymiokomórkowych ulega przemianie złośliwej.
- D. podaż steroidów sposobem Scagliettiego do zmiany jest uznanym na świecie leczeniem I rzutu.
- E. przy zmianach mnogich należy prowadzić diagnostykę w kierunku nadczynności przytarczyc.

Nr 38. Wskaż falszywe stwierdzenia dotyczące torbieli samotnej:

- 1) jest nowotworem łagodnym;
- 2) złamanie w jej okolicy znacząco pogorsza rokowanie;
- 3) rozpoznawana jest najczęściej po 20. roku życia;
- 4) w leczeniu znajduje zastosowanie metoda Scagliettiego;
- 5) o dużej aktywności torbieli świadczy jej duża odległość od chrząstki wzrostowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 39. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące torbieli tętniakowatej kości (*cystis aneurysmatica ossis*):

- 1) cechuje się szybkim wzrostem i występuje najczęściej poniżej 30. roku życia;
- 2) występuje w kręgosłupie i może dawać objawy korzeniowe;
- 3) występuje w kościach płaskich;
- 4) u dzieci może penetrować w nasady kości;
- 5) może występować w każdym naczyniu tętnicznym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 40. Wydłużanie kończyny na wprowadzonym gwoździu śródszpikowym:

- 1) pozwala na jednoczesną korekcję osi;
- 2) wymaga utrzymania ramowego stabilizatora do czasu pełnej przebudowy regeneratu kostnego;
- 3) pozwala na usunięcie stabilizatora zewnętrznego bezpośrednio po zakończeniu distrakcji;
- 4) jest możliwe tylko w skróceniach powyżej 5 cm;
- 5) jest możliwe tylko w skróceniach poniżej 5 cm.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 41. Planowe usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego:

- 1) nie jest współcześnie wykonywane;
- 2) wykonywane jest po wielokrotnej, ostatecznie nieudanej protezoplastyce stawu;
- 3) jest przeciwwskazane u pacjentów z artrozą przeciwnego biodra;
- 4) jest wskazane u chorych po 50. roku życia z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa lędźwiowego;
- 5) może być wskazane u młodych dorosłych, bez problemów w zakresie kręgosłupa lędźwiowego oraz tożsamego kolana i przeciwnego biodra.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 42. Zamiana artrodezy stawu biodrowego na endoprotezoplastykę:

- 1) nie jest możliwa;
- 2) jest obciążona zwiększonym ryzykiem powikłań;
- 3) najlepsze wyniki daje u młodych pacjentów po stosunkowo krótkim okresie unieruchomienia stawu;
- 4) wykazuje współcześnie podobny odsetek powikłań jak protezoplastyka rewizyjna stawu;
- 5) wykazuje współcześnie podobny odsetek powikłań jak protezoplastyka pierwotna stawu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 43. W leczeniu rekonstrukcyjnym wrodzonego niedorozwoju kości udowej (PFFD) decydujące dla taktyki postępowania jest:

- A.** uzyskanie prawidłowej osi kończyny.
- B.** uzyskanie stabilności stawu biodrowego.
- C.** zmniejszenie skrócenia kończyny poniżej 30% w stosunku do strony przeciwnej.
- D.** zmniejszenie skrócenia kończyny poniżej 30% w stosunku do strony przeciwnej lub zdrowego dziecka w tym samym wieku.
- E.** uzyskanie prawidłowej ruchomości stawów zdeformowanej kończyny.

Nr 44. W protezoplastyce rewizyjnej biodra konieczne jest:

- 1) wykorzystanie istniejącej blizny pooperacyjnej;
- 2) wytworzenie nowej blizny pooperacyjnej;
- 3) przeprowadzenie zabiegu z tego samego dojścia co operacji pierwotnej;
- 4) rozszerzenie dostępu operacyjnego;
- 5) przeprowadzenie zabiegu z nowego dojścia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 45. W protezoplastyce rewizyjnej biodra ubytki panewkowe:

- 1) dzielone są na typ jamisty i segmentowy;
- 2) klasyfikowane są wg Paprosky'ego na podstawie badania MRI;
- 3) klasyfikowane są wg Paprosky'ego na podstawie badania rtg i KT;
- 4) klasyfikowane są ostatecznie na bloku operacyjnym po usunięciu obluzowanej endoprotezy;
- 5) klasyfikowane są pierwotnie na bloku operacyjnym po usunięciu obluzowanej endoprotezy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 46. 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 wynoszący co najmniej 10° .
E. progresja w okresach szybkiego wzrastania kręgosłupa.

Nr 47. Test Rissera służy do:

- A. oceny przykurczu zgięciowego w stawie biodrowym.
B. oszacowania wieku kostnego.
C. oceny migracji głowy kości udowej z panewki.
D. badania czynności mięśnia zginacza palców powierzchownego.
E. oceny skrócenia mięśnia prostego uda.

Nr 48. Wskazaniami do leczenia operacyjnego skolioz idiopatycznych są:

- 1) progresja skoliozy;
- 2) obciążony wywiad rodzinny w kierunku skolioz idiopatycznych;
- 3) wartości kąta Cobba przekraczające $45-50^\circ$;
- 4) dodatni test Rissera;
- 5) kąt rotacji tułowia wynoszący 7° .

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 49. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące klasyfikacji Lenkego:

- 1) dotyczy skolioz idiopatycznych;
- 2) dotyczy skolioz nerwowo-mięśniowych;
- 3) jest klasyfikacją opartą na analizie radiogramów kręgosłupa;
- 4) uwzględnia płaszczyznę czołową i strzałkową kręgosłupa;
- 5) uwzględnia test Rissera.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 50. Objaw Drehmanna jest charakterystyczny dla:

- A. rozwojowej dysplazji stawu biodrowego.
- B. choroby Perthesa.
- C. niestabilności stawu kolanowego.
- D. młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej.
- E. żadnego z powyższych.

Nr 51. Klasyfikacja Lodera odnosi się do:

- A. złamań dalszego końca kości promieniowej.
- B. choroby Perthesa.
- C. młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej.
- D. złamań głowy kości udowej.
- E. skolioz idiopatycznych.

Nr 52. Do charakterystycznych objawów radiologicznych młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej należą:

- 1) objaw Gage;
- 2) objaw Kleina-Trethowana;
- 3) objaw Ortolaniego;
- 4) linia złamania podchrzęstnego;
- 5) objaw Capenera-Durbina.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 53. Leczeniem z wyboru młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej, w którym największe przemieszczenie kątowe nasady głowy kości udowej względem przynasady wynosi 25° , jest:

- A. unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym udowym.
- B. unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym biodrowym.
- C. stabilizacja szyjkowo-głowowa *in situ* wiązką drutów Kirschera lub śrubą kaniulowaną.
- D. osteotomia międzykrętarzowa kości udowej.
- E. osteotomia podgłowowa kości udowej.

Nr 54. Do czynników ryzyka chondrolizy w przebiegu młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej należą:

- 1) unieruchomienie stawu biodrowego w opatrunku gipsowym;
- 2) penetracja implantów do stawu biodrowego;
- 3) rasa biała;
- 4) obustronne młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej;
- 5) terapia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 55. Wskazaniem do leczenia gorsetem ortopedycznym w skoliozie idiopatycznej dorastających u chorego przed okresem dojrzałości kostnej są skrzywienia przekraczające kąt:

- A. 45-50° wg Cobba.
- B. 40-45° wg Cobba.
- C. 35-40° wg Cobba.
- D. 20-25° wg Cobba.
- E. 10-15° wg Cobba.

Nr 56. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące kąta żebrowo-kręgowego wg Mehty (RVAD):

- 1) ma zastosowanie w ocenie radiologicznej skolioz wczesnodziecięcych;
- 2) ma zastosowanie w ocenie radiologicznej skolioz wrodzonych na tle zaburzeń budowy;
- 3) liczy się go każdej stronie kręgosłupa, jako kąt między linią żebra a prostopadłą do płytki granicznej kręgu szczytowego;
- 4) różnica wartości kątów RVAD po prawej i lewej ponad 20 stopni oznacza istotne ryzyko progresji deformacji;
- 5) różnica wartości kątów RVAD po prawej i lewej ponad 30 stopni oznacza istotne ryzyko progresji deformacji.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 57. Zespół Klippela i Feila:

- A. to rzadki zespół wad wrodzonych z hipoplazją kości krzyżowej oraz wadami w zakresie narządów płciowych i nerek.
- B. to zespół wad wrodzonych w odcinku szyjnym kręgosłupa, z krótką szyją i ograniczeniem ruchomości kręgosłupa.
- C. to zespół wad wrodzonych obejmujących wady oczu (zwichnięcie siatkówki), wiotkość wielostawową oraz skrzywienie kręgosłupa w odcinku piersiowym.
- D. to rzadki, genetycznie uwarunkowany zespół wad narządu ruchu związanych z wadą budowy kolagenu.
- E. to zespół objawów związanych z przewlekłym niedoborem witaminy D u dziecka.

Nr 58. Wskaż typowe zmiany w obrazie radiologicznym kręgosłupa w chorobie Schuermanna:

- A. zwiększona lordoza piersiowa, sklerotyzacja płytek granicznych trzonów kręgowych.
- B. boczne skrzywienie kręgosłupa, dwuwklęsła deformacja trzonów kręgowych.
- C. zwiększona kifoza piersiowa, sklinowacenie trzonów kręgowych, guzki Schmorla.
- D. zwiększona kifoza piersiowa, objaw „rope-line”, guzki Schmorla.
- E. zwiększona kifoza lędźwiowa, guzki Schmorla.

Nr 59. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące wad wrodzonych kręgosłupa:

- 1) półkręg całkowicie posegmentowany jest wadą z ryzykiem progresji deformacji w trakcie wzrostu dziecka – zwłaszcza w ostatnim okresie przyspieszonego wzrostu wieku dojrzewania;
- 2) kręg sierpowaty jest wadą złożoną z dwóch półkręgów i związany jest z ryzykiem progresji deformacji;
- 3) kifoza wrodzona może być spowodowana półkręgiem, płytką (wadą segmentacji) lub wadą mieszaną;
- 4) ciężka wada mieszana w postaci półkręgu i płytki nie poddaje się leczeniu operacyjnemu, pozostaje obserwacja;
- 5) blok kręgowy to wada wrodzona wymagająca operacji między 2. a 3. rokiem życia – z dostępu przedniego i tylnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 60. Prawidłowa dobową suplementacja wapnia (Ca) i witaminy D w leczeniu osteoporozy wynosi:

- A.** Ca 200-500 mg, wit. D 500-1000 j.m.
B. Ca 400-1000 mg, wit. D 250-500 j.m.
C. Ca 800-1200 mg, wit. D 800-1000 j.m.
D. Ca 1200-2400 mg, wit. D 8000-5000 j.m.
E. Ca 2000-3000 mg, wit. D 1000-20000 j.m.

Nr 61. Właściwym postępowaniem, oprócz leczenia złamaniaiskoenergetycznego, u chorej na oddziale ortopedycznym jest:

- A.** podawanie witaminy D, bisfosfonianu i preparatów wapnia.
B. podawanie denosumabu, witaminy D, skierowanie do poradni leczącej osteoporozę.
C. podawanie witaminy D, poinformowanie o ryzyku następnych złamań, skierowanie do poradni leczącej osteoporozę.
D. podawanie bisfosfonianu, poinformowanie o ryzyku kolejnych złamań, skierowanie na badanie densytometryczne.
E. poinformowanie o ryzyku kolejnych złamań, skierowanie do poradni leczącej osteoporozę.

Nr 62. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące bisfosfonianów:

- A.** przyspieszają wzrost kostny.
B. poprawiają wytrzymałość wzrostu.
C. nie mają istotnego wpływu na wzrost kostny.
D. mogą opóźniać czas wzrostu.
E. długotrwałe leczenie może prowadzić do powstania stawu rzekomego.

Nr 63. Złamania osteoporotyczne kręgosłupa leczy się z zasady:

- A. operacyjnie – stabilizacją transpedikularną.
- B. operacyjnie – kyfoplastyką.
- C. zachowawczo – z nastawieniem złamania.
- D. zachowawczo – bez nastawienia złamania.
- E. zachowawczo – gorsetem gipsowym.

Nr 64. Po złamaniu bliższego końca kości udowej na skutek powikłań w ciągu roku umiera:

- A. 10% kobiet i 25-30% mężczyzn.
- B. 20% kobiet i 30% mężczyzn.
- C. 30% kobiet i 20% mężczyzn.
- D. 40% kobiet i 30% mężczyzn.
- E. 50% kobiet i 30% mężczyzn.

Nr 65. Po złamaniu bliższego końca kości udowej ryzyko wystąpienia złamania bliższego końca kości udowej po drugiej stronie wzrasta:

- A. 2-krotnie. B. 4-krotnie. C. 6-krotnie. D. 10-krotnie. E. 12-krotnie.

Nr 66. Do najbardziej typowych cech osteomalacji należą:

- 1) podwyższenie OB;
- 2) obniżenie poziomu wit. D;
- 3) bóle krzyża;
- 4) występowanie kręgów dwuwklęsłych;
- 5) występowanie złamań zmęczenia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 67. 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. ćwiczenia czynne, podanie leków przeciwzapalnych, podanie leków przeciwobrzękowych.
- D. podanie bisfosfonianów, podanie witaminy D, ćwiczenia.
- E. podanie witaminy D, bisfosfonianów i leków przeciwzapalnych.

Nr 68. Typową cechą choroby Pageta w obrazie radiologicznym jest:

- A. sklerotyzacja kości.
- B. włnisty obraz kości.
- C. pogrubienie kości.
- D. złamanie patologiczne.
- E. plamisty zanik kości.

Nr 69. ALTR (*Adverse Local Tissue Response*) oznacza:

- A. guz występujący w panewce stawu biodrowego, utrudniający implantację sztucznej panewki.
- B. guz występujący w bliższej części kości udowej, utrudniający implantację trzpienia endoprotezy.
- C. reakcję organizmu na zastosowanie artykulacji metal-metal.
- D. guz powstający po zwichnięciu endoprotezy stawu biodrowego, wypełniający przestrzeń między głową a panewką endoprotezy.
- E. przepuklinę udową powstającą po niepełnym zeszcyciu powięzi po alloplastyce stawu biodrowego.

Nr 70. Według większości rejestrów endoprotez na świecie najczęstszą przyczyną zabiegów rewizyjnych stawu biodrowego jest:

- A. zwichnięcie endoprotezy.
- B. obluzowanie aseptyczne elementów endoprotezy.
- C. infekcja.
- D. uszkodzenie implantu.
- E. pseudotumor.

Nr 71. Zastosowanie w alloplastyce stawu biodrowego głowy o średnicy 36 mm w stosunku do głowy o średnicy 28 mm:

- A. zwiększa ryzyko tzw. impigement.
- B. zmniejsza zakres ruchów w stawie biodrowym.
- C. zwiększa zakres ruchów w stawie biodrowym.
- D. powoduje koślawe ustawienie w stawie kolanowym.
- E. ogranicza ruch zgięcia w stawie biodrowym.

Nr 72. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące kostnienia pozaszkieletowego:

- 1) występuje wyłącznie jako powikłanie alloplastyki stawu biodrowego;
- 2) w każdym przypadku wystąpienia powoduje znacznego stopnia ograniczenia ruchów;
- 3) w klasyfikacji najczęściej stosuje się klasyfikację Brooker'a;
- 4) jednorazowe naświetlenie stawu biodrowego dawką 7-10 Gy przed zabiegiem alloplastyki zmniejsza ryzyko wystąpienia skostnień;
- 5) mężczyźni są bardziej narażeni na wystąpienie skostnień pozaszkieletowych niż kobiety.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 73. Czynniki ryzyka powstania kostnienia pozaszkieletowego po alloplastyce stawu biodrowego obejmują:

- 1) płeć żeńską;
- 2) wiek powyżej 70. roku życia;
- 3) otyłość;
- 4) grupę krwi O;
- 5) zastosowanie dostępu tylnego do stawu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 74. Przedstawiony poniżej radiogram przedstawia:



- A.** zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego na tle przebytej choroby Legg-Calve-Perthes'a.
B. zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego na tle przebytego młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej.
C. zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego idiopatyczne.
D. zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego na tle protruzji panewki.
E. zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego na tle przebytej rozwojowej dysplazji stawu biodrowego.

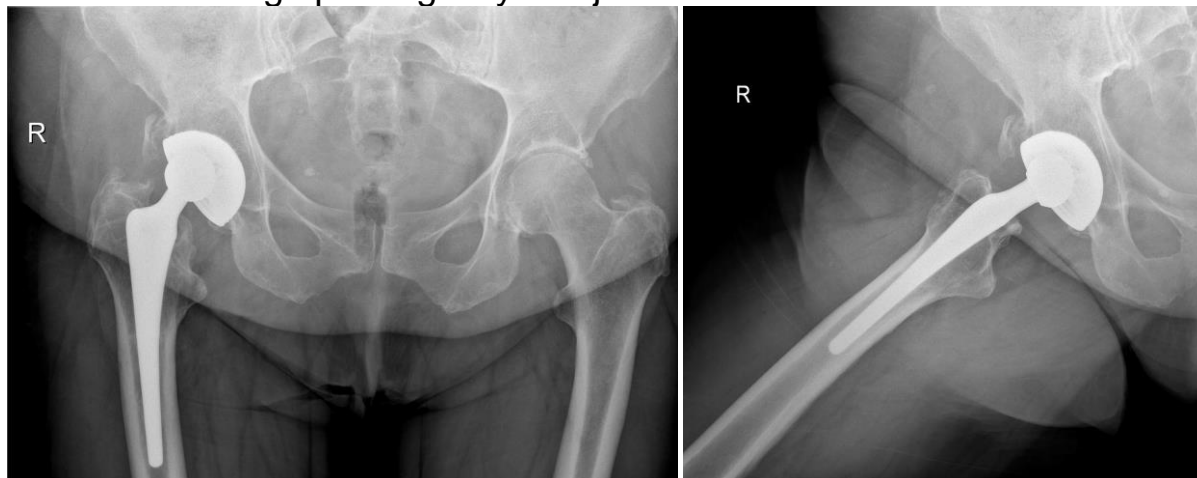
Nr 75. Alloplastyka stawu biodrowego w koksartrozie dysplastycznej może nastręczyć znacznych trudności podczas zabiegu ze względu na:

- 1) znaczne deformacje w obrębie panewki stawu biodrowego;
- 2) deformacje w obrębie trzonu kości udowej;
- 3) obecność łączników metalowych z poprzednich zabiegów wymagających usunięcia podczas alloplastyki;
- 4) niewystarczającą ilość podłoża kostnego;
- 5) konieczność dodatkowego zastosowania przeszczepów kostnych lub augmentów.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 76. Przedstawiony radiogram stawów biodrowych w projekcji AP oraz osiowej stawu biodrowego prawego wykazuje:



- A. stan po alloplastyce cementowanej stawu biodrowego prawego.
- B. stan po alloplastyce hybrydowej stawu biodrowego prawego.
- C. stan po alloplastyce prawego stawu biodrowego z wykorzystaniem trzpienia przynasadowego.
- D. stan po alloplastyce bezcementowej prawego stawu biodrowego z uszkodzonym wkładem panewki.
- E. stan po alloplastyce bezcementowej prawego stawu biodrowego z obluzowaniem aseptycznym trzpienia endoprotezy.

Nr 77. Wkładka panewki stawu biodrowego wykonana z wysoko usieciowanego polietylenu lub dodanie do tradycyjnego polietylenu antyoksydantu (witamina E) ma wpływ na:

- 1) przedłużenie żywotności wkładki panewki stawu biodrowego;
- 2) zmniejszenie zużycia wkładki panewki stawu biodrowego;
- 3) zmniejszenie częstości obluzowań aseptycznych;
- 4) zmniejszenie częstości występowania zwichnięć stawu biodrowego;
- 5) zmniejszenie śródoperacyjnych złamań panewki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 78. Oceniając złamanie okołoprotezowe po alloplastyce stawu biodrowego należy posłużyć się klasyfikacją:

- A. Paprosky'ego. B. Vancouver. C. Crowe. D. Kinga. E. Grucy.

Nr 79. Do uszkodzenia nazywanego „pływającym barkiem” dochodzi wskutek urazowego:

- A. złamania obojczyka.
- B. złamania łopatki.
- C. złamania obojczyka i łopatki po tej samej stronie.
- D. zwichnięcia stawu ramiennego połączonego ze złamaniem wyrostka barkowego.
- E. zwichnięcia łopatki.

Nr 80. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące urazowych złamań obojczyka:

- A. występują wskutek upadku na bark.
- B. głównie dotyczą końca barkowego.
- C. mężczyźni ulegają tego typu urazowi częściej niż kobiety.
- D. mogą im towarzyszyć uszkodzenia układu nerwowego.
- E. mogą im towarzyszyć uszkodzenia układu naczyniowego.

Nr 81. W leczeniu operacyjnym złamań obojczyka nie stosuje się:

- A. stabilizatorów zewnętrznych.
- B. płytek zespalających.
- C. drutów Kirschnera.
- D. gwoździ śródszpikowych.
- E. żadnego z wyżej wymienionych typów zespołów.

Nr 82. Porażenie nerwu promieniowego w zamkniętym złamaniu kości ramiennej:

- A. wygaja się samoistnie w ponad 95% przypadków.
- B. wygaja się samoistnie w około 75% przypadków.
- C. wygaja się samoistnie w około 50 % przypadków.
- D. wygaja się samoistnie w około 20% przypadków.
- E. nie wygaja się.

Nr 83. Osteotomia wyrostka łokciowego typu szewron (chevron) w leczeniu złamań stawowych końca dalszego kości ramiennej:

- A. jest wykonywana pozastawowo, czyli nie przecina powierzchni stawowej wyrostka łokciowego.
- B. zakłada przecinanie osteotomem lub piłą oscylacyjną wszystkich składowych wyrostka aż do chrząstki stawowej włącznie.
- C. zakłada „złamanie” kości podchrząstnej i chrząstki za pomocą osteotomu.
- D. nie powinna być stosowana ze względu na trudność późniejszego odtworzenia ciągłości końca bliższego kości łokciowej.
- E. zagraża wystąpieniem niebezpiecznych powikłań naczyniowych, szczególnie uszkodzenia tętnicy ramiennej.

Nr 84. Usuwanie tytanowych implantów po wygojeniu operacyjnie zaopatrzonych złamań kości przedramienia:

- A. jest zalecane ze względu na niemożność wykonania badania rezonansu magnetycznego.
- B. jest zalecane ze względu na podwyższone ryzyko złamań w miejscu pozostawionego zespolenia.
- C. jest zalecane ze względu na istotne ryzyko rozwinięcia się uczulenia na implant.
- D. nie jest zalecane ze względu na znaczne ryzyko ponownego złamania.
- E. nie jest zalecane ze względu na ryzyko wystąpienia infekcji pooperacyjnej.

Nr 85. Podejmowanie decyzji o konieczności leczenia operacyjnego złamania stawowego końca dalszego kości promieniowej uzasadnia się wielkością przemieszczenia powierzchni stawowych. Wg AO wskazanie do operacji stanowi przemieszczenie wynoszące:

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

Nr 86. Ze względu na ryzyko wystąpienia nieodwracalnych w skutkach zespołów przegród powięziowych podstawowe znaczenie posiada wiedza o ilości i lokalizacji poszczególnych przedziałów mięśniowych. Ile przedziałów mięśniowych wyróżnia się na podudziu?

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

Nr 87. Wolne unaczynione przeszczepy kostne stosowane w leczeniu powikłań zrostu kostnego kości długich pochodzą:

- A. z II palca stopy.
B. z głowy kości udowej.
C. z obwodowej nasady kości udowej lub bliższej kości piszczelowej.
D. z części obwodowej kości promieniowej.
E. ze strzałki lub grzebienia talerza biodrowego.

Nr 88. Zespół ciasnoty powięziowej towarzyszący wieloodłamowemu złamaniu kości piszczelowej jest wskazaniem do:

- A. amputacji kończyny na wysokości stawu kolanowego.
B. elewacji kończyny i podania leków przeciwbólowych.
C. natychmiastowego nastawienia złamania kości i dalszej obserwacji.
D. natychmiastowej punkcji i zdrenowania wszystkich przedziałów powięziowych podudzia.
E. pilnej dermatofasciotomii i dekompresji przedziałów mięśniowych.

Nr 89. Który rodzaj panewek stawu biodrowego najczęściej ulega obluzowaniu?

- A. wkręcane, stożkowe porowate.
B. cementowane polietylenowe.
C. wkręcane stożkowe o gładkiej powierzchni.
D. sferyczne typu *press-fit*.
E. cementowane polietylenowe z metalowym tyłem.

Nr 90. Do czynników predysponujących do zwichnięć stawu biodrowego po endoprotezoplastyce należą:

- 1) złamanie krętarza dużego;
- 2) niewydolność mięśni pośladkowych: małego i średniego;
- 2) mały rozmiar głowy endoprotezy, poniżej 28 mm;
- 4) tylne dojście operacyjne do stawu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 91. W ocenie radiologicznej po endoprotezoplastyce bezcementowej stawu biodrowego zwraca się uwagę na:

- 1) stopień powiązania endoprotezy z tkanką kostną;
- 2) przestrzenne rozmieszczenie elementów endoprotezy;
- 3) sposób osadzenia endoprotezy;
- 4) wskaźnik korowo-trzonowy;
- 5) obecność skostnień okołostawowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 92. W przypadku stwierdzenia obluzowania endoprotezy stawu biodrowego:

- 1) wskazania do operacji rewizyjnej stawia lekarz;
- 2) we wskazaniach do operacji rewizyjnej kierujemy się opinią chorego;
- 3) operację należy przeprowadzić niezwłocznie po stwierdzeniu cech obluzowania implantu;
- 4) operacja rewizyjna wymaga dokładnego, indywidualnego planowania;
- 5) przed operacją należy wykluczyć proces zapalny okołoprotezowy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 93. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące rekonstrukcji panewki:

- 1) celem jest odtworzenie środka rotacji stawu w jego anatomicznym położeniu;
- 2) celem jest uzyskanie prawidłowej biomechaniki stawu;
- 3) celem jest przywrócenie strukturalnej integralności stawu;
- 4) celem jest uzyskanie stabilnego pierwotnego zamocowania przeszczepu;
- 5) do rekonstrukcji wtórnych panewek używa się jedynie implantów bezcementowych typu press-fit, które lepiej się wgajają.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 94. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące operacji z użyciem modułarnych trzpieni rewizyjnych stawu biodrowego:

- 1) powikłaniem może być infekcja po upływie 2-3 lat po operacji;
- 2) infekcje dotyczą ok. 30% operowanych chorych;
- 3) infekcje dotyczą nawet 50% operowanych chorych;
- 4) częstym problemem po tych operacjach jest niestabilność i zwichnięcia stawu biodrowego;
- 5) z zasady te trzpienie osadza się na cemencie kostnym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 95. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące postępowania w bardzo dużych ubytkach panewki stawu biodrowego:

- 1) możliwe jest zastosowanie alloprzeszczepu całej panewki;
- 2) w 45% przypadków po zastosowaniu alloprzeszczepu całej panewki konieczne są zabiegi rewizyjne;
- 3) najlepsze wyniki osiąga się kiedy przeszczep jest wzmocniony pierścieniem panewkowym;
- 4) operacje rekonstrukcyjne dużych ubytków panewki nie mają racji bytu z powodu złych odległych wyników;
- 5) nową alternatywą jest zastosowanie implantów *custom-made*.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 96. Które z poniższych zdań najlepiej opisuje metodę Ponsetiego dedykowaną leczeniu wrodzonej stopy końsko-szpotaowej?

- A.** metoda Ponsetiego to zakładanie redresyjnych opatrunków gipsowych i operacyjne przecięcie ścięgna Achillesa.
- B.** metoda Ponsetiego to kompleksowe leczenie wrodzonej stopy końsko-szpotaowej opatrunkami gipsowymi, przecięciem ścięgna Achillesa i konsekwentnym stosowaniem szyny odwodzącej (derotacyjnej) do rozpoczęcia chodzenia przez dziecko.
- C.** metoda Ponsetiego to kompleksowe leczenie wrodzonej stopy końsko-szpotaowej opatrunkami gipsowymi, przecięciem ścięgna Achillesa i konsekwentnym stosowaniem szyny odwodzącej (derotacyjnej) przez kilka lat.
- D.** metoda Ponsetiego to przecięcie ścięgna Achillesa, które ułatwia korekcję zniekształcenia końskiego stopy.
- E.** metoda Ponsetiego to leczenie wrodzonej stopy końsko-szpotaowej opatrunkami gipsowymi, tenotomią ścięgna Achillesa oraz stosowanie szyny Bebox.

Nr 97. Prawdziwą wrodzoną stopę płaską z pionowym ustawieniem kości skokowej (*congenital vertical talus, rocker bottom deformity*) różnicuje się ze stopą płaską wiotką lub statyczną ze skośnym ustawieniem kości skokowej (*talus verticalis, oblique talus*) na podstawie:

- A.** badania klinicznego.
- B.** badania radiologicznego stopy w pozycji stojącej w projekcji bocznej i oceny kąta pomiędzy osią kości skokowej i piszczelowej.
- C.** badania radiologicznego, w którym decydująca jest ocena osi kości skokowej i I kości śródstopia na radiogramie bocznym stopy w maksymalnym zgięciu podeszwowym.
- D.** badania radiologicznego stopy w projekcji grzbietowo-podeszwowej i bocznej.
- E.** oceny śródoperacyjnej, gdyż obu zniekształceń nie można zweryfikować badaniem klinicznym i radiologicznym.

Nr 98. Wrodzone nierozdzielenie kości stępu (koalicja):

- 1) jest bardzo rzadką wadą występującą z częstością poniżej 1/1000 w dorosłej populacji;
- 2) jest wadą wykrywaną przypadkowo podczas badania radiologicznego;
- 3) jest wadą powodującą najczęściej zniekształcenie koślawe stopy z towarzyszącym spazmem mięśni strzałkowych i bólem;
- 4) powoduje ograniczenie głównie ruchu supinacji, którego próba wymuszenia powoduje ból;
- 5) często ujawnia się po urazowym skręceniu stawu skokowo-goleniowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 99. Stopa płasko-koślawą statyczną u dzieci:

- 1) powinna być leczona wkładkami i ćwiczeniami ponieważ przetrwałe zniekształcenie będzie źródłem dolegliwości w dojrzałej stopie;
- 2) jest standardowo leczona operacyjnie implantem zakładanym do zatoki stępu;
- 3) nie powinna być leczona, jeśli nie sprawia dolegliwości, ponieważ jest zniekształceniem fizjologicznym związanym z wiotkością tkanki łącznej;
- 4) można ją leczyć operacyjnie, jeśli sprawia dolegliwości lub tworzy konflikt z obuwem.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 100. U dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową z towarzyszącym wodogłowie, niedowładami kończyn dolnych i zniekształceniami stóp leczenie powinno być prowadzone:

- A.** tylko przez ortopedę dziecięcego.
B. przez chirurga dziecięcego lub neurochirurga.
C. przez ortopedę dziecięcego i rehabilitanta.
D. rehabilitanta, ortopedę dziecięcego oraz chirurga dziecięcego lub neurochirurga.
E. tylko przez rehabilitanta lub fizjoterapeutę.

Nr 101. Wrodzona syndaktylia prosta palców stóp:

- A.** wymaga szybkiego rozdzielenia.
B. wymaga odroczonego rozdzielenia.
C. może być zbagatelizowana, ponieważ nie powoduje zaburzeń funkcji kończyny.
D. wymaga rozdzielenia ze względu na dolegliwości stóp podczas chodzenia.
E. wymaga rozdzielenia ze względu na fakt, że jest defektem kosmetycznym.

Nr 102. Leczenie przetrwałej, źle leczonej wrodzonej stopy końsko-szpotawej, ze wszystkimi elementami zniekształcenia, u kilkuletniego dziecka wymaga:

- A. stosowaniu obuwia ortopedycznego i łusek typu AFO, aby doczekać do wykonania potrójnej artrodezy stępu w wieku kilkunastu lat.
- B. systematycznej rehabilitacji w ośrodku rehabilitacyjnym.
- C. systematycznej rehabilitacji w warunkach domowych oraz noszenia obuwia ortopedycznego i spania w ortezach.
- D. ograniczonego ze względów naczyniowych leczenia operacyjnego w postaci tzw. uwolnienia tylnego.
- E. szybkiej operacji rekonstrukcyjnej obejmującej ścięgna, więzadła, torebki stawowe, a niekiedy układ kostny.

Nr 103. Niektóre dzieci rozpoczynają chodzenie w prawidłowym wieku, ale chodzą przez długi czas, niekiedy kilka lat, na palcach, co budzi niepokój rodziców. Ten sposób chodzenia jest związany najczęściej z wrodzonym skróceniem ścięgna Achillesa. Zadaniem ortopedy jest:

- 1) zebranie od rodziców wywiadu okołoporodowego i rozwojowego oraz ustalenie czy dziecko rozpoczęło chodzenie prawidłowo, a chód na palcach pojawił się później, czy też od samego początku dziecko rozpoczęło chodzenie na palcach;
- 2) wykonanie podstawowego badania neurologicznego;
- 3) skierowanie dziecka na operacyjne wydłużenie skróconych ścięgien;
- 4) wysłanie pacjenta do neurologa w przypadku podejrzenia o chorobę neurologiczną lub uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego;
- 5) podjęcie decyzji o operacyjnym wydłużeniu ścięgna Achillesa, w przypadku braku poprawy po kilkuletniej obserwacji nawet w przypadku braku stwierdzonego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 104. 71-letni chory zgłosił się na kontrolę do poradni ortopedycznej rok po endoprotezoplastyce stawu kolanowego z powodu dolegliwości bólowych przy ruchach stawu. Uraz kolana neguje. W badaniach laboratoryjnych wykonanych w izbie przyjęć w innym szpitalu uzyskano następujące wyniki: WBC = 9,1 tys/mm³; CRP = 5 mg/l; OB = 26 mm. Wynik posiewu płynu uzyskanego z punkcji stawu: ujemny, komórkowość prawidłowa. Jakie badanie należy zaproponować choremu w pierwszej kolejności celem dalszej diagnostyki?

- A. RTG sylwetkowy obu kończyn dolnych na stojąco w projekcji AP i bocznej.
- B. tomografię komputerową.
- C. scyntyografię leukocytarną.
- D. badanie interleukiny-6 w surowicy.
- E. badanie α -defensyny w płynie stawowym.

Nr 105. 68-letni chory zgłosił się na wcześniejszą wizytę kontrolną 21 dni po endoprotezoplastyce stawu kolanowego z powodu nasilenia dolegliwości bólowych operowanego stawu. W badaniu przedmiotowym stwierdzono zaczerwienienie okolicy blizny pooperacyjnej. Bez ograniczenia zakresu ruchomości operowanego stawu. W RTG: prawidłowe osadzenie implantu bez cech obluzowania. W badaniach laboratoryjnych: CRP = 46 mg/l; OB = 27 mm. Z płynu uzyskanego z punkcji stawu wyhodowano *Staphylococcus epidermidis*. Postępowaniem z wyboru u tego pacjenta będzie:

- A. rewizja stawu (czyszczenie, synowektomia, płukanie, drenaż ssący) i antybiotykoterapia celowana przez 6 tygodni.
- B. endoprotezoplastyka rewizyjna (czyszczenie stawu, synowektomia, wymiana wkładki polietylenowej, płukanie, drenaż ssący) i antybiotykoterapia celowana przez 6 tygodni.
- C. antybiotykoterapia empiryczna przez 7-10 dni a następnie powtórzenie badań laboratoryjnych i wykonanie punkcji stawu z posiewem.
- D. endoprotezoplastyka rewizyjna z implantacją spaceru stawowego i antybiotykoterapia celowana przez 6 tygodni.
- E. endoprotezoplastyka rewizyjna z jednoczasową wymianą wszystkich elementów endoprotezy i antybiotykoterapia celowana przez 6 tygodni.

Nr 106. Najczęstszym patogenem hodowanym z posiewów w przypadku infekcji okołoprotezowych jest:

- A. *Escherichia coli*.
- B. *Pseudomonas aeruginosa*.
- C. *Staphylococcus epidermidis*.
- D. *Enterococcus faecalis*.
- E. *Staphylococcus aureus*.

Nr 107. Najważniejszym czynnikiem zapobiegającym infekcjom okołoprotezowym jest:

- A. stosowanie nawiewu laminarnego i nieprzemakalnych fartuchów operacyjnych.
- B. stosowanie dwóch par rękawiczek przez chirurgów podczas operacji.
- C. zmniejszenie ruchu personelu medycznego w obrębie sali operacyjnej.
- D. stosowanie profilaktyki antybiotykowej.
- E. stosowanie nieprzemakalnego obłożenia i bakteriobójczej folii chirurgicznej.

Nr 108. Artrodeza stawu kolanowego jako leczenie zakażenia okołoprotezowego:

- 1) jest preferowaną metodą u chorych z upośledzeniem aparatu wyprostnego stawu kolanowego;
- 2) przy użyciu aparatu zewnętrznego ma lepszą skuteczność w stosunku do gwoździowania śródszpikowego;
- 3) przy użyciu gwoźdza śródszpikowego daje możliwość natychmiastowego, częściowego obciążania kończyny bez dodatkowego unieruchomienia;
- 4) jest mniej skuteczna niż próba realloplastyki z użyciem endoprotezy związanej;
- 5) ma lepszą prognozę zrostu w przypadku infekcji bakteriami Gram-dodatnimi niż w przypadku infekcji bakteriami Gram-ujemnymi.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 109. Który z antybiotyków nie jest zalecany w okołooperacyjnej profilaktyce antybiotykowej przy endoprotezoplastykach pierwotnych stawów biodrowych i kolanowych?

- A. cefazolina.
- B. ceftriakson.
- C. cefuroksym.
- D. klindamycyna.
- E. wankomycyna.

Nr 110. Zgodnie z zaleceniami dotyczącymi okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej przy endoprotezoplastykach dużych stawów kończyny dolnej:

- 1) podawanie antybiotyku należy przerwać po 24 godzinach od zakończenia operacji;
- 2) przy masie pacjenta powyżej 70 kg powinno się podwoić dawkę cefazoliny;
- 3) w przypadku stawu kolanowego należy podać całą dawkę przed zaciśnięciem opaski niedokrwiennej;
- 4) podawanie antybiotyku powinno być w każdym wypadku rozpoczęte na 30 minut przed rozpoczęciem operacji;
- 5) w przypadku alergii na antybiotyki β -laktamowe w każdym wypadku zaleca się podawanie klindamycyny.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 111. Ryzyko infekcji okołoprotezowej wzrasta u chorych z:

- 1) cukrzycą;
- 2) niedokrwistością sierpowatą;
- 3) próchnicą zębów;
- 4) łuszczycą;
- 5) reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 112. Realloplastyka dwuetapowa stawu biodrowego z powodu infekcji okołoprotezowej z zastosowaniem spaceru stawowego:

- 1) zapewnia lepszą skuteczność oczyszczenia stawu wskutek powtórnego chirurgicznego oczyszczenia tkanek miękkich;
- 2) powinna być wykonywana z użyciem endoprotezy cementowanej z powodu dodatkowego działania bakteriobójczego antybiotyku zawartego w cemencie kostnym;
- 3) pozwala zachować długość kończyny;
- 4) z powodu dobrych wyników odległych zmniejsza całkowite koszty leczenia, również te związane z powrotem chorego do pracy;
- 5) jest związana z niższym ryzykiem nawrotu infekcji.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 113. Jaki rodzaj zespolenia należy wykorzystać w stabilizacji złamania typu Galeazziego u dorosłych?

- A. druty Kirschnera.
- B. pręty Rusha.
- C. pętle drutu.
- D. płytę.
- E. stabilizator zewnętrzny.

Nr 114. Jakie obrażenia występują w urazowym kręgozmyku kręgu obrotowego – „złamanie wisielcze”?

- 1) złamanie obustronne łuków kręgu C2 z uszkodzeniem krążka międzykręgowego C2-C3;
- 2) złamanie obustronne łuków kręgu C3 ze złamaniem zęba kręgu obrotowego;
- 3) złamanie obustronne łuków kręgu C2 ze zwknięciem powierzchni stawowych C2-C3;
- 4) złamanie tylnej części trzonu C2 po jednej lub obu stronach;
- 5) złamanie zęba kręgu C2.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 115. Jaki zakres obrażeń jest bezwzględnym wskazaniem do pierwotnej amputacji kończyny?

- A. obrażenie typu IIIA lub IIIB według Gustillo-Andersona.
- B. złamanie otwarte z utratą kości > 4 cm.
- C. rozległy ubytek skóry ponad złamaniem kości.
- D. uszkodzenie mięśni obejmujące dwa przedziały.
- E. nienaprawialne uszkodzenie naczyń w niedokrwionej kończynie.

Nr 116. Jakie zmiany są przyczyną powstania zespołu ciasnoty przedziałów powięziowych?

- 1) leczenie hiperbaryczne tlenem;
- 2) obrażenie miejscowe kończyny;
- 3) uszkodzenie naczyń;
- 4) oparzenie kończyny;
- 5) żylakowatość kończyny dolnej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 117. Które postępowanie jest niewłaściwe przy chirurgicznym opracowaniu rany?

- A. płukanie niskociśnieniowe fizjologicznym roztworem soli.
- B. zastosowanie ciągłego niedokrwienia kończyny w czasie opracowania rany.
- C. usunięcie martwiczych fragmentów mięśni.
- D. usunięcie skóry do krwawiących brzegów.
- E. zszywanie rany skórnej bez napięcia.

Nr 118. Jakie efekty lecznicze, w obrażeniach narządu ruchu, daje stosowanie terapii podciśnieniowej?

- 1) pobudzenie angiogenezy;
- 2) pobudzenie regeneracji przerwanego nerwu;
- 3) przyspieszenie zrostu kości;
- 4) zmniejszenie obrzęku tkanek;
- 5) szybsze powstawanie ziarniny.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 119. Które z wymienionych leków wpływają niekorzystnie na zrost złamania kości?

- 1) inhibitory konwertazy angiotensyny;
- 2) niesteroidowe leki przeciwzapalne;
- 3) sympatykolityki;
- 4) antybiotyki z grupy tetracyklin;
- 5) bisfosfoniany.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 120. Jakie obrażenia występują przy złamaniach z tylnym zwichnięciem stawu łokciowego?

- 1) złamanie wyrostka dziobiastego;
- 2) złamanie głowy kości promieniowej;
- 3) uszkodzenie więzadła pobocznego;
- 4) złamanie wyrostka łokciowego;
- 5) złamanie nadkłykciowe kości ramiennej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Dziękujemy !