

- 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/eś, 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/eś 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 **3 godziny**. 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 2019

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

**Nr 1.** Pacjenci ze złamaniem bliższego końca kości udowej, jeśli pozwala na to stan ich zdrowia, powinni być poddani operacji:

- A. natychmiast.
- B. w ciągu 12 godzin od chwili przyjęcia.
- C. w ciągu 24 godzin od chwili przyjęcia.
- D. w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia.
- E. w ciągu 56 godzin od chwili przyjęcia.

**Nr 2.** Każdy chory ze złamaniemiskoenergetycznym powinien:

- 1) być operowany;
- 2) otrzymać suplementację wapniem i witaminą D;
- 3) być objęty programem prewencji upadków;
- 4) otrzymać lek antyresorpcyjny.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 3.** Niedobór witaminy D powoduje:

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

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3,4,5.      B. 1,2,3,4,6.      C. 1,2,3,4,7.      D. 2,3,4,5,6.      E. 2,3,4,5,7.

**Nr 4.** U 72-letniej chorej, wygięcie płyty stabilizującej złamanie okołoprotezowe trzonu kości udowej na wysokości szczytu trzpienia endoprotezy stawu biodrowego (typu C wg klasyfikacji Vancouver) o wartości 35 stopni na kontrolnym Rtg wykonanym w szóstym miesiącu po wykonaniu zespolenia, wymaga:

- A. unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym przez okres odpowiednio długi dla wystąpienia zrostu kostnego.
- B. wstrzyknięcie autogenego osocza bogatopłytkowego (PRP) dla stymulacji zrostu kostnego oraz okresowego odciążenia kończyny.
- C. miejscowego użycia czynników wzrostu (BMP-2/BMP-4) stymulujących zrost kostny.
- D. wymiany zespolenia na analogiczne zespolenie jak użyte pierwotnie.
- E. wymiany endoprotezy na długotrzpieniową protezę rewizyjną.

**Nr 5.** U pacjenta z osteopenią stwierdzono w badaniach laboratoryjnych: wapń i fosforany w surowicy w normie; znacznie zwiększony poziom fosfatazy alkalicznej w surowicy, hydroksyprolina w moczu. Wskaż najbardziej prawdopodobne rozpoznanie:

- A. osteomalacja.
- B. osteoporoza.
- C. nadczynność przytarczyc.
- D. osteodystrofia nerkowa.
- E. choroba Pageta.

**Nr 6.** W technice chirurgicznego zwichnięcia stawu biodrowego opracowanej przez Ganza:

- 1) potrzebne jest czasowe odcięcie krętarza większego k. udowej;
- 2) kluczowe jest zachowanie ukrwienia głowy k. udowej;
- 3) możliwa jest wizualizacja panewki i obróbka stawowego;
- 4) konieczna jest osteotomia szyjki kości udowej;
- 5) konieczne jest wycięcie więzadła głowy kości udowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 7.** Złamanie otwarte z rozległym ubytkiem tkanek miękkich z uszkodzeniem okostnej i odsłonięciem kości, ale bez uszkodzenia naczyń wymagającego chirurgicznej naprawy to według Gustilo i Andersona typ:

- A.** I.      **B.** II.      **C.** IIIA.      **D.** IIIB.      **E.** IIIC.

**Nr 8.** Zespolenie złamanego wyrostka łokciowego techniką poprzęgu wymaga użycia implantów o odpowiednich parametrach. Są to:

- A.** druty Kirschnera 1,0 – 1,5 mm, drut do cerkłażu 1,0 mm.  
**B.** druty Kirschnera 1,5 – 2,0 mm, drut do cerkłażu 1,0 mm.  
**C.** druty Kirschnera 1,5 – 2,0 mm, drut do cerkłażu 1,5 mm.  
**D.** druty Kirschnera 2,0 – 2,5 mm, drut do cerkłażu 1,5 mm.  
**E.** druty Kirschnera 2,0 – 2,5 mm, drut do cerkłażu 2,0 mm.

**Nr 9.** Dojściem operacyjnym używanym w przypadku urazowego uszkodzenia stożka rotatorów jest dojście przez mięsień naramienny. Zbyt rozległe preparowanie może jednak prowadzić do uszkodzenia:

- A.** tętnicy pachowej.      **D.** nerwu pachowego.  
**B.** splotu ramiennej.      **E.** nerwu nadgrzebieniowego.  
**C.** tętnicy ramiennej.

**Nr 10.** Zjawisko „*stress-shielding*” polega na:

- A.** spadku gęstości mineralnej w części bliższej kości udowej wskutek zmniejszenia jej obciążeń po wprowadzeniu trzpienia protezy i przenoszenia obciążeń bezpośrednio do jej części dalszej, któremu towarzyszy wzrost gęstości mineralnej.  
**B.** wzroście gęstości mineralnej w części bliższej kości udowej wskutek zmniejszenia jej obciążeń po wprowadzeniu trzpienia protezy i przenoszenia obciążeń bezpośrednio do jej części dalszej, któremu towarzyszy zmniejszenie gęstości mineralnej.  
**C.** spadku gęstości mineralnej w części dalszej kości udowej wskutek zwiększenia jej obciążeń po wprowadzeniu trzpienia protezy i przenoszenia obciążeń bezpośrednio do jej części dalszej.  
**D.** wzroście gęstości mineralnej w części dalszej kości udowej wskutek zwiększenia jej obciążeń po wprowadzeniu trzpienia protezy i przenoszenia obciążeń bezpośrednio do jej części dalszej.  
**E.** żadnym z wymienionych.

**Nr 11.** Paprosky i wsp. opracowali system klasyfikacji oparty na przedoperacyjnych rentgenogramach oraz wynikach badań śródoperacyjnych, w którym podział na grupy opiera się na położeniu panewki endoprotezy względem panewki kostnej oraz na ocenie stanu tkanki kostnej na podstawie anatomicznych punktów odniesienia. Wg tej klasyfikacji migracja górno-przyśrodkowa panewki nieprzekraczająca 2 cm wskazuje na stopień:

**A.** III A.      **B.** II A.      **C.** III B.      **D.** II B.      **E.** żaden z wymienionych.

**Nr 12.** Większość zakażeń okołoprotezowych jest wywołana przez:

**A.** bakterie Gram-dodatnie, szczególnie gronkowce koagulazoujemne i gronkowca złocistego.

**B.** bakterie Gram-dodatnie, *Pseudomonas*, *Klebsiella*.

**C.** *Escherichia coli*, streptokoki beztlenowe, enterokoki.

**D.** *Pseudomonas*, gronkowca złocistego.

**E.** *Klebsiella*, *Acinetobacter*, bakterie Gram-dodatnie.

**Nr 13.** Uszereguj występujące od najczęstszych do najrzadszych powikłania po przebytej alloplastyce biodra:

**A.** obluzowanie aseptyczne, zwichnięcie, złamanie okołoprotezowe, infekcja.

**B.** zwichnięcie, złamanie okołoprotezowe, obluzowanie aseptyczne, infekcja.

**C.** zwichnięcie, obluzowanie aseptyczne, złamanie okołoprotezowe, infekcja.

**D.** obluzowanie aseptyczne, zwichnięcie, infekcja, złamanie okołoprotezowe.

**E.** zwichnięcie, złamanie okołoprotezowe, infekcja, obluzowanie aseptyczne.

**Nr 14.** W trakcie operacji rewizyjnej stawu biodrowego, wskazane jest śródoperacyjne podanie dodatkowej dawki antybiotyku, jeśli czas trwania operacji jedno - lub dwukrotnie przekracza czas półtrwania antybiotyku albo obserwuje się znaczną utratę krwi podczas operacji. Wytyczne dotyczące stosowania cefazoliny to:

**A.** co 2-5 h.      **B.** co 3-4 h.      **C.** co 3-6 h.      **D.** co 6-12 h.      **E.** co 8-12 h.

**Nr 15.** Boczne podwichnięcie rzepki po alloplastyce stawu kolanowego może być spowodowane:

**A.** rotacją wewnętrzną elementu piszczelowego.

**B.** rotacją wewnętrzną elementu udowego.

**C.** przesunięciem elementu udowego przyśrodkowo.

**D.** prawdziwe są odpowiedzi A,B.

**E.** prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.

**Nr 16.** Ostateczna funkcjonalność protezy stawu kolanowego po wygojeniu się złamania okołoprotezowego zależy od:

**A.** przywrócenia osi kończyny.

**B.** ustawienia implantów.

**C.** prawidłowego funkcjonowania mechanizmu wyprostnego stawu.

**D.** zachowania połączenia implantów z kością i wczesnego włączenia ruchów w stawie.

**E.** wszystkich powyższych.

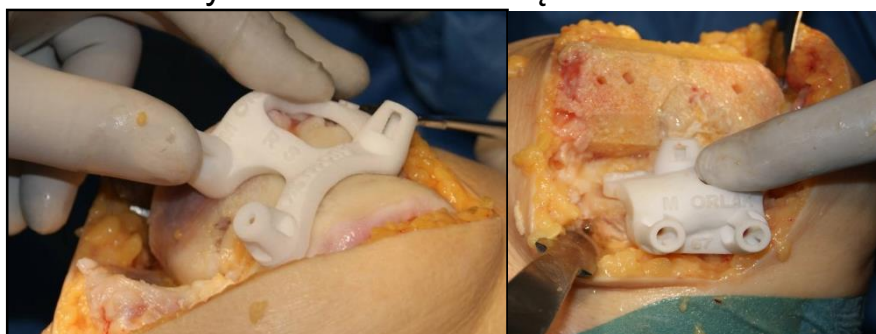
**Nr 17.** Wskaż **falszywe** stwierdzenia dotyczące deformacji koślawej stawu kolanowego:

- 1) występuje często u pacjentów z RZS;
- 2) występuje u pacjentów z hipoplazją kłykcia bocznego kości udowej;
- 3) jest najczęściej występującą deformacją w chorobie zwyrodnieniowej stawu kolanowego;
- 4) występuje u pacjentów z hipoplazją kłykcia przyśrodkowego kości udowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 18.** Na rycinach widoczne są:



- A. elementy balansatora stawu kolanowego.  
B. elementy spaceru stawu kolanowego.  
C. elementy próbnego endoprotezy stawu kolanowego.  
D. elementy systemu pozycjonowania implantów stawu kolanowego wykonane indywidualnie dla pacjenta.  
E. elementy systemu przymiarowania z zastosowaniem nawigacji komputerowej.

**Nr 19.** Do czynników ryzyka złamania nadkłykciowego kości udowej po endoprotezoplastyce stawu kolanowego **nie należy**:

- A. wcięcie w przednią warstwę korową (*notching*).      D. płeć męska.  
B. osteoporoza.      E. zaburzenia neurologiczne.  
C. RZS.

**Nr 20.** Podczas operacji rewizyjnej stawu kolanowego:

- 1) najlepiej usunąć najpierw element udowy, ponieważ pozwala to na lepsze odsłonięcie elementu piszczelowego;
- 2) element rzepkowy endoprotezy należy usunąć, jeśli występują cechy jego zużycia lub obluzowania;
- 3) element rzepkowy należy w każdym przypadku pozostawić, ponieważ jego usunięcie często prowadzi do złamania rzepki lub obluzowania się nowego elementu;
- 4) w protezach cementowanych należy przykładać osteotom do połączenia implant-cement;
- 5) w protezach cementowanych należy przykładać osteotom do połączenia cement-kość.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 21.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia:

- 1) rewizja protez jednoprzedziałowych do całkowitej endoprotezoplastyki stawu kolanowego wiąże się z mniejszą trwałością w stosunku do pierwotnej całkowitej endoprotezoplastyki;
- 2) rewizja protez jednoprzedziałowych do całkowitej endoprotezoplastyki stawu kolanowego wiąże się z większą trwałością w stosunku do pierwotnej całkowitej endoprotezoplastyki;
- 3) nie zaobserwowano różnic pod względem przeżywalności implantu pomiędzy konwersją protez jednoprzedziałowych do całkowitej endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz pierwotną alloplastyką stawu kolanowego;
- 4) zastosowanie protez jednoprzedziałowych stawu kolanowego pozwala na osiągnięcie bardziej zbliżonego do normalnego stanu stawu kolanowego po krótszym okresie rehabilitacji;
- 5) alloplastyka całkowita stawu kolanowego pozwala na osiągnięcie bardziej zbliżonego do normalnego stanu stawu kolanowego po krótszym okresie rehabilitacji w stosunku do alloplastyki jednoprzedziałowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 22.** Proteza zawiasowa kolana znajduje zastosowanie w przypadku:

- A.** rozległej niewydolności więzadłowej.  
**B.** dużej różnicy w wielkości szpary stawowej w zgięciu i wyproście.  
**C.** kolana tyłowygiętego.  
**D.** deformacji o podłożu neurologicznym.  
**E.** wszystkich powyższych.

**Nr 23.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące chrzęstniaka (*chondroma*):

- 1) charakterystycznym objawem radiologicznym zmiany jest uwypuklenie wyniosłości kostnej na zewnętrznej powierzchni kości, rosnącej na szerszej lub węższej szypule;
- 2) najczęstszą lokalizacją guza są kości śródręcza, śródstopia i paliczków;
- 3) typowy wiek rozpoznania zmiany to wiek pomiędzy 10. a 15. r.ż;
- 4) zmiana bardzo często umiejscowiona jest w obrębie obręczy barkowej lub biodrowej;
- 5) charakterystycznym objawem są bóle nasilające się w nocy, a często łagodzą je pochodne kw. salicylowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 24.** Choroba Olliera charakteryzuje się występowaniem licznych:

- A.** chrzęstniaków wewnątrzkościowych.                    **D.** wysp kostnych.  
**B.** wyrośli chrzęstno-kostnych.                    **E.** naczynek krwionośnych  
**C.** kostniaków kostnowych.                    śródkostnych.

**Nr 25.** Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące kostniakochrzęstniaka (*osteochondroma*):

- A. jest wyniosłością kostną umiejscowioną na zewnętrznej powierzchni kości, pokrytą warstwą chrzęstną.
- B. najczęściej dotyczy pacjentów w wieku pomiędzy 10. a 20. rokiem życia.
- C. guz występuje najczęściej w okolicy przynasad kości długich.
- D. guz usuwa się operacyjnie wraz z pokrywającą go torebką oraz częścią kości z której wyrasta.
- E. jest to guz najczęściej zlokalizowany w kanale szpikowym kości.

**Nr 26.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące guza olbrzymiokomórkowego kości:

- 1) guz olbrzymiokomórkowy ma postać jedynie łagodną;
- 2) występuje najczęściej pomiędzy 20. a 40. rokiem życia;
- 3) zajmuje najczęściej końce kości długich;
- 4) zajmuje najczęściej trzony kości długich;
- 5) u chorych nie występują złamania patologiczne.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 27.** Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące dysplazji włóknistej:

- A. to choroba uwarunkowana genetycznie.
- B. może być przyczyną złamań patologicznych.
- C. postać wielogniskowa może ulegać transformacji złośliwej.
- D. cechą charakterystyczną w RTG jest ognisko lityczne o wyglądzie matowego szkła.
- E. występuje tylko w kościach śródręcza.

**Nr 28.** W przypadku wykonywania alloplastyki stawu biodrowego w tzw. biodrze protruzyjnym, po zabiegu należy się liczyć z:

- A. zmniejszeniem zakresu ruchów w stawie biodrowym.
- B. wydłużeniem operowanej kończyny.
- C. skróceniem operowanej kończyny.
- D. zwiększonym ryzykiem zwichnięcia stawu biodrowego.
- E. zwiększonym ryzykiem infekcji pooperacyjnej.

**Nr 29.** Klasyfikacja Brookera dotyczy:

- A. dysplastycznego biodra.
- B. kostnienia pozaszkieletowego.
- C. złamań okołoprotezowych trzonu kości udowej.
- D. złamań okołoprotezowych w obrębie panewki.
- E. infekcji pooperacyjnej.

**Nr 30.** Poniższy radiogram przedstawia:



- A. zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego na tle przebytej choroby Legg-Calve-Perthesa.
- 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 31.** Klasyfikacja CROWE służy do oceny:

- A. stopnia przemieszczenia głowy kości udowej w koksartrozie dysplastycznej.
- B. złamań okołoprotezowych trzonu kości udowej.
- C. stopnia migracji trzpienia endoprotezy w obluzowaniach aseptycznych.
- D. stopnia migracji panewki endoprotezy w obluzowaniach aseptycznych.
- E. stopnia protruzji głowy kości udowej w stosunku do panewki.

**Nr 32.** W przypadku złamania okołoprotezowego trzonu kości udowej po alloplastyce stawu biodrowego typ B1 wg klasyfikacji VANCOUVER, należy:

- A. zespolić kość udową i w każdym przypadku wymienić trzpień endoprotezy.
- B. zespolić kość udową bez wymiany trzpienia endoprotezy.
- C. unieruchomić pacjenta w opatrunku gipsowym biodrowym.
- D. zaopatrzyć chorego w ortezę stawu biodrowego.
- E. prowadzić obserwację.



**Nr 33.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące badania radiologicznego w skoliozie:

- 1) kręgi krańcowe (graniczne) są to kręgi ograniczające łuk skrzywienia, najmniej nachylone w stosunku do poziomu i maksymalnie zniekształcone torsyjnie, z największą w łuku rotacją osiową;
- 2) metoda Perdriolle'a służy do oceny dojrzałości kostnej kręgosłupa obok testu Rissera;
- 3) kręgi krańcowe (graniczne) są to kręgi ograniczające łuk skrzywienia, najbardziej nachylone w stosunku do poziomu i najmniej zniekształcone torsyjnie, ze znikomą (lub zerową) rotacją osiową;
- 4) szczególną formą oceny wieku kostnego jest test Rissera, pozwala na śledzenie okresu pokwitaniowego skoku wzrostowego kręgosłupa;
- 5) szczególną formą oceny wieku kostnego jest test RVAD, pozwala na śledzenie okresu pokwitaniowego skoku wzrostowego kręgosłupa.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 34.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia operacyjnego w kręgoszczelinie i kręgozmyku:

- 1) odbarczenie korzeni nerwowych bywa dodatkowym elementem operacji w przypadku blizn łącznotkankowych lub wewnątrzkanałowych progów kostnych;
- 2) w kręgozmykach I i II stopnia leczenie operacyjne polegające na resekcji przemieszczonego kręgu L5 ze stabilizacją na śrubach przeznasadowych jest techniką podstawową;
- 3) wskazania do leczenia operacyjnego to: ubytkowe objawy neurologiczne, stałe dolegliwości bólowe, postępujące ześlizgi u dzieci i młodzieży z kręgozmykiem dysplastycznym;
- 4) wskazaniem do leczenia operacyjnego jest dodatni objaw Adamsa podczas badania fizykalnego oraz powyżej 75% ześlizgu w obrazie rtg;
- 5) rekonstrukcja węziny jest techniką z wyboru w leczeniu kręgozmyków dużego stopnia i spondyloptozy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 35.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące porażennego skrzywienia kręgosłupa:

- A.** występuje w następstwie wad wrodzonych kręgosłupa pod postacią półkręgów i kręgów motyli.
- B.** skolioza porażenna jest podtypem skoliozy idiopatycznej - tak nazywane są skrzywienia które w odcinku piersiowym przekraczają 90 stopni.
- C.** skolioza porażenna występuje między innymi w rdzeniowym zaniku mięśni, w dystrofiach mięśniowych czy też w przepuklinie oponowo-rdzeniowej.
- D.** skolioza porażenna występuje od urodzenia, jest następstwem wad wrodzonych pod postacią płytki bocznej lub półkręgu i nie progresuje w okresie wzrostu dziecka.
- E.** skolioza porażenna jest podtypem skoliozy idiopatycznej – tak nazywane są skrzywienia, które pojawiają się przed 3. rokiem życia.

**Nr 36.** Skolioza w nerwiakowłókniakowatości (chorobie Recklinghausena):

- A. występuje z taką samą częstotliwością jak w całej populacji.
- B. występuje u około 50% chorych; występują dwa typy skrzywień: skolioza o morfologii skoliozy idiopatycznej oraz skolioza dystroficzna z krótkim, ostrym łukiem skrzywienia.
- C. występuje u około 10% chorych; a jej morfologia zbliżona jest do skoliozy porażennej w dystrofii mięśniowej z długim łukiem piersiowo-lędźwiowym typu litery C.
- D. występuje prawie u wszystkich chorych, typowo jako skolioza dystroficzna z charakterystycznym krótkim, ostrym łukiem skrzywienia i zwiększoną kifozą.
- E. występuje u około 90% chorych, a jej morfologia jest typowa z lordozą piersiową i skośnym ustawieniem miednicy.

**Nr 37.** Wykonując artrodezę stawu skokowo-goleniowego jednym z najważniejszych elementów jest prawidłowe ustawienie. Prawidłowe ustawienie to:

- A. neutralne zgięcie grzbietowe, 5 stopni szpotawości, 5 stopni rotacji wewnętrznej.
- B. neutralne zgięcie grzbietowe, 5 stopni koślawości, 5 stopni rotacji zewnętrznej lub takiej jak w stopie przeciwnej.
- C. neutralne zgięcie grzbietowe, 5 stopni koślawości, 5 stopni rotacji wewnętrznej.
- D. 10 stopni zgięcia grzbietowego, 5 stopni szpotawości, 5 stopni rotacji zewnętrznej lub takiej jak w stopie przeciwnej.
- E. 10 stopni zgięcia podszwowego, 5 stopni szpotawości, 5 stopni rotacji zewnętrznej lub takiej jak w stopie przeciwnej.

**Nr 38.** 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 stwierdzono: kąt koślawości palucha 28 stopni, kąt intermetatarsalny I-II 13 stopni, podwichnięcie boczne trzyczek, podwichnięcie boczne palucha w stawie śródstopno-palcowym I, kąt koślawości międzypaliczkowej palucha 18 stopni, kąt nachylenia dystalnej powierzchni stawowej głowy I kości śródstopia 15 stopni, brak zmian zwyrodnieniowych stawu śródstopno-palcowego I. Pacjentkę należy zakwalifikować do:

- A. korekcji operacyjnej: uwolnienie boczne, osteotomia podgłowowa I kości śródstopia typu chevron, osteotomia Akin paliczka podstawnego palucha.
- 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. leczenia zachowawczego, nie kwalifikuje się do leczenia operacyjnego.
- E. korekcji operacyjnej: osteotomia proksymalna I kości śródstopia „otwartego kąta” ze stabilizacją płytą z rozpórką.

**Nr 39.** Wskazania do operacyjnego zespolenia złamania tylnego brzegu piszczeli to:

- 1) złamanie obejmujące powyżej 1/4 powierzchni stawowej;
- 2) przemieszczenie odłamów powyżej 2 mm;
- 3) utrzymujące się tylne podwichnięcie kości skokowej;
- 4) złamanie nieprzemieszczone.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 40.** Częścią składową łuku podłużnego zewnętrznego stopy jest:

- 1) guz piętowy;
- 2) kość łódkowata;
- 3) kość sześcienna;
- 4) piąta kość śródstopia;
- 5) paliczek bliższy palca V.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 41.** Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące hemimelii strzałkowej:

- A.** jest to wada ubytkowa związana z całkowitym brakiem lub częściowym niedorozwojem kości strzałkowej.
- B.** w hemimelii strzałkowej zawsze obserwuje się brak bocznych promieni stopy.
- C.** hemimelii strzałkowej może towarzyszyć niedorozwój więzadeł krzyżowych i wynikająca z tego niestabilność stawu kolanowego.
- D.** hemimelia strzałkowa jest wrodzoną wadą ubytkową występującą częściej niż hemimelia piszczelowa.
- E.** wada ta występuje częściej jednostronnie niż obustronnie.

**Nr 42.** Wskaż falszywe stwierdzenia dotyczące koalicji kości stępu:

- 1) może mieć charakter włóknisty, chrzęstny lub kostny;
- 2) dotyczy zawsze tylko kości skokowej i piętowej;
- 3) jej objawy ujawniają się zawsze w pierwszym roku życia i można je potwierdzić na podstawie badania rentgenowskiego;
- 4) ogranicza ruchy pro- i supinacji stępu po uzyskaniu dojrzałości szkieletowej;
- 5) jest zawsze bezobjawowa, jeśli chodzi o dolegliwości bólowe.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 43.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące wrodzonej stopy piętowej:

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

**Nr 44.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące wrodzonego niedorozwoju bliższego końca kości udowej:

- A. ponad 50% chorych z tą wadą ma jednocześnie nerwiakowłóknikowatość.
- B. wada ta ujawnia się zawsze dopiero po rozpoczęciu chodzenia.
- C. wadzie tej może towarzyszyć niedorozwój lub brak więzadeł krzyżowych kolana.
- D. skrócenie uda kompensowane jest naturalnie przez wydłużenie goleni.
- E. czynnikiem ryzyka jej występowania jest makrosomia płodu.

**Nr 45.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące wrodzonego stawu rzekomego kości piszczelowej:

- A. jest najczęściej występującą wadą ubytkową goleni.
- B. po unieruchomieniu w opatrunku gipsowym udowym ponad 90% przypadków goi się samoistnie przed rozpoczęciem chodzenia.
- C. cechuje się wygięciem goleni, gdzie szczyt wygięcia skierowany jest ku tyłowi.
- D. występuje z reguły na granicy 1/3 środkowej i dalszej kości piszczelowej.
- E. towarzyszą mu wrodzone ubytki kostne w obrębie stopy.

**Nr 46.** Stadium fragmentacji opisane w chorobie Perthesa przez Reinberga:

- A. obejmuje okres, w którym dochodzi do fizycznego wydzielania się fragmentów chrzęstno-kostnych w obrębie nasady głowy kości udowej, co grozi obecnością ciał wolnych lub półwolnych w jamie stawowej.
- B. jest pierwszym okresem w trakcie przebiegu jałowej martwicy głowy kości udowej i wymaga potwierdzenia w badaniu tomografii komputerowej.
- C. jest jednym z czynników ryzyka, na których oparta jest klasyfikacja Catteralla.
- D. obejmuje zawsze całą szerokość nasady bliższej kości udowej w projekcji przednio-tylnej.
- E. to faza choroby, w której w obrazach rentgenowskich widać pola kondensacji i rozrzedzenia struktury kostnej.

**Nr 47.** Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące choroby Perthesa:

- A. w większości przypadków jest jednostronna.
- B. występuje częściej u dziewcząt.
- C. jest jałową martwicą bliższego końca kości udowej.
- D. zmiany radiologiczne występujące w tej chorobie opisane zostały w klasyfikacji wg Herringa.
- E. szczyt występowania choroby to pierwsza dekada życia.

**Nr 48.** Klasyfikacja wg Herringa:

- A. jest klasyfikacją opisującą zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego.
- B. określa typ deformacji bliższego końca kości udowej w obrazie rentgenowskim po zakończeniu choroby.
- C. oparta jest na rozległości szczeliny złamania podchrzęstnego w obrazie rentgenowskim.
- D. bazuje na jednym kryterium radiologicznym – wysokości tzw. bocznej kolumny głowy kości udowej.
- E. określa ilość wysięku w stawie biodrowym w badaniu ultrasonograficznym.

**Nr 49.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące hemimelii strzałkowej:

- A. jest najczęstszą wrodzoną wadą ubytkową w obrębie kończyn dolnych.
- B. obserwuje się współwystępowanie tej wady z nerwiakowłókniakowatością typu I.
- C. najczęstszą współistniejącą deformacją stopy jest ustawienie końsko-szpotałe.
- D. wada ta jest zawsze obustronna.
- E. podobnie jak strzałkowy zanik mięśni, objawy pojawiają się w drugiej dekadzie życia.

**Nr 50.** Co nie jest elementem definicji skoliozy idiopatycznej?

- A. kąt rotacji tułowia wynoszący co najmniej 7°.
- B. nieznaną etiologią.
- C. trójpłaszczyznowy 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 51.** Test Rissera służy do oceny:

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

**Nr 52.** Wskazaniami do rozpoczęcia leczenia gorsetowego skoliozy idiopatycznej młodzieńczej są:

- 1) progresja skoliozy;
- 2) wartości kąta Cobba przekraczające 20-25°;
- 3) kąt rotacji tułowia mierzony skoliometrem wynoszący 7°;
- 4) test Rissera: 5;
- 5) test Rissera: 1.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 53.** 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°;
- 4) test Rissera: 5;
- 5) zmniejszona kifoza piersiowa.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 54.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące klasyfikacji Lenkego:

- 1) dotyczy skolioz idiopatycznych;
- 2) dotyczy skolioz nerwowo-mięśniowych;
- 3) dotyczy skolioz wrodzonych
- 4) jest klasyfikacją opartą na analizie radiogramów kręgosłupa;
- 5) uwzględnia płaszczyznę poprzeczną kręgosłupa.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 55.** Do charakterystycznych objawów podmiotowych lub przedmiotowych patologii widocznej na radiogramach należą:



- 1) dolegliwości bólowe zlokalizowane w okolicy stawu biodrowego;
- 2) dolegliwości bólowe zlokalizowane w okolicy stawu kolanowego;
- 3) gorączka;
- 4) objaw Drehmanna;
- 5) objaw Ortolaniego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 56.** Charakterystycznym objawem radiologicznym młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej jest:

- A. objaw Gage.
- B. poziomy przebieg chrząstki wzrostowej.
- C. objaw Ortolaniego.
- D. linia złamania podchrzęstnego.
- E. objaw Capenera-Durbina.

**Nr 57.** Do czynników ryzyka wystąpienia chondrolizy w przebiegu młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej należą:

- 1) unieruchomienie stawu biodrowego w opatrunku gipsowym;
- 2) penetracja implantów do stawu biodrowego;
- 3) rasa czarna;
- 4) obustronne młodzieńcze złuszczenie głowy kości udowej;
- 5) typ ostry złuszczenia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 58.** Na jakim poziomie przebiega linia amputacji kończyny dolnej według Syme'a?

- A. przez kości śródstopia.
- B. przez staw piętowo - skokowy.
- C. przez dalszą część kości piszczelowej i strzałkowej.
- D. przez staw Choparta.
- E. przez staw Lisfranca.

**Nr 59.** Przyczyną powstania zespołu ciasnoty przedziałów powięziowych nie jest:

- A. leczenie hiperbaryczne tlenem.
- B. obrażenie miejscowe.
- C. uszkodzenie naczyńiowe.
- D. oparzenie.
- E. nadmierny wysiłek mięśni.

**Nr 60.** Które z wymienionych złamań kości u dzieci są najczęściej wskazaniem do leczenia operacyjnego?

- 1) złamanie trzonu kości ramiennej;
- 2) złamanie kłykcia bocznego kości ramiennej;
- 3) złamanie trzonu obojczyka;
- 4) złamanie szyjki kości udowej;
- 5) złamanie przynasady dalszej kości piszczelowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 61.** Jakie obrażenie współistniejące, w przypadkach wskazań do stabilizacji złamania trzonu kości ramiennej, nie wymaga jednoczasowego leczenia operacyjnego?

- A. złamanie śródstawowe stawu ramiennego.
- B. złamanie kości przedramienia.
- C. złamanie kości ramiennych obu kończyn.
- D. mnogie obrażenia ciała.
- E. odtworzenie pourazowego ubytku pnia nerwu promieniowego.

**Nr 62.** Jakie sposoby postępowania są właściwe w leczeniu chorego z rozpoznaniem zgorzeli gazowej?

- 1) chirurgiczne usunięcie martwych, zniszczonych i zakażonych tkanek (débridement);
- 2) antybiotykoterapia;
- 3) leczenie w komorze hiperbarycznej;
- 4) wstrzyknięcie poliwalentnej anatoksyny;
- 5) wczesna, operacyjna, wewnętrzna stabilizacja złamań.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 63.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące ostrego zespołu ciasnoty powięziowej:

- 1) najczęściej występuje w obrębie uda;
- 2) najczęstszymi przyczynami są obrażenia mechaniczne;
- 3) współistniejące obrażenia naczyń nie mają żadnego wpływu na wystąpienie zespołu ciasnoty;
- 4) czynnikiem ryzyka wystąpienia zespołu ciasnoty jest stosowanie leków przeciwzakrzepowych;
- 5) najważniejszym objawem zespołu ciasnoty powięziowej jest ból.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 64.** Wskaż falszywe stwierdzenia dotyczące ostrego uszkodzenia ścięgna Achillesa:

- 1) uszkodzenia ścięgnistego aparatu wyprostnego stawu kolanowego są częstsze niż uszkodzenie ścięgna Achillesa;
- 2) najczęściej występuje w grupie wiekowej pomiędzy 50 a 60 r.ż.;
- 3) u chorych z ostrym uszkodzeniem ścięgna Achillesa ryzyko uszkodzenia po stronie przeciwnej jest wielokrotnie większe;
- 4) rozpoznanie uszkodzenia opiera się na palpacyjnym stwierdzeniu ubytku w przebiegu ścięgna i niemożności wspięcia się na palcach;
- 5) do uszkodzenia najczęściej dochodzi w wyniku urazu bezpośredniego gdy ścięgno jest napięte.

Prawidłowa odpowiedź to:

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



**Nr 65.** Najczęstsze przyczyny ubytków panewki stawu biodrowego mogące stanowić podstawę do operacji rewizyjnej to:

- 1) ubytek zrębu kostnego spowodowany osteolizą;
- 2) ubytek zrębu kostnego spowodowany infekcją tkanki kostnej;
- 3) nadmierna resekcji kości w trakcie pierwotnej operacji;
- 4) ubytek kostny, który nie został zrekonstruowany w czasie pierwotnej operacji;
- 5) torbiel kostna nadpanewkowa.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 66.** Błędy techniki operacyjnej mające wpływ na obluzowanie się trzpienia cementowanego endoprotezy stawu biodrowego to:

- 1) podawanie cementu w kilku porcjach;
- 2) acentralne ułożenie trzpienia w kanale udowym;
- 3) koślawe ustawianie trzpienia celem uzyskania lepszego zakotwiczenia mechanicznego;
- 4) pozostawienie pustych przestrzeni w obrębie cementu;
- 5) usunięcie całej kości gąbczastej z kanału udowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 67.** O obluzowaniu elementu udowego endoprotezy stawu biodrowego może świadczyć:

- 1) radioprzezierność pomiędzy mankietem cementu a otaczającą kością;
- 2) osiadanie trzpienia z otaczającym cementem lub bez;
- 3) szpotawe przemieszczenie trzpienia;
- 4) fragmentacja płaszcza cementowego;
- 5) złamanie trzpienia w 1/3 dalszej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 68.** W przypadku planowania realoplastyki stawu biodrowego po zakażeniu okołoprotezowym, należy przy podejmowaniu decyzji uwzględnić:

- 1) ograniczenia funkcjonalne chorego;
- 2) rodzaj drobnoustrojów;
- 3) skuteczność chirurgicznego oczyszczenia łóżyska kostnego;
- 4) wyleczenie miejscowych i odległych miejsc infekcji;
- 5) poglądy chorego na celowość operacji.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 69.** Reimplantacja dwuetapowa po septycznym obluzowaniu endoprotezy biodra:

- 1) zapewnia lepsze chirurgiczne oczyszczenie tkanek;
- 2) zapewnia dokładniejszą identyfikację czynnika sprawczego;
- 3) zapewnia wykonanie badania pod kątem przetrwałych ognisk infekcji;
- 4) zapewnia możliwość eradykacji odległych ognisk infekcji;
- 5) zmniejsza ryzyko nawrotu infekcji.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 70.** Istotny wpływ na aseptyczne obluzowanie endoprotezy stawu biodrowego mogą mieć następujące czynniki:

- 1) nadwaga;
- 2) oderwanie krętarza dużego – brak zrostu;
- 3) zaburzenia przemiany materii;
- 4) czynny proces reumatoidalny;
- 5) szpotawe osadzenie trzpienia endoprotezy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 71.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące zwichnięć stawu biodrowego po endoprotezoplastyce:

- 1) do zwichnięcia dochodzi u około 3% operowanych chorych;
- 2) przyczyną może być złamanie krętarza dużego z brakiem zrostu;
- 3) przyczyną może być sarkopenia;
- 4) przyczyną może być mały wymiar średnicy głowy endoprotezy, przeważnie poniżej 28 mm;
- 5) przyczyną często może być tylne lub tylnoboczne dojście do stawu biodrowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 72.** Za wady dwuetapowej rekonstrukcji uważa się:

- 1) przedłużony okres niepełnosprawności;
- 2) zwiększone koszty leczenia;
- 3) opóźnioną rehabilitację;
- 4) utrudnienia operacyjne spowodowane wytworzeniem się blizn;
- 5) tendencję do powstawania skostnień okołostawowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 73.** W wysokoenergetycznych zamkniętych złamaniach typu pilon preferowaną strategią postępowania z pacjentem będzie:

- A. leczenie operacyjne ostateczne w trybie pilnym.
- B. unieruchomienie w opatrunku gipsowym okrężnym i kontrola w Poradni Ortopedycznej po tygodniu.
- C. czasowa stabilizacja stabilizatorem zewnętrznym, poszerzenie diagnostyki obrazowej o tomografię komputerową i zabieg planowo za 2-3 dni.
- D. czasowa stabilizacja stabilizatorem zewnętrznym, poszerzenie diagnostyki obrazowej o tomografię komputerową i zabieg planowo po optymalizacji stanu miejscowego tkanek miękkich.
- E. czasowa stabilizacja stabilizatorem zewnętrznym, poszerzenie diagnostyki obrazowej o badanie rezonansu magnetycznego i zabieg planowo po optymalizacji stanu miejscowego tkanek miękkich.

**Nr 74.** Złamanie 32B2 wg klasyfikacji AO to:

- A. złamanie trzonu kości łokciowej z klinem pośrednim powstałym w wyniku działania siły zginającej.
- B. złamanie trzonu kości udowej z klinem pośrednim powstałym w wyniku działania siły zginającej.
- C. złamanie końca bliższego kości udowej pozastawowe.
- D. złamanie końca dalszego kości udowej przezstawowe.
- E. złamanie trzonu kości ramiennej prostej spiralne.

**Nr 75.** To złamanie według klasyfikacji AO powinno być oznaczone symbolem:

- A. 32A2.
- B. 13B1.
- C. 11A2.
- D. 12A1.
- E. 31A1.



**Nr 76.** Śruba ciągnąca:

- A. to każdy rodzaj śruby wprowadzony w ten sposób, że pierwszy otwór za głową jest otworem gwintowanym a otwór w odłamie dalszym jest otworem poślizgowym.
- B. to określenie śruby samogwintującej o średnicy 4,5 mm.
- C. to określenie śruby gąbczastej 6,5 mm.
- D. to określenie śruby samogwintującej o średnicy 4,5 mm z połową gwintu.
- E. to każdy rodzaj śruby wprowadzony w ten sposób, że pierwszy otwór za głową jest otworem poślizgowym a otwór w odłamie dalszym jest otworem gwintowanym.

**Nr 77.** W przypadku stosowania do zespolenia trzonu kości piszczelowej śrub o średnicy 4,5 mm i zastosowania techniki śruby ciągnącej, prawidłowym postępowaniem jest użycie:

- A. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 4,5 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 3,2 mm.
- B. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 3,2 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 4,5 mm.
- C. w pierwszym otworze za głową wiertła o średnicy 6,5 mm, a w odłamie dalszym wiertła o średnicy 4,5 mm.
- D. śruby samogwintującej o średnicy 4,5 mm w oba odłamy.
- E. żadne z powyższych nie jest prawdziwe.

**Nr 78.** W przypadku złamań końca dalszego kości promieniowej leczonych zachowawczo istnieje ryzyko wtórnego przemieszczenia odłamów lub utraty repozycji. Do oceny tego ryzyka odnoszą się kryteria Lafontaine'a. Należą do nich między innymi:

- A. wyjściowe zagięcie kątowe (dłoniowe lub grzbietowe) powyżej 20 stopni, płeć żeńska, towarzyszące złamanie kości łódeczkowatej.
- B. wyjściowe zagięcie kątowe (dłoniowe lub grzbietowe) powyżej 20 stopni, płeć żeńska, złamanie obustronne kości promieniowych.
- C. wyjściowe zagięcie kątowe (dłoniowe lub grzbietowe) powyżej 20 stopni, obustronne złamanie końców dalszych kości promieniowych, opóźnienie rozpoznania złamania powyżej 24 godzin.
- D. wyjściowe zagięcie kątowe (dłoniowe lub grzbietowe) powyżej 20 stopni, wiek pacjenta powyżej 60 lat (osteoporoza), opóźnienie rozpoznania powyżej 24 godzin.
- E. wyjściowe zagięcie kątowe (dłoniowe lub grzbietowe) powyżej 20 stopni, wiek pacjenta powyżej 60 lat (osteoporoza), rozkawałkowanie przynasady po stronie grzbietowej.

**Nr 79.** Płyta mostująca to:

- A. rodzaj płyty której kształt umożliwia nastawienie złamania.
- B. rodzaj płyty AO która umożliwia precyzyjne anatomiczne ustabilizowanie złamania.
- C. rodzaj płyty w której po nastawieniu złamania techniką pośrednią, obszar złamania wieloodłamowego jest „mostowany” pomiędzy dwoma odłamami głównymi za pomocą tej płyty.
- D. rodzaj płyty stosowanej w złamaniu plateau piszczeli.
- E. rodzaj płyty w której po nastawieniu złamania techniką bezpośrednią, obszar złamania wieloodłamowego jest „mostowany” pomiędzy dwoma odłamami głównymi za pomocą tej płyty.

**Nr 80.** W przypadku złamania stawowego w obrębie stawu kolanowego z przemieszczeniem odłamów obowiązują następujące zasady:

- A. anatomiczne nastawienie odłamów, zespolenie za pomocą śrub i unieruchomienie w gipsie udowym przez okres 6 tygodni.
- B. zamknięte nastawienie odłamów pod kontrolą skopii i unieruchomienie w gipsie udowym przez okres 6 tygodni.
- C. anatomiczne nastawienie odłamów, zespolenie za pomocą płyty kątowostabilnej i unieruchomienie w gipsie udowym przez okres 6 tygodni.
- D. anatomiczne nastawienie odłamów, zespolenie za pomocą płyty z kompresją i podjęcie wczesnego ruchu w odciążeniu.
- E. anatomiczne nastawienie odłamów, zespolenie za pomocą śrub i podjęcie wczesnego ruchu z pełnym obciążaniem kończyny.

**Nr 81.** W przypadku pierwszorazowego przedniego zwichnięcia stawu ramiennego rokowanie co do wyniku leczenia i ryzyka nawrotu niestabilności:

- A. zależy między innymi od wieku pacjenta, ponieważ u chorych w wieku powyżej 40 lat, w związku z częstymi towarzyszącymi uszkodzeniami stożka rotatorów ryzyko nawrotu i przewlekłej niestabilności jest największe.
- B. zależy między innymi od wieku pacjenta, ponieważ u chorych aktywnych fizycznie i młodych, ze względu na dobrze wykształconą muskulaturę, ryzyko nawrotu i przewlekłej niestabilności jest najmniejsze.
- C. zależy między innymi od wieku pacjenta, ponieważ u chorych młodych i aktywnych fizycznie ryzyko nawrotu i przewlekłej niestabilności jest zwiększone, a u chorych po 40. roku życia bardzo małe.
- D. nie zależy od wieku pacjenta.
- E. zależy wyłącznie od czasu w jakim nastąpiło nastawienie zwichnięcia.

**Nr 82.** W przypadku wieloodłamowego zamkniętego złamania plateau piszczeli bez powikłań naczyniowo-nerwowych obowiązują następujące zasady:

- A. czasowe unieruchomienie i leczenie operacyjne po normalizacji stanu tkanek miękkich w okresie 2-4 tygodni.
- B. złamanie stawowe jest wskazaniem do natychmiastowej interwencji chirurgicznej gdyż powoduje uszkodzenie chrząstki stawowej.
- C. czasowe unieruchomienie i leczenie operacyjne po normalizacji stanu tkanek miękkich w okresie maksymalnie do tygodnia.
- D. czasowe unieruchomienie i leczenie operacyjne po normalizacji stanu tkanek miękkich w okresie 6-7 tygodni.
- E. unieruchomienie w ortezie, podjęcie wczesnego ruchu w odciążeniu i dopiero po uzyskaniu zadowalającego zakresu ruchów leczenie operacyjne.

**Nr 83.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zastosowania w ortopedii opatrunków podciśnieniowych:

- A. są stosowane w infekcji z martwicą tkanek miękkich w przebiegu leczenia złamania kości.
- B. są stosowane w złamaniach otwartych z towarzyszącym uszkodzeniem naczyń, gdyż zapewniają optymalne odciąganie wydzieliny z rany.
- C. są stosowane do gojenia trudno gojących się ran i nie mają zastosowania w ortopedii.
- D. są stosowane w leczeniu infekcji tkanek miękkich w przebiegu złamania kości ale jedynie po całkowitym usunięciu tkanek martwiczych.
- E. wszystkie powyższe.

**Nr 84.** Złamanie typu II według klasyfikacji Schatzkera to złamanie:

- A. wgnieciowe kłykcia bocznego.
- B. rozszczepienno-wgnieciowe kłykcia bocznego.
- C. rozszczepienne kłykcia bocznego.
- D. kłykcia przyśrodkowego.
- E. obu kłykci.

**Nr 85.** Złamanie typu V według klasyfikacji Schatzkera leczone jest operacyjnie z dostępu:

- A. pośrodkowego.
- B. przednio-bocznego.
- C. przednio-bocznego i przednio-przyśrodkowego.
- D. tylnio-bocznego i przednio-przyśrodkowego.
- E. przednio-bocznego i tylnio-przyśrodkowego.

**Nr 86.** Wskaż jakim symbolem należy oznaczyć według klasyfikacji AO i jak powinno być leczone złamanie widoczne na zdjęciu:



- A. 31A3, płyta kątowna 130 stopni.  
B. 31B3, DHS.  
C. 31C1, gwóźdź Gamma.  
D. 31A3, DCS.  
E. 32A3, gwóźdź Gamma.

**Nr 87.** Złamanie poprzeczne gałęzi kości łonowej współistniejące ze złamaniem talerza kości biodrowej typu półksiężyca (crescent) odpowiada wg klasyfikacji Younga i Burgessa typowi:

- A. LC I.      B. LC II.      C. LC III.      D. APC II.      E. APC III.

**Nr 88.** Tylne podwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego można uwidocznąć wykonując projekcję:

- A. wchodu miednicy.  
B. wychodu miednicy.  
C. skośną otworu zasłonowego wg Judeta.  
D. skośną biodrową wg Judeta.  
E. przednio-tylną miednicy.

**Nr 89.** Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące unaczynienia kości łódeczkowatej:

- 1) pochodzi od tętnicy łokciowej po stronie dłoniowej;
- 2) pochodzi od tętnicy promieniowej po stronie grzbietowej;
- 3) część dystalna zaopatrywana jest przez gałęzie grzbietowe;
- 4) część proksymalna zaopatrywana jest przez gałęzie dłoniowe;
- 5) 70-80% kości łódeczkowatej jest zaopatrywana przez gałęzie dłoniowe.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 90.** Uszkodzenie typu SLAP (SLAP-lesion):

- 1) dotyczy części obrąbka wraz ze ścięgnem głowy długiej mięśnia dwugłowego;
- 2) dotyczy uszkodzenia więzadeł obrąbkowo-ramiennych górnych i środkowych;
- 3) dotyczy uszkodzenia więzadeł obrąbkowo-ramiennych środkowych i dolnych;
- 4) powstaje w wyniku ostrego urazu trakcyjnego ramienia;
- 5) w badaniu fizykalnym cechuje się dodatnim testem O'Briena.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 91.** Złamanie Monteggia typu Bado III to zwichnięcie:

- A.** przednie głowy kości promieniowej ze złamaniem trzonu kości łokciowej.
- B.** tylne głowy kości promieniowej ze złamaniem trzonu kości łokciowej.
- C.** boczne głowy kości promieniowej ze złamaniem trzonu kości łokciowej.
- D.** boczne głowy kości promieniowej ze złamaniem przynasady bliższej kości łokciowej.
- E.** boczne głowy kości promieniowej ze złamaniem obu kości przedramienia.

**Nr 92.** Najczęstszym rodzajem uszkodzenia aparatu torebkowo-więzadłowego stawu kolanowego jest:

- A.** izolowane uszkodzenie więzadła pobocznego piszczelowego.
- B.** jednoczesne uszkodzenie więzadła pobocznego piszczelowego i krzyżowego przedniego.
- C.** izolowane uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego.
- D.** jednoczesne uszkodzenie więzadła pobocznego strzałkowego i krzyżowego przedniego.
- E.** jednoczesne uszkodzenie więzadła pobocznego piszczelowego i więzadła Wrisberga.

**Nr 93.** Złamanie wyrostka łokciowego typu Mayo IIA należy leczyć:

- A.** zachowawczo z zastosowaniem unieruchomienia gipsowego w postaci podłużnika gipsowego ramiennego lub opatrunku gipsowego ramiennego.
- B.** operacyjnie, poprzez wykonanie otwartego nastawienia oraz stabilizacji wewnętrznej przezskórnej drutami Kirschnera i zastosowanie unieruchomienia gipsowego.
- C.** operacyjnie, poprzez wykonanie otwartego nastawienia oraz stabilizacji wewnętrznej śrubami i zastosowanie unieruchomienia gipsowego.
- D.** operacyjnie, poprzez wykonanie otwartego nastawienia oraz stabilizacji wewnętrznej poprzęgiem Webera.
- E.** operacyjnie, poprzez wykonanie otwartego nastawienia oraz stabilizacji wewnętrznej płytą i śrubami.



**Nr 94.** Obraz przewróconej filiżanki od herbaty odpowiada wg Mayfielda postępującej okołosieżycowatej niestabilności nadgarstka w fazie:

- A. I.                      B. II.                      C. III.                      D. IV.                      E. V.

**Nr 95.** Radiologicznymi objawami statycznej niestabilności łódeczkowato-ksieżycowatej są:

- 1) poszerzenie szczeliny stawu łódeczkowato-ksieżycowatego na radiogramach w projekcji AP powyżej 1 mm;
- 2) zwiększenie wartości kąta łódeczkowato-ksieżycowatego na radiogramach w projekcji bocznej powyżej 70°;
- 3) zmniejszenie wartości kąta łódeczkowato-ksieżycowatego na radiogramach w projekcji AP poniżej 30°;
- 4) przerwanie linii Giluli;
- 5) dodatni objaw pierścienia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 96.** Test Watsona polega na prowokacji bólu:

- A. w czasie ucisku w okolicy kompleksu chrząstki trójkątnej w czasie utrzymywania nadgarstka w pozycji dewiacji promieniowej.
- B. w okolicy tabakierki anatomicznej w czasie wykonywania zgięcia biernego w stawie śródrečno-paliczkowym I oraz nadgarstkowo-śródrečnym I.
- C. w rzucie końca bliższego V kości śródrečza w czasie próby zaciśnięcia pięści na cylindrycznym przedmiocie o niewielkiej średnicy.
- D. w okolicy tabakierki anatomicznej w czasie wykonywania ucisku kciuka w jego osi długiej.
- E. w czasie ucisku w rzucie guzka kości łódeczkowatej od strony dłoniowej z jednoczesną zmianą pozycji nadgarstka z dewiacji łokciowej do promieniowej.

**Nr 97.** W przypadku złamania trzonu kości ramiennej dystalnie względem guzowatości mięśnia naramiennego:

- A. odłam bliższy jest przywiedziony na skutek działania mięśnia piersiowego większego, a odłam dalszy przemieszczony jest proksymalnie i bocznie przez mięsień naramienny.
- B. odłam bliższy jest odwiedziony na skutek działania mięśnia piersiowego większego, a odłam dalszy przemieszczony jest proksymalnie i przyśrodkowo przez mięsień naramienny.
- C. odłam bliższy jest odwiedziony na skutek działania mięśnia naramiennego, a odłam dalszy przemieszczony jest proksymalnie i bocznie przez mięsień piersiowy większy.
- D. odłam bliższy jest odwiedziony na skutek działania mięśnia naramiennego, a odłam dalszy przemieszczony jest proksymalnie i przyśrodkowo przez mięsień dwugłowy i trójąłowy ramienia.
- E. odłam bliższy jest odwiedziony i zrotowany zewnątrz na skutek działania mięśnia naramiennego, a odłam dalszy przemieszczony jest proksymalnie i przyśrodkowo przez mięsień piersiowy większy.

**Nr 98.** Akceptowalne parametry radiologiczne w złamaniach trzonów kości śródręcza to:

- 1) przemieszczenie rotacyjne  $10^\circ$ ;
- 2) ugięcie kątowe grzbietowe  $10^\circ$  w przypadku II kości śródręcza;
- 3) ugięcie kątowe grzbietowe  $20^\circ$  w przypadku III kości śródręcza;
- 4) ugięcie kątowe grzbietowe  $20^\circ$  w przypadku IV kości śródręcza;
- 5) ugięcie kątowe grzbietowe  $40^\circ$  w przypadku V kości śródręcza.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 99.** Wskazaniem do interwencji operacyjnej w przypadku złamania panewki stawu biodrowego nie jest:

- A. niezbornosć tylna stawu biodrowego z odłamek stanowiącym 33% ściany tylnej panewki.
- B. przemieszczenie odłamku o 2 mm w obrębie powierzchni stawowej.
- C. obecność wolnego odłamku kostnego położonego wewnątrzstawowo.
- D. złamanie ściany tylnej panewki z towarzyszącym zwichnięciem, nienastawialnym metodami zachowawczymi.
- E. objawy uszkodzenia nerwu kulszowego zaobserwowane po zamkniętym nastawieniu zwichnięcia stawu biodrowego z towarzyszącym złamaniem ściany tylnej panewki.

**Nr 100.** Klasyfikacja zwichnięć pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego wg Jahssa:

- A. wyróżnia cztery typy uszkodzeń.
- B. jako kryterium podziału stosuje kierunek przemieszczenia powierzchni stawowych.
- C. ocenia integralność torebki stawowej.
- D. zwichnięcie grzbietowe paliczka bliższego określa jako typ I.
- E. zwichnięcie podszwowe paliczka bliższego określa jako typ IV.

**Nr 101.** Uszkodzenie stawu barkowo-obojczykowego z przemieszczeniem końca barkowego obojczyka ku górze i ku tyłowi w obręb mięśnia czworobocznego, stanowi wg klasyfikacji Damerona-Rockwooda typ uszkodzenia:

- A. II.    B. III.    C. IV.    D. V.    E. VI.

**Nr 102.** Kryterium stabilności złamań końca bliższego kości udowej stanowi wg Evansa:

- A. liczba odłamów kostnych.
- B. kierunek przemieszczenia odłamów kostnych.
- C. obecność szczeliny złamania w okolicy krętarza mniejszego.
- D. obecność zaburzonego układu beleczek kostnych w okolicy łuku Adamsa.
- E. stopień uszkodzenia warstwy korowej tylna-przyśrodkowej bliższego odcinka kości udowej.

**Nr 103.** Zwichnięcie stawu kolanowego:

- 1) powstaje na skutek działania siły szpotawiającej w przypadku zwichnięcia boczne;
- 2) najczęściej ma charakter zwichnięcia tylnego;
- 3) podlega klasyfikacji anatomicznej wg Schencka;
- 4) najczęściej wymaga nastawienia otwartego w przypadku zwichnięcia tylnobocznego;
- 5) wymaga leczenia operacyjnego po nastawieniu w przypadku uszkodzenia więzadła krzyżowego tylnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 104.** W przypadku złamań śródstawowych plateau piszczeli:

- 1) obserwuje się jednoczesne występowanie uszkodzeń łąkotek w 50% przypadków;
- 2) obserwuje się jednoczesne występowanie uszkodzeń więzadeł krzyżowych i pobocznych w 30% przypadków;
- 3) w celu pełnej oceny zastosować można podział tych złamań wg Moore'a;
- 4) wskazaniem do leczenia operacyjnego jest niestabilność czołowa stawu powyżej 10° względem strony zdrowej oceniana w prawie całkowitym wyproście stawu kolanowego;
- 5) zgodnie z aktualnym piśmiennictwem, dopuszczalny stopień obniżenia powierzchni stawowej zawiera się w przedziale od 2 mm do 1 cm w zależności od autora.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 105.** Parametrem wskazującym na brak zmian pourazowych w badaniu RTG stawu łokciowego u dziecka jest:

- 1) wartość kąta Bauman 105-135°;
- 2) wartość kąta trzonowo-kłykciowego 35-45°;
- 3) linia wyrostka dziobiastego styczna do zarysu przedniej powierzchni kłykcia bocznego;
- 4) linia trzonowo-ramienna przednia przecinająca przestrzeń 1/3 przedniej jądra kostnienia główki kości ramiennej;
- 5) obecność figury łzowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 106.** Wskaż wzorzec deformacji ręki występujący u osób z hemiplegią spastyczną (stany poudarowe, mózgowie porażenie dziecięce, urazy mózgu):

- A.** deformacja zgięciowa nadgarstka.      **D.** wszystkie wymienione.  
**B.** deformacja zgięciowa palców.      **E.** żadna z wymienionych.  
**C.** odchylenie łokciowe ręki.

**Nr 107.** Pojęcie diplegii spastycznej o klasyfikacji funkcjonalnej GMFCS II oznacza:

- A. porażenie połowicze - kończyna górna mniej zajęta niż kończyna dolna, u osoby chodzącej samodzielnie, ryzyko neurogennego zwichnięcia stawów biodrowych jest znaczne.
- 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 kończyn dolnych, ryzyko neurogennego zwichnięcia stawów biodrowych jest niewielkie.
- D. porażenie czterokończynowe - kończyny górne mniej zajęte niż kończyny dolne, u osoby chodzącej samodzielnie, ryzyko neurogennego zwichnięcia stawów biodrowych jest niewielkie.
- E. pojęcie to nie precyzuje postaci porażień, stanu funkcjonalnego oraz ryzyka zwichnięcia stawu biodrowego.

**Nr 108.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie:

- A. u każdego dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową należy wykonywać w celach profilaktycznych badanie rtg stawów biodrowych co 12 miesięcy przez cały okres dzieciństwa tzn. od 2. do 8. r.ż.
- B. u każdego dziecka z wrodzoną łamliwością kości należy wykonywać w celach profilaktycznych badanie rtg stawów biodrowych co 12 miesięcy przez cały okres dzieciństwa tzn. od 2. do 8. r.ż.
- C. u każdego dziecka z artogrypozą należy wykonywać w celach profilaktycznych badanie rtg stawów biodrowych co 12 miesięcy przez cały okres dzieciństwa tzn. od 2. do 8. r.ż.
- D. u każdego dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym należy wykonywać w celach profilaktycznych badanie rtg stawów biodrowych co 12 miesięcy przez cały okres dzieciństwa tzn. od 2. do 8. r.ż.
- E. jak dotąd brak jest skutecznych form leczenia objawowego chorych z wrodzoną łamliwością kości.

**Nr 109.** U dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową ryzyko zwichnięcia stawów biodrowych wzrasta wraz z:

- 1) niższym poziomem uszkodzenia neurologicznego;
- 2) wyższym poziomem uszkodzenia neurologicznego;
- 3) przewagą siły mięśniowej mięśni przywodzicieli nad mięśniami odwodzicielami w stawie biodrowym;
- 4) przewagą siły mięśniowej mięśni odwodzicieli nad mięśniami przywodzicielami w stawie biodrowym;
- 5) rozwojem funkcji samodzielnego chodzenia;
- 6) brakiem możliwości samodzielnego chodzenia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

**Nr 110.** Do Poradni Preluksacyjnej celem badania stawów biodrowych trafiło niemowlę w 2. miesiącu życia. Lekarz ortopeda stwierdził w badaniu klinicznym prawidłowy obrys stawów biodrowych, biodra były stabilne, a zakres ruchów nieograniczony. Wykonane badanie ultrasonograficzne stawów biodrowych wykazało typ IA wg Grafa. U dziecka stwierdzono po urodzeniu wadę: rozszczep wargi i podniebienia. Wskaż właściwe postępowanie:

- A. zalecenie ortezy odwodzącej i kontrola za 4 tygodnie.
- B. zalecenie szelek Pavlika i kontrola za 2 tygodnie.
- C. zalecenie szelek Pavlika, kontrola za 2 tygodnie i dodatkowo kontrola w Poradni Chirurgii Dziecięcej zajmującej się leczeniem wad rozszczepiennych.
- D. stwierdzenie prawidłowo rozwiniętych stawów biodrowych i skierowanie dodatkowo na kontrolę w Poradni Chirurgii Dziecięcej zajmującej się leczeniem wad rozszczepiennych.
- E. zalecenie obserwacji dziecka i ponowne badanie dziecka za 6 miesięcy.

**Nr 111.** Noworodek płci żeńskiej, z pierwszej ciąży donoszonej, o masie 3400 g, urodzony naturalnie z położenia główkowego został zbadany klinicznie w oddziale neonatologicznym. Lekarz badający dowiedział się od matki, że miała ona w dzieciństwie operowane z powodu dysplazji stawów biodrowych oba stawy. W badaniu neonatolog nie był pewny swoich spostrzeżeń klinicznych. Wskaż właściwe postępowanie:

- A. z powodu stwierdzenia trzech czynników ryzyka: pierwsza ciąża, płeć żeńska, dodatni wywiad rodzinny należy skierować dziecko na badania w Poradni Ortopedycznej do końca 2. tygodnia życia.
- B. płeć żeńska i pierwsza ciąża nie są czynnikami ryzyka, należy skierować dziecko do Poradni Ortopedycznej do końca 3. miesiąca życia.
- 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 profilaktyczne leczenie przy pomocy szyny Koszli.

**Nr 112.** 3-letni pacjent trafił do Poradni Ortopedycznej z następującymi objawami: utykanie i ból kończyny dolnej lewej, ograniczenie odwiedzenia i rotacji wewnętrznej w stawie biodrowym. Dolegliwości trwają od 2 tygodni, bez uchwytneho początku, temperatura ciała w normie, badanie ultrasonograficzne wykazuje płyn w stawie biodrowym lewym, 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 113.** 13-letni chłopiec z nadwagą, upadł na lekcji wychowania fizycznego. Spowodowało to ból lewej kończyny dolnej i utykanie. Po kilku dniach dolegliwości zmniejszyły się. Chłopiec jednak utykał i skarżył się na bóle kolana lewego, co powodowało niepokój rodziców. Po kilku miesiącach chłopiec zeskoczył z wysokości około 50 cm i zaczął skarżyć się na silniejsze dolegliwości bólowe biodra i kolana lewego. Rodzice zgłosili się z dzieckiem do lekarza ortopedy, gdzie wykonano badanie radiologiczne. Lekarz na zdjęciu radiologicznym stwierdził przemieszczenie się nasady głowy kości udowej z kątowym rozszerzeniem chrząstki nasadowej. Zwróciło uwagę poszerzenie przynasady z zaokrągleniem jej zewnętrznego brzegu. Kąt przemieszczenia nasady wynosił 65 stopni. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące tego pacjenta:

- A. należy rozpoznać ostre na tle przewlekłego złuszczenie głowy kości udowej.
- B. należy rozpoznać złuszczenie niestabilne głowy kości udowej wg Lodera.
- C. występuje duże ryzyko martwicy głowy kości udowej 17-47%.
- D. złuszczenie należy do grupy ciężkich III stopnia według Maussena.
- E. żadne z wyżej wymienionych.

**Nr 114.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zwiększonej antetorsji szyjki kości udowej:

- A. może być objawem dysplazji stawu biodrowego.
- B. powoduje zwiększenie kąta rotacji wewnętrznej.
- C. może być przyczyną niestabilności stawu biodrowego powodując jego zwichanie do przodu.
- D. wg badań Reikerasa może być przyczyną wcześniejszego pojawienia się objawów choroby zwyrodnieniowej biodra.
- E. wszystkie wymienione są prawdziwe.

**Nr 115.** Przed przystąpieniem do operacji wymiany stawu biodrowego z powodu jego zwyrodnienia na tle dysplazji stawu biodrowego należy:

- A. wykonać zdjęcie radiologiczne obu stawów biodrowych z cechą pozwalającą na standaryzację pomiarów.
- B. wybrać właściwy implant uwzględniając anomalie wynikające z poprzednio wykonanych operacji lub obecności pozostawionych łączników.
- C. wybrać implant pozwalający uzyskać pierwotną stabilizację w warunkach bardzo wąskiego kanału szpikowego kości udowej.
- D. zaplanować z użyciem szablonów lub programu Orthoview rozmiary implantów.
- E. wykonać wszystkie wyżej wymienione czynności.

**Nr 116.** W trakcie leczenia dysplastycznej choroby zwyrodnieniowej typu Crowe II z użyciem endoprotezoplastyki, implant panewkowy należy umiejscowić:

- A. w miejscu pierwotnej panewki.
- B. w miejscu panewki wtórnej z uwagi na ryzyko porażenia nerwu kulszowego.
- C. w miejscu panewki wtórnej z uwagi na lepszą możliwość pokrycia implantu tkanką kostną.
- D. w miejscu panewki wtórnej dla zmniejszenia ryzyka złamania trzonu kości udowej.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B,C,D.

**Nr 117.** Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące złamania podkrętarzowego kości udowej:

- A. zwykle jest następstwem urazu wysokoenergetycznego.
- B. jest to złamanie niestabilne.
- C. może dotyczyć chorych w trakcie leczenia bisfosfonianami.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A,B.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.

**Nr 118.** Objaw radiologiczny przerwania łuku Menarda-Shentona 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. decentracji stawu biodrowego.

**Nr 119.** Przykurcz zgięciowy w stawie biodrowym:

- A. powoduje czynnościowe wydłużenie kończyny.
- B. należy wykazać przy pomocy testu Thomasa.
- C. nie może spowodować czynnościowego skrócenia kończyny.
- D. wywołuje pozorny objaw Trendelenburga i Duchenne'a.
- E. powoduje wtórny brak rotacji zewnętrznej.

**Nr 120.** Używając klasyfikacji Grafa wskaż, które stawy biodrowe są niestabilne:

- A. typ IA.
- B. typ IA i typ IB.
- C. typ IIA i typ IIB.
- D. typ IIC i typ D.
- E. typ H.

**Dziękujemy !**