

- 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 **2 godziny 30 minut**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać kartę odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartą odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zachowania.
- h) Porozumiewanie się z sąsiadami oraz korzystanie z jakichkolwiek materiałów pomocniczych pociąga za sobą dyskwalifikację i ocenę niedostateczną z egzaminu.

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

NUMER KODOWY.....

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

cem

EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
ORTOPEDII

WIOSNA 2018

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

Nr 1. W leczeniu operacyjnym wieloodłamowych złamań dalszego końca kości ramiennej stosuje się dostęp operacyjny z osteotomią wyrostka łokciowego. Wskaż prawdziwe stwierdzenie:

- A. osteotomia poprzeczna umożliwia najbardziej stabilne zespolenie śrubą.
- B. najlepszą stabilizację zapewnia osteotomia typu szewron (Chevron) ze szczytem skierowanym dystalnie.
- C. najlepszą stabilizację zapewnia osteotomia typu szewron (Chevron) ze szczytem skierowanym proksymalnie.
- D. optymalne jest wykonanie całej osteotomii przy pomocy dłuta.
- E. zespolenie osteotomii poprzęgiem Webera uniemożliwia kompresję odłamów.

Nr 2. Pacjenci ze złamaniem bliższego końca kości udowej, jeśli pozwala na to stan ich zdrowia, powinni być poddani operacji:

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

Nr 3. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące osteoporotycznych złamań kręgosłupa:

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

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 4. Wygojenie ze skróceniem około 4 cm, u 72-letniego chorego po wygojeniu wieloodłamowego, otwartego złamania na poziomie końca dalszego kości udowej pierwotnie wykazującego zaburzenia zrostu kostnego z miejscowym stanem zapalnym w czasie pierwszych 4 tygodni leczenia jest wskazaniem do:

- A. zastosowania wkładki ortopedycznej do buta.
- B. dostosowania odpowiednio przygotowanego obuwia ortopedycznego.
- C. wydłużenia kończyny z zastosowaniem metody Ilizarowa.
- D. skrócenia trzonu przeciwległej kości udowej.
- E. pozostawienia chorego bez ingerencji i obserwacja co 2 miesiące.

Nr 5. U 4,5-letniego dziecka ze złamaniem trzonu kości strzałkowej w 1/2 jej przebiegu z całkowitym przemieszczeniem (brakiem kontaktu) odłamów kostnych najlepszym postępowaniem jest:

- A. repozycja otwarta i stabilizacja płytkowa AO.
- B. repozycja otwarta ze stabilizacją śródszpikową drutem Kirschnera
- C. repozycja zamknięta ze stabilizacją śródszpikową drutem Kirschnera
- D. repozycja zamknięta i stabilizacja płytkowa AO.
- E. unieruchomienie w longecie.

Nr 6. Po złamaniu bliższego końca kości udowej ryzyko wystąpienia złamania bkk udowej po drugiej stronie wzrasta:

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

Nr 7. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące dysplazji włóknistej kości:

- 1) występuje najczęściej jako jednoogniskowa;
- 2) najczęstszym powikłaniem jest deformacja kości długich;
- 3) częstym powikłaniem jest zezłośliwienie;
- 4) występuje najczęściej jako wieloogniskowa;
- 5) zmiany kostne leczone są wyłącznie operacyjnie.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 8. 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 9. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące nerwiaka osłonkowego:

- A. resekcja brzeżna jest akceptowalną metodą leczenia.
- B. w badaniu fizykalnym stwierdza się objaw Tinela.
- C. w obrazie histologicznym widoczne są ciała Verocaya.
- D. mózg jest najczęstszą lokalizacją przerzutów.
- E. może lokalizować się na przebiegu każdego nerwu.

Nr 10. Wskaż błędne zestawienie zmiany łagodnej i zespołu związanego z jej mnogim występowaniem:

- A. kostniakochrzęstniak – choroba Keith’a.
- B. wyspa kostna - osteopoikilia.
- C. chrzęstniak – choroba Olliera.
- D. chrzęstniak – zespół Maffucciego.
- E. guz brunatny – choroba Handa-Schüllera-Christiana.

Nr 11. Tzw. „obraz więziennej kraty” to:

- A. obraz RTG odpowiadający zmianie o charakterze naczyńniaka kręgu.
- B. wybroczyny krwawe u osób pobitych tępym narzędziem np. pałką.
- C. obraz TK odpowiednich nawarstwień okostnowych w mięsaku Ewinga.
- D. osteoporoza z niedożywienia, charakterystyczna niegdyś dla więźniów.
- E. krzyżowanie się cieni na zdjęciu RTG AP płuc, wskazujące na złamanie.

Nr 12. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące przerzutów nowotworowych do kości:

- A. najczęstszą lokalizacją przerzutów jest tkanka kostna.
- B. stanowią 40% guzów kości.
- C. 15% przerzutów ma charakter osteosklerotyczny.
- D. hipokalcemia w wyniku niszczenia tkanki kostnej jest poważnym problemem klinicznym.
- E. badanie PET jest badaniem z wyboru do przesiewowej oceny występowania przerzutów.

Nr 13. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące kosmkowo-guzkowego barwnikowego zapalenia błony maziowej:

- A. to łagodna zmiana rozrostowa błony maziowej.
- B. jest histologicznie identyczne z guzem olbrzymiokomórkowym.
- C. najczęściej zajęty jest staw biodrowy.
- D. leczeniem z wyboru jest usunięcie zmiany lub synowektomia.
- E. może występować nawrót choroby.

Nr 14. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące guza olbrzymiokomórkowego:

- A. to guz miejscowo złośliwy powodujący masywną lizę tkanki kostnej.
- B. występuje typowo między 10.-14. rokiem życia (tzw. skok wzrostowy).
- C. wyjątkowo rzadko lokalizuje się w kościach długich.
- D. denosumab jest przeciwwskazany w leczeniu, gdyż zwiększa wzrost guza.
- E. w przypadku nawrotów lub zmian niszczących staw należy odstąpić od leczenia operacyjnego.

Nr 15. Złośliwy guz pochodzący z komórek plazmatycznych, zwykle rozpoznawany w 50.-70. roku życia to:

- A. mięsak Ewinga.
- B. szpiczak mnogi.
- C. kłębczak.
- D. nerwiakowłókniak.
- E. mięsak fibrohistiocytarny (MFH).

Nr 16. Najczęstsza niezłośliwa zmiana kostna to:

- A. kostniak kostnawy.
- B. chrzęstniak.
- C. torbiel samotna kości.
- D. włóknisty ubytek korowy.
- E. wyrośl chrzęstno-kostna.

Nr 17. Wskazaniem do rewizji stawu biodrowego po przebytej endoprotezoplastyce jest:

- 1) uczucie zmęczenia po dłuższym chodzeniu;
- 2) zbyt długa kończyna operowana wymagająca noszenia kora o wysokości 2 cm po stronie przeciwnej;
- 3) utykanie na operowaną kończynę pod koniec dnia;
- 4) ból nad stawem kolanowym;
- 5) ustawianie się operowanej kończyny w rotacji zewnętrznej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 18. Ryzyko obluzowania aseptycznego endoprotezy stawu biodrowego wzrasta proporcjonalnie do czasu jaki upłynął od operacji i po 10 latach wynosi:

- A. 20-25%. B. 15-20%. C. 5-10%. D. 2-5%. E. < 2%.

Nr 19. Radiologiczne kryteria obluzowania cementowanego trzpienia endoprotezy, to:

- 1) radiolucencja pomiędzy mankietem cementowym a otaczającą kością;
- 2) ułożenie trzpienia w szpotawe położenie;
- 3) fragmentacja płaszcza cementowego;
- 4) złamanie trzpienia;
- 5) postępujące bolesne ograniczenie ruchu w stawie.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 20. Stawiając wskazanie do operacji rewizyjnej należy wykluczyć inne schorzenia, takie jak:

- 1) chorobę dyskową odcinka lędźwiowego kręgosłupa;
- 2) gruźlicę kręgosłupa;
- 3) zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa;
- 4) stenozę kręgosłupa;
- 5) złamania w obrębie kręgosłupa lędźwiowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 21. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące operacji rewizyjnej stawu biodrowego:

- 1) o operacji decyduje chory;
- 2) o operacji decyduje lekarz;
- 3) operację należy przeprowadzić niezwłocznie po stwierdzeniu cech obluzowania implantu;
- 4) termin operacji dostosowujemy do życzeń chorego;
- 5) przed operacją należy wykluczyć proces zapalny okołoprotezowy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 22. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące dojścia operacyjnego do operacji rewizyjnej:

- 1) w miarę możliwości powinno się wykorzystać poprzednie dojście operacyjne;
- 2) powinno się unikać poprzednich dość operacyjnych ze względu na tkanki bliznowate i możliwość infekcji;
- 3) rewizję panewki łatwiej wykonać z dojścia bezpośredniego bocznego;
- 4) rewizję panewki łatwiej wykonać z dojścia tylnio-bocznego;
- 5) przednie dojście nie jest polecane w przypadkach konieczności uzupełnienia ubytków kostnych panewki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 23. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące rewizji trzpienia endoprotezy:

- 1) tylko w przypadku trzpienia osadzonego na cemencie wskazana jest osteotomia krętarza dużego;
- 2) osteotomia krętarza dużego poprawia wgląd do panewki;
- 3) zrost po osteotomii krętarza dużego występuje u około 90% operowanych tą metodą, dlatego nie jest ona zalecana;
- 4) zrost po osteotomii krętarza dużego występuje u 97% chorych, stąd metoda ta uważana jest za bezpieczną;
- 5) koślawość deformacja trzonu kości udowej stanowi wskazanie do osteotomii krętarza dużego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 24. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące przeszczepów używanych do operacji rewizyjnych:

- 1) powinny wykazywać właściwości osteoindukcyjne;
- 2) przeszczepy sterylizowane radiacyjnie również mają właściwości osteoindukcyjne;
- 3) przeszczepy lite charakteryzują się większą wytrzymałością mechaniczną i lepiej przenoszą obciążenia;
- 4) przeszczepy rozdrobnione kładziemy na siatkę wypełniającą ubytek kostny;
- 5) przeszczepy rozdrobnione kładziemy pod siatkę uzupełniającą ubytek kostny.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 25. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące rewizji panewki stawu biodrowego:

- 1) częściej ulegają obluzowaniu panewki bezcementowe o gładkiej ścianie;
- 2) ubytki segmentarne mogą być zaopatrzone tylko przeszczepem kostnym;
- 3) w przypadku towarzyszącego obluzowaniu przezpanewkowego złamania miednicy zalecane są duże implanty bezcementowe;
- 4) w przypadku ubytku dna panewki wskazane jest zastosowanie panewki o jak największej średnicy;
- 5) ubytek dna panewki należy uzupełnić przeszczepami i oprzeć na nich wtórną panewkę.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 26. *Pseudotumor* jest to:

- A.** guz występujący w panewce stawu biodrowego utrudniający implantację sztucznej panewki.
- B.** guz występujący w bliższej części kości udowej utrudniający implantację trzpienia endoprotezy.
- C.** reakcja organizmu na zastosowanie artykulacji metal-metal.
- D.** guz powstający po zwichnięciu endoprotezy stawu biodrowego, wypełniający przestrzeń między głową a panewką endoprotezy.
- E.** przepuklina udowa powstająca po niepełnym zeszczeniu powięzi po alloplastyce stawu biodrowego.

Nr 27. W alloplastyce stawu biodrowego kobiet w okresie rozrodczym i osób z niewydolnością nerek nie powinno się stosować artykulacji:

- A.** polietylen - ceramika.
- B.** ceramika - ceramika.
- C.** metal - metal.
- D.** metal - polietylen.
- E.** metal - ceramika.

Nr 28. Czynnikiem zwiększającym ryzyko powikłań po alloplastyce stawu biodrowego są:

- 1) otyłość;
- 2) RZS;
- 3) przewlekłe stosowanie sterydów;
- 4) choroby psychiczne;
- 5) demencja.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 29. Różnice w budowie anatomicznej kobiet i mężczyzn powinny być brane pod uwagę przy planowaniu zabiegu alloplastyki stawu biodrowego. Wskaż prawdziwe stwierdzenia:

- 1) kobiety mają krótszą szyjkę kości udowej;
- 2) mężczyźni mają większy offset;
- 3) kobiety mają mniejszy kąt szyjkowo-trzonowy;
- 4) kobiety mają węższy kanał szpikowy kości udowej;
- 5) mężczyźni mają większy kąt antetorsji szyjki kości udowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 30. Które z połączeń stawowych w alloplastyce stawu biodrowego wykazuje najmniejszą ścieralność i wytwarza najmniejsze drobiny powstające podczas ruchów stawu?

- A.** metal - metal.
- B.** ceramika - ceramika.
- C.** metal - polietylen.
- D.** ceramika - polietylen.
- E.** ceramika – e-polietylen.

Nr 31. Który z niżej wymienionych typów zmian zwyrodnieniowych może przysparzać najwięcej problemów śródoperacyjnych?

- A.** koksartroza dysplastyczna.
- B.** koksartroza idiopatyczna.
- C.** koksartroza pourazowa.
- D.** koksartroza starcza.
- E.** koksartroza protrazyjna.

Nr 32. Wielofragmentowe, wysokoenergetyczne złamanie głowy kości promieniowej uniemożliwiające jej zespolenie jest wskazaniem do:

- A.** endoprotezoplastyki głowy kości promieniowej.
- B.** unieruchomienia w opatrunku gipsowym obejmującym łokieć i nadgarstek.
- C.** unieruchomienia w opatrunku gipsowym obejmującym łokieć i przedramię.
- D.** endoprotezoplastyki całkowitej stawu łokciowego.
- E.** resekcji fragmentów kostnych i unieruchomienia w ortezie.

Nr 33. Najczęściej wykorzystywanym jako przeszczep w rekonstrukcji nerwów jest nerw:

- A.** piszczelowy.
- B.** łydkowy.
- C.** międzykostny przedni.
- D.** międzykostny tylny.
- E.** międzyżebrowy.

Nr 34. Leczeniem z wyboru palca młoteczkowatego przy złamaniu przekraczającym 50% powierzchni stawowej jest:

- A. unieruchomienie w aparacie Stacka.
- B. unieruchomienie w szynie aluminiowej obejmującej cały palec.
- C. operacyjne zespolenie.
- D. unieruchomienie w szynie aluminiowej obejmującej tylko staw międzypaliczkowy dalszy.
- E. leczenie czynnościowe.

Nr 35. 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.

Nr 36. Zastarzałe uszkodzenie długiego prostownika kciuka jest wskazaniem do:

- A. dwu-etapowej plastyki ścięgna z użyciem silikonowej, czasowej protezy.
- B. jedno-etapowej plastyki ścięgna.
- C. przeniesienia prostownika właściwego palca małego na dalszy kikut długiego prostownika kciuka.
- D. artrodezy stawu śródręczno-paliczkowego kciuka.
- E. przeniesienia prostownika właściwego wskaziciela na dalszy kikut długiego prostownika kciuka.

Nr 37. W trzecim przedziale troczka prostowników palców ręki znajduje/a się:

- A. ścięgno długiego prostownika kciuka.
- B. ścięgno prostownika właściwego wskaziciela.
- C. ścięgna wspólnego prostownika palców.
- D. ścięgna długiego odwodziciela kciuka i krótkiego prostownika kciuka.
- E. ścięgno właściwego prostownika palca małego.

Nr 38. Jakie powinno być ciśnienie w opasce uciskowej zakładanej na ramię podczas operacji w obrębie ręki?

- A. ciśnienie skurczowe pacjenta podczas operacji +250 mmHg.
- B. ciśnienie skurczowe pacjenta podczas operacji +150 mmHg.
- C. ciśnienie skurczowe pacjenta podczas operacji +50 mmHg.
- D. ciśnienie skurczowe pacjenta podczas operacji -50 mmHg.
- E. równe ciśnieniu skurczowemu pacjenta podczas operacji.

Nr 39. Prawidłowe, spoczynkowe ciśnienie tkankowe w przedziale powięziowym wynosi:

- A. 20-30 mmHg.
- B. 18-20 mmHg.
- C. 12-15 mmHg.
- D. 10-12 mmHg.
- E. 0-4 mmHg.

Nr 40. Do objawów uszkodzenia nerwu promieniowego na poziomie $\frac{1}{2}$ ramienia nie należy/a:

- A. ograniczenie supinacji przedramienia.
- B. brak zgięcia grzbietowego nadgarstka.
- C. brak odwodzenia palców.
- D. brak wyprostu palców w stawach śródręczno-paliczkowych.
- E. zaburzenia czucia na grzbietowo-promieniowej powierzchni przedramienia i ręki.

Nr 41. Leczenie operacyjne obustronnego zwichnięcia stawów biodrowych u dziecka z przepukliną oponowo rdzeniową i całkowitym porażeniem kończyn dolnych polega na:

- A. zamkniętej repozycji zwichnięcia stawów biodrowych.
- B. operacyjnej repozycji stawów biodrowych połączonej z osteotomią korekcyjną bliższego końca kości udowej i osteotomią augmentacyjną okołopanewkową.
- C. korekcji operacyjnej istniejących przykurczów w stawie biodrowym z następowym zaopatrzeniem ortopedycznym.
- D. braku podejmowania jakichkolwiek działań ortopedycznych.
- E. żadna z powyższych.

Nr 42. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące deformacji końsko-szpotawej stopy u dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową i poziomem porażień poniżej L4:

- A. nie wymaga leczenia operacyjnego z uwagi na brak możliwości odtworzenia funkcji stopy – poziom porażień uniemożliwia czynną aktywność ruchową stopy.
- B. wymaga zastosowania klasycznych rozwiązań operacyjnych adresowanych do leczenia stóp końsko szpotawych wrodzonych.
- C. leczenie operacyjne rokuje odtworzenie kształtu stopy oraz funkcji stopy.
- D. poprawnie przeprowadzone leczenie warunkuje możliwość prawidłowego obciążania stopy podczas chodu.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B, C, D.

Nr 43. W diagnostyce różnicowej poziomu uszkodzenia neurologicznego u dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową podstawowe znaczenie ma:

- A. obecność zwichnięcia stawu biodrowego.
- B. wzorzec prezentowanych deformacji kończyn dolnych.
- C. stan funkcjonalny dziecka w zakresie jego mobilności.
- D. stan prezentowanych zaburzeń czucia.
- E. neurologiczna ocena aktywności mięśni kończyn dolnych.

Nr 44. Ryzyko neurogennego zwichnięcia stawu biodrowego u dzieci z postacią spastyczną mózgowego porażenia dziecięcego jest największe w:

- A. GMFCS I i II.
- B. GMFCS II i III.
- C. GMFCS III i IV.
- D. GMFCS IV i V.
- E. klasyfikacja GMFCS nie może być wykorzystywana dla określenia stopnia zagrożenia zwichnięciem stawu biodrowego.

Nr 45. Rozwój ruchowy dziecka z mózgowym porażeniem uwarunkowany jest:

- 1) anatomiczną lokalizacją uszkodzenia mózgu;
- 2) obszarem uszkodzenia;
- 3) czynnikami socjodemograficznymi;
- 4) leczeniem rehabilitacyjnym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 46. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące dynamicznej oceny zakresu ruchów stawu skokowego w płaszczyźnie strzałkowej u dziecka z postacią spastyczną mózgowego porażenia dziecięcego (test Silverskiolda):

- 1) badanie wykonywane jest zawsze w dwóch pozycjach: przy kolanie zgiętym i wyprostowanym;
- 2) badanie wykonywane jest w celu przeprowadzenia diagnostyki różnicowej przyczyn deformacji końskiej stopy;
- 3) badanie wykonywane jest zawsze w dwóch fazach ruchu: powolnej i szybkiej;
- 4) stwierdzenie deficytu zgięcia grzbietowego w obu pozycjach kolana wskazuje na przykurcz obu mięśni tworzących strukturę ścięgna Achillesa;
- 5) stwierdzenie deficytu zgięcia grzbietowego jedynie podczas badania z wyprostowanym stawem kolanowym wskazuje na przykurcz mięśnia brzuchatego łydki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 47. Chód kuczny, będący jednym z najczęściej prezentowanych patologicznych wzorców chodu u dziecka z mózgowym porażeniem, polega na:

- A.** przedłużonym zgięciu stawu kolanowego w fazie przenoszenia.
- B.** braku fazy podwójnego podporu.
- C.** przedłużonym zgięciem stawu kolanowego w fazie obciążania.
- D.** przeproście stawu kolanowego w drugiej fazie podwójnego podporu.
- E.** przeproście stawu kolanowego w fazie pojedynczego podporu.

Nr 48. Dziecko z mózgowym porażeniem pod postacią spastyczną, chodzące w każdych warunkach samodzielnie, ograniczenia funkcjonalne wykazujące jedynie podczas biegów i skoków należy zakwalifikować jako:

A. GMFCS I. **B.** GMFCS II. **C.** GMFCS III. **D.** GMFCS IV. **E.** GMFCS V.

Nr 49. W leczeniu choroby Perthesa najistotniejszym jest:

- A.** podtrzymywanie prawidłowego zakresu ruchów w stawie biodrowym przez cały okres leczenia.
- B.** nawiercenie głowy kości udowej, która uległa martwicy.
- C.** unieruchomienie kończyny w maksymalnym przywiedzeniu w stawie biodrowym.
- D.** zastosowanie diety ubogotłuszczowej.
- E.** długotrwałe unieruchomienie obu kończyn dolnych w opatrunkach gipsowych.

Nr 50. Podstawową zasadą leczenia chorych z wrodzoną łamliwością kości jest ochrona dziecka przed kolejnymi złamaniami oraz korygowanie zaburzeń osiowych kończyn. Obecnie dokonuje się tego poprzez:

- A. leczenie złamań kości długich sekwencyjnie zmienianymi opatrunkami gipsowymi oraz substytucję witaminą D3 i wapniem.
- B. wieloetapowe leczenie operacyjne polegające na stabilizacji śródszpikowej przy pomocy prętów Rusha wraz z następowymi opatrunkami gipsowymi i rehabilitacją pooperacyjną.
- C. interwencyjne działania nieoperacyjne (opatrunki gipsowe) i operacyjne (otwarta repozycja i stabilizacja) z następowym zaopatrzeniem ortopedycznym mające na celu stabilizację złamań kości długich.
- D. kompleksowe leczenie farmakologiczne z zastosowaniem bisfosfonianów, leczenie operacyjne za pomocą śródszpikowej stabilizacji tzw. teleskopowymi gwoźdźmi rosnącymi oraz postępowanie rehabilitacyjne.
- E. jak dotąd brak jest skutecznych form leczenia objawowego chorych z wrodzoną łamliwością kości.

Nr 51. Korzyści wynikające ze stosowania w alloplastyce stawów kolanowych ruchomych wkładek polietylenowych to:

- 1) zmniejszenie naprężeń na powierzchni kontaktu implantów;
- 2) rotacja wkładki podczas chodu;
- 3) samoistne nastawianie się wkładki;
- 4) kompensacja błędów w ustawieniu rotacji „tacy” piszczelowej;
- 5) zwiększenie trwałości i czasu „przeżycia” implantu.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 2,3,4,5.
- B. 1,2,3,4.
- C. 1,2,4,5.
- D. żadne z powyższych.
- E. wszystkie powyższe.

Nr 52. Wskaż najważniejsze, podstawowe wskazanie do alloplastyki stawu kolanowego:

- A. ból związany z zaawansowaną chorobą zwyrodnieniową.
- B. martwica chrzęstno-kostna z zapadnięciem kłykcia kości udowej.
- C. chondrokalcynoza i dna rzekoma u pacjentów starszych.
- D. deformacje stawu kolanowego.
- E. zwyrodnienie stawu na tle zapalnym np. RZS.

Nr 53. Małe ubytki kostne podczas endoprotezoplastyki stawu kolanowego można wypełnić cementem kostnym jeżeli nie przekraczają:

- A. 2 mm
- B. 5 mm
- C. 10 mm.
- D. 15 mm.
- E. takich ubytków z zasady nie można wypełniać cementem kostnym.

Nr 54. Przeciwwskazaniem bezwzględnym do endoprotezoplastyki stawu kolanowego jest:

- 1) niedawno przebyte lub trwające zakażenie w obrębie kolana;
- 2) obecność odległego źródła infekcji;
- 3) ciężka niewydolność aparatu wyprostnego kolana;
- 4) tyłowygięcie związane z osłabieniem mięśni;
- 5) bezbolesna, dobrze funkcjonująca artrodeza stawu kolanowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 55. Do przeciwwskazań względnych do endoprotezoplastyki stawu kolanowego nie należy/a:

- A.** schorzenia ogólne, internistyczne.
B. zaawansowana miażdżycy kończyn dolnych.
C. choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego po stronie przeciwnej.
D. zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego po tej samej stronie.
E. nawracające zakażenie układu moczowego.

Nr 56. W przypadku zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego i kolanowego (po tej samej stronie) należy:

- A.** w pierwszej kolejności wykonać endoprotezoplastykę stawu biodrowego.
B. w pierwszej kolejności wykonać endoprotezoplastykę stawu kolanowego.
C. odstąpić zupełnie od zabiegów endoprotezoplastyki.
D. usztywnić staw kolanowy, wykonać endoprotezoplastykę stawu biodrowego.
E. kolejność, w której operowane będą poszczególne stawy nie ma żadnego znaczenia.

Nr 57. Wskazania do odstąpienia od alloplastyki rzepki obejmują:

- 1) pierwotną chorobę zwyrodnieniową;
- 2) satysfakcjonujący stan chrząstki rzepki;
- 3) dobrą trakcję rzepki;
- 4) normalny, anatomiczny kształt rzepki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 58. Wielu pacjentów z hemofilią zostało zarażonych HIV podczas transfuzji skażonych czynników krzepnięcia. W tej grupie pacjentów najczęściej występującym powikłaniem po alloplastyce stawu kolanowego jest infekcja, a odsetek zakażeń sięga:

A. 5%. **B.** 10%. **C.** 20%. **D.** 30%. **E.** 50%.

Nr 59. Wielkość linii przejaśnienia na zdjęciu rentgenowskim na styku kość-cement mogąca świadczyć o obluzowaniu aseptycznym protezy zwykle wynosi co najmniej:

- A. 1 mm. B. 2 mm. C. 4 mm. D. 5 mm. E. 10 mm.

Nr 60. Przeciwwskazania do alloplastyki jednoprzedziałowej stawu kolanowego stanowią:

- 1) deformacja szpotawa większa niż 10 stopni lub koślawość większa niż 5°;
- 2) artroza na tle zapalnym;
- 3) odsłonięcie kości podchrzęstnej w obrębie rzepki;
- 4) zakres ruchomości mniejszy niż 90 stopni;
- 5) niewydolność więzadła krzyżowego przedniego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 61. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złamań kości piętowej:

- 1) najczęściej są to złamania pozastawowe;
- 2) w ocenie złamań kości piętowej stosowana jest klasyfikacja Crosby'ego, Fitzgibbonsa i Sandersa opierająca się na obrazie TK lub zdjęciach RTG w projekcjach bocznej, osiowej, skośnej i w projekcji Brodena;
- 3) w przypadku leczenia niektórych złamań typu język można zastosować zamkniętą repozycję z wewnętrzną stabilizacją drutami K;
- 4) w leczeniu operacyjnym podczas stosowania dostępu bocznego często dochodzi do powikłań w postaci uszkodzenia: ścięgien strzałkowych i nerwu łydkowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 62. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złamania trzyczek:

- 1) częściej ulega uszkodzeniu trzyczka boczna (strzałkowa);
- 2) najczęściej dochodzi do nich w mechanizmie urazów niskoenergetycznych;
- 3) w różnicowaniu złamanej trzyczki od trzyczki dwudzielnej należy pamiętać, że trzyczki dwudzielne najczęściej mają części podobnej wielkości a podczas złamania najczęściej jeden fragment jest wyraźnie mniejszy;
- 4) złamania ze znacznym przemieszczeniem (> 5 mm) leczy się metodą otwartej repozycji z wewnętrzną stabilizacją;
- 5) złamania bez przemieszczenia, z niewielkim przemieszczeniem, złamania zmęczeniowe można wyleczyć zachowawczo.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 63. Wskazania do artrodezy pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego (MTP I) stanowią:

- 1) paluch sztywny bolesny z nasilonymi zmianami zwyrodnieniowymi stawu MTP I;
- 2) deformacja kośława palucha z nasilonymi zmianami zwyrodnieniowymi stawu MTP I;
- 3) zaawansowana deformacja kośława palucha (kąt intermetatarsalny > 20 stopni, kąt koślawości palucha > 45 stopni) z bolesnymi modzelami pod głowami II i III kości śródstopia;
- 4) łagodna i umiarkowana deformacja kośława palucha z dobrą ruchomością stawu MTP I;
- 5) nawrót koślawości palucha po leczeniu operacyjnym;
- 6) deformacja kośława palucha w schorzeniach nerwowo-mięśniowych;
- 7) jatrogenny paluch szpotawy;
- 8) nadmierna ruchomość (hipermobilność) pierwszego stawu stępowo-śródstopnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. wszystkie wymienione.
- B. 1,2,3,5,6,7,8.
- C. 1,2,3,4,5,6,7.
- D. 1,2,3,5,6,7.
- E. 1,4,5,6,7.

Nr 64. Osteotomia Cottona to:

- A. zamykająca klinowa osteotomia przypodstawna I kości śródstopia stosowana w celu elewacji I promienia stopy w leczeniu stopy szpotawej-wydrążonej.
- B. zamykająca osteotomia klinowa paliczka podstawnego palucha stosowana w celu korekcji palucha koślawego międzypaliczkowego.
- C. otwierająca klinowa osteotomia kości klinowatej przyśrodkowej stosowana w leczeniu stopy płasko-koślawej.
- D. otwierająca klinowa osteotomia przedniej części kości piętowej stosowana w leczeniu stopy płasko-koślawej.
- E. osteotomia medializująca guz piętowy.

Nr 65. Klasyfikacja Eichenholtza to:

- A. klasyfikacja anatomiczna artropatii Charcota, w której typ I dotyczy stawu stępowo-śródstopnego.
- B. klasyfikacja wyróżniająca stadia rozwoju artropatii Charcota, w której stadium I to faza fragmentacji.
- C. klasyfikacja anatomiczna artropatii Charcota, w której typ I dotyczy stawu Choparta i podskokowego.
- D. klasyfikacja wyróżniająca stadia rozwoju artropatii Charcota, w której stadium I to faza konsolidacji.
- E. klasyfikacja owrzodzeń stóp.

Nr 66. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące palca szponiastego:

- 1) zawsze występuje deformacja w obrębie stawu śródstopno-palcowego;
- 2) nigdy nie występuje deformacja w obrębie stawu śródstopno-palcowego;
- 3) często współistnieje z zaburzeniami nerwowo-mięśniowymi;
- 4) zazwyczaj deformacja współwystępuje we wszystkich palcach stopy;
- 5) najczęściej dotyczy jednego lub dwóch palców;
- 6) często występuje deformacja zgięciowa dalszego stawu międzypaliczkowego;
- 7) rzadko występuje deformacja zgięciowa dalszego stawu międzypaliczkowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 67. U pacjenta po urazie skrętnym stawu skokowo-goleniowego, w celu wykluczenia uszkodzenia więzozrostu piszczelowo-strzałkowego wykonuje się test:

- A.** szuflady przedniej stawu skokowo-goleniowego.
B. pochylenia bloczka kości skokowej (*tilt test*).
C. forsownego zgięcia podeszwowego stopy (*hyperflexion test*).
D. wymuszonej rotacji zewnętrznej stopy.
E. Muldera.

Nr 68. Pilnej repozycji i zespolenia wymaga:

- A.** złamanie części bliższej V kości śródstopia w III strefie wg Torga.
B. przemieszczone awulsyjne złamanie guza piętowego.
C. złamanie podstawy III kości śródstopia z niewielkim przemieszczeniem (2 mm).
D. złamanie wyrostka przedniego kości piętowej z przemieszczeniem 2 mm.
E. zamknięte, wieloodłamowe, śródstawowe i przemieszczone złamanie kości piętowej ze znacznym obrzękiem tkanek miękkich, bez objawów ciasnoty przedziałów powięziowych stopy.

Nr 69. U 55-letniej pacjentki z nabytą stopą płasko-koślawą w przebiegu przewlekłej niewydolności ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego, w stadium III wg Johnson i Strom, w przypadku nieskutecznego leczenia zachowawczego należy wykonać:

- A.** tenosynowektomię ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego.
B. tenosynowektomię ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego z rekonstrukcją więzadła piętowo-łódkowatego podeszwowego.
C. resekcję ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego z przeniesieniem ścięgna mięśnia długiego palców na kość łódkowatą, i z osteotomią przedniej części kości piętowej (wydłużenie kolumny bocznej).
D. resekcję ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego z przeniesieniem ścięgna mięśnia długiego palców na kość łódkowatą, z rekonstrukcją więzadła piętowo-łódkowatego podeszwowego i z osteotomią translacyjną, medializującą kość piętową.
E. potrójną korekcyjną artrodezę stępu.

Nr 70. Jakie urazowe obrażenia są możliwą przyczyną uszkodzenia nerwu pachowego?

- 1) zwichnięcie przednie stawu ramiennego;
- 2) zwichnięcie stawu barkowo-obojczykowego;
- 3) złamanie wieloodłamowe bliższego końca kości ramiennej z przemieszczeniem;
- 4) zwichnięcie tylne stawu ramiennego;
- 5) przerwanie ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 71. 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 72. Które pourazowe uszkodzenie nerwu obwodowego nie rokuje na samoczynną regenerację?

- A.** neurotmeza.
B. aksonotmeza.
C. neuropraksja.
D. żadne z powyższych nie rokuje na samoczynną regenerację.
E. wszystkie powyższe rokuje na samoczynną regenerację.

Nr 73. Jakie zmiany pourazowe określa „zespół Morel-Lavallée”?

- A.** pourazową zakrzepicę naczyń żylnych przedramienia.
B. uszkodzenie tkanek w kanale postrzałowym z broni szybkiej.
C. złamanie kości łonowej i kulszowej z uszkodzeniem pęcherza.
D. zaburzenia psychiczne we wczesnym okresie pourazowym.
E. pourazowe oddzielenie skóry od powięzi.

Nr 74. W którym obrażeniu okolicy kolana najczęściej dochodzi do uszkodzenia tętnicy podkolanowej?

- A.** zwichnięciu przednim stawu kolanowego.
B. złamaniu kłykcia bocznego kości piszczelowej.
C. zwichnięciu bocznym stawu kolanowego.
D. złamaniu nadkłykciowym kości udowej.
E. wieloodłamowym, otwartym złamaniu rzepki.

Nr 80. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące wrodzonego zwichnięcia stawu kolanowego:

- A. bliższy koniec kości piszczelowej zwichnięty jest do przodu w stosunku do dalszego końca kości udowej.
- B. więzadło krzyżowe przednie jest rozciągnięte.
- C. mięsień czworogłowy uda jest skrócony i / lub zwłókniasty.
- D. po urodzeniu u noworodka obserwuje się ograniczenie lub brak zgięcia w stawie kolanowym.
- E. wada ta zawsze występuje jednostronnie.

Nr 81. Zniekształceniem w obrębie kończyny dolnej, współtowarzyszącym aplazji kości strzałkowej **nie jest**:

- A. różnego stopnia przodozagięcie goleni.
- B. skrócenie całej kończyny dolnej objętej wadą.
- C. szpotawość kolana.
- D. brak bocznych promieni stopy.
- E. koślawość stępu.

Nr 82. Czynnikiem pogarszającym rokowanie na uzyskanie dobrego wyniku leczenia choroby Perthesa jest:

- A. wiek poniżej 4 lat w momencie rozpoczęcia choroby.
- B. nieznaczna rozległość zmian w bliższym końcu kości udowej, bez zajęcia chrząstki nasadowej i przynasady.
- C. wczesne rozpoczęcie leczenia (tn. w początkowej fazie choroby).
- D. otyłość.
- E. brak objawu Gage'a w obrazie rtg.

Nr 83. Które stwierdzenie dotyczące złamania podchrzęstnego na radiogramach w chorobie Perthesa jest **falszywe**?

- A. jest objawem patognomonicznym właśnie dla tej choroby.
- B. dotyczy głowy kości udowej i może obejmować różną część jej powierzchni.
- C. jest wskazaniem do pilnego leczenia operacyjnego.
- D. udaje się je zobrazować tylko u niektórych chorych.
- E. jest podstawą klasyfikacji według Saltera i Thompsona.

Nr 84. W klasyfikacji Catteralla, stosowanej w ocenie radiologicznej stawów biodrowych w chorobie Perthesa, do czynników ryzyka **nie należy**:

- A. boczna ekstruzja głowy kości udowej.
- B. zajęcie przynasady.
- C. skostnienie widoczne bocznie od nasady.
- D. otyłość.
- E. poziomy przebieg chrząstki nasadowej.

Nr 85. W chorobie Perthesa zmiany typu jałowej martwicy nigdy nie występują:

- A. w bliższej przynasadzie kości udowej.
- B. w podchrzęstnej warstwie głowy kości udowej.
- C. w stropie panewki stawu biodrowego.
- D. w nieobciążanej części głowy kości udowej.
- E. u dzieci po 8. roku życia.

Nr 86. Klasyfikacja Herringa, stosowana do oceny radiogramów stawów biodrowych w chorobie Perthesa, oparta jest o ocenę zmian w:

- A. tzw. bocznej kolumnie głowy kości udowej na radiogramach tylko w projekcji a-p.
- B. tzw. przyśrodkowej kolumnie głowy kości udowej na radiogramach tylko w projekcji a-p.
- C. tzw. bocznej kolumnie głowy kości udowej na radiogramach w projekcji a-p i osiowej.
- D. tzw. przyśrodkowej kolumnie głowy kości udowej na radiogramach w projekcji a-p i osiowej.
- E. bocznej i przyśrodkowej kolumnie głowy kości udowej, w projekcji a-p i osiowej.

Nr 87. Które stwierdzenie dotyczące wrodzonego stawu rzekomego piszczeli jest fałszywe?

- A. typowym zaburzeniem osiowym jest wygięcie goleni ze szczytem wygięcia skierowanym ku tyłowi.
- B. część chorych z wrodzonym stawem rzekomym goleni ma jednocześnie nerwiakowłókniakowatość.
- C. wada ta widoczna jest zaraz po urodzeniu.
- D. towarzyszy mu różnego stopnia skrócenie goleni.
- E. staw rzekomy występuje z reguły na granicy 1/3 środkowej i 1/3 dalszej kości piszczelowej.

Nr 88. Testami charakterystycznymi w badaniu uszkodzeń stożka rotatorów są testy:

- A. Neera i Hawkinsa.
- B. Neera i Speeda.
- C. Hawkinsa i Speeda.
- D. Neera i czynnej kompresji O'Briena.
- E. Hawkinsa i czynnej kompresji O'Briena.

Nr 89. Nerw pachowy biegnie na bocznej powierzchni barku:

- A. 3 cm poniżej wyrostka barkowego.
- B. 5 cm poniżej wyrostka barkowego.
- C. 7 cm poniżej wyrostka barkowego.
- D. 9 cm poniżej wyrostka barkowego.
- E. 11 cm poniżej wyrostka barkowego.

Nr 90. Wskaż falszywe stwierdzenia:

- 1) patologie mięśnia nadgrzebieniowego widoczne w obrazowaniu NMR zależne są od wieku a nie od objawów;
- 2) w obrazowaniu NMR może być nierozpoznanych 5% przypadków częściowego uszkodzenia stożka rotatorów;
- 3) decyzję leczenia operacyjnego stożka rotatorów należy zawsze podejmować na podstawie obecności otworu w stożku rotatorów w obrazie NMR;
- 4) rezonans magnetyczny jest zawsze skutecznym i dokładnym badaniem w patologii barku;
- 5) zwężenie odstępu między wyrostkiem barkowym i głową kości ramiennej poniżej 5 mm sugeruje znaczne uszkodzenie stożka rotatorów.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 91. Wskaż falszywe stwierdzenia dotyczące nieoperacyjnego leczenia stożka rotatorów:

- 1) ćwiczenia wzmacniające mięśnie stożka rotatorów i stabilizatory-piersio-wo-łopatkowe dają w niektórych przypadkach dobre wyniki leczenia;
- 2) leczenie operacyjne wskazane jest w przypadkach, gdy pacjent jest w stanie czynnie unosić ramię powyżej poziomu;
- 3) w większości przypadków wskazane jest leczenie nieoperacyjne prowadzone przez co najmniej 3 miesiące przed leczeniem operacyjnym;
- 4) patologia stożka rotatorów wynika z powodu procesów zapalnych toczących się w okolicy guzka większego kości ramiennej;
- 5) dobre wyniki dają iniekcje glikokortykosteroidów powtarzane co miesiąc w okresie do 6 miesięcy po urazie.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 92. Wskaż falszywe stwierdzenia dotyczące zarostowego zapalenia torebki stawowej stawu ramiennego:

- 1) jest schorzeniem o podłożu niezapalnym;
- 2) cechą charakterystyczną są zrosty wewnątrzstawowe;
- 3) mobilizacje w znieczuleniu są jedną z form leczenia
- 4) leczenie operacyjne jest wskazane, gdy nie ma poprawy po 3-6 miesiącach od zakończenia leczenia nieoperacyjnego;
- 5) w leczeniu operacyjnym stosowana jest metoda okrężnego przecięcia torebki stawu ramiennego (360 stopni).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 93. Uszkodzeniem Bankarta określane jest:

- A. oderwanie przednio-górnego obrąbka stawowego z przylegającymi więzadłami od brzegu panewki.
- B. oderwanie tylnio-górnego obrąbka stawowego z przylegającymi więzadłami od brzegu panewki.
- C. oderwanie przednio-dolnego obrąbka stawowego z przylegającymi więzadłami od brzegu panewki.
- D. oderwanie tylnio-dolnego obrąbka stawowego z przylegającymi więzadłami od brzegu panewki.
- E. oderwanie tylnio-górnego obrąbka stawowego z przylegającymi więzadłami od brzegu panewki ze zwichnięciem stawu ramiennego.

Nr 94. Drugi typ uszkodzeń SLAP (stawu ramiennego) charakteryzuje się:

- A. rozerwaniem ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia.
- B. wystrzępieniem obrąbka stawowego.
- C. oderwaniem górnego przyczepu obrąbka od panewki stawu ramiennego.
- D. uszkodzeniem typu „rączka od wiadra” obrąbka stawowego.
- E. uszkodzeniem typu „rączki od wiadra” rozciągającego się do przyczepu głowy długiej mięśnia dwugłowego.

Nr 95. W zastarzałych tylnych zwichnięciach stawu ramiennego ubytek w głowie kości ramiennej może być uzupełniony uszypułowanym przeszczepem z mięśnia:

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

Nr 96. Dostęp z rozdzieleniem mięśnia naramiennego stosuje się głównie w:

- A. otwartej repozycji nieodprowadzanych tylnych zwichnięć stawu ramiennego.
- B. otwartej repozycji nieodprowadzanych przednich zwichnięć stawu ramiennego.
- C. repozycji i zespoleniu złamań guzka większego.
- D. repozycji i zespoleniu złamań guzka mniejszego.
- E. otwartej repozycji i zespoleniu śródszpikowym złamań szyjki chirurgicznej kości ramiennej.

Nr 97. Ukrwienie fragmentu stawowego bliższej nasady kości ramiennej jest zależne od tętnicy:

- A. okalającej ramię przedniej.
- B. okalającej ramię tylnej.
- C. łopatkowej górnej.
- D. nadgrzebieniowej.
- E. tętnicy poprzecznej barku.

Nr 98. W czasie połowicznej plastyki stawu ramiennego trzpień endoprotezy należy umieścić względem osi międzynadkłykciowej kości ramiennej w:

- A. antewersji 20 st.
- B. antewersji 10 st.
- C. pozycji pośredniej 0 st.
- D. retrowersji 10 st.
- E. retrowersji 20 st.

Nr 99. Użyteczną klasyfikacją do oceny skostnień okołoprotezowych jest klasyfikacja Brookera. Wskaż, który stopień nasilenia przedstawia występowanie wyrostki kostnych na bliższym końcu kości udowej lub miednicy z pozostawieniem przynajmniej 1 cm przestrzeni między miednicą a kością udową:

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

Nr 100. Klasyfikacja Vancouver złamań kości udowej po zabiegu alloplastyki całkowitej stawu biodrowego jest użyteczną klasyfikacją na podstawie której można podejmować decyzję co do preferowanego sposobu leczenia. Złamanie wokół trzpienia protezy z jego obluzowaniem obrazuje:

- A. typ AG.
- B. typ B1.
- C. typ C.
- D. typ AL.
- E. typ B2.

Nr 101. Jak poprawić rokowanie w leczeniu choroby zwyrodnieniowej na tle dysplazji?

- A. umieścić implant panewkowy w miejscu panewki pierwotnej.
- B. umieścić implant panewkowy w miejscu panewki wtórnej.
- C. odtworzyć offset udowy.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A,C.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B,C.

Nr 102. 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 103. 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, ubytek z migracją panewki o ponad 2 cm i utratą kości panewki na obszarze od godziny 9 do godz. 5 to:

A. III A. B. II A. C. III B. D. II B. E. I A.

Nr 104. Większość zakażeń okołoprotezowych jest wywołana przez:

- A. bakterie Gram-dodatnie, szczególnie gronkowce koagulazo-ujemne i gronkowca złocistego.
- B. bakterie Gram-ujemne.
- C. *Escherichia coli*.
- D. *Pseudomonas*.
- E. *Klebsiella*.

Nr 105. Della Valle i Paprosky opracowali klasyfikację ubytków kości udowej po obluzowaniu trzpienia protezy stawu biodrowego. Który typ opisywany jest jako rozległa utrata przynasadowej kości gąbczastej aż do poziomu krętarza mniejszego, bez uszkodzenia trzonu kości udowej?

A. I. B. III A. C. III B. D. ektazja. E. II.

Nr 106. Uszereguj występujące od najczęstszych do najrzadszych (wg narodowego szwedzkiego rejestru protez) 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 107. Największa częstość występowania złamań okołoprotezowych, śródoperacyjnych występuje po:

- A. alloplastyce cementowanej.
- B. alloplastyce bezcementowej.
- C. cementowanej realloplastyce.
- D. kapolastyce.
- E. bezcementowej realloplastyce.

Nr 108. Największa częstość występowania złamań okołoprotezowych, pooperacyjnych występuje po:

- A. alloplastyce cementowanej.
- B. alloplastyce bezcementowej.
- C. cementowanej realloplastyce.
- D. kapolastyce.
- E. bezcementowej realloplastyce.

Nr 109. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące złamania dalszej nasady kości ramiennej u dzieci:

- 1) najczęściej występuje u dzieci w wieku 5-8 lat;
- 2) często jest skutkiem stosowania przemocy wobec dziecka;
- 3) leczenie zachowawcze polega na repozycji złamania i unieruchomieniu w pozycji supinacji przedramienia;
- 4) obraz radiologiczny może przypominać zwichnięcie łokcia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 110. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące *Fibromatosis aggressiva*:

- 1) to łagodny guz włóknisty, wywodzący się z tkanki łącznej znajdującej się w mięśniach i powięziach;
- 2) aktywność zmiany rośnie wraz z wiekiem;
- 3) aktywność zmiany maleje po okresie pokwitania;
- 4) podstawowym sposobem leczenia jest chemioterapia;
- 5) leczenie opiera się na chirurgicznym wycięciu zmiany i radioterapii;
- 6) może dawać odległe przerzuty;
- 7) jest zmianą miejscowo złośliwą.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 111. W przepuklinie oponowo-rdzeniowej dodatkowo mogą współwystąpić wszystkie poniższe patologie, z wyjątkiem:

- A.** z. Arnolda-Chiari'ego.
B. władu rdzenia.
C. wodogłowia.
D. zakotwiczenia rdzenia.
E. diastematomielii.

Nr 112. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące toksyny botulinowej stosowanej w leczeniu m.in. spastyczności u pacjentów z MPDz:

- 1) ma odwracalny charakter działania;
- 2) efekt działania nie zależy od dawki;
- 3) hamuje wydzielanie acetylocholino w płytce nerwowo-mięśniowej;
- 4) u młodszych pacjentów efekt leczenia jest korzystniejszy;
- 5) miejsce iniekcji zależy od rozmieszczenia płytek nerwowo-mięśniowych;
- 6) do lokalizacji miejsca iniekcji można zastosować usg lub emg.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 113. Sposobami stosowanymi do nastawienia zwichnięcia stawu biodrowego są:

- A. sposób Stimsona.
- B. sposób Bigelowa.
- C. sposób Milcha.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A, B, C.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A, B.

Nr 114. Problemami ortopedycznymi spotykanymi u pacjentów z zespołem Downa są:

- A. wiotkość więzadłowa.
- B. niestabilność potyliczno-szczytowa.
- C. niestabilność szczytowo-obrotowa.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A, B.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A, B, C.

Nr 115. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące złamania Chance'a:

- A. powstaje wskutek urazu wyprostno-dystrakcyjnego.
- B. wyróżniamy typ kostny i więzadłowy.
- C. jest to złamanie typu „pasów bezpieczeństwa”.
- D. często współtowarzyszą mu uszkodzenia w obrębie jamy brzusznej.
- E. typ kostny bez objawów neurologicznych można leczyć zachowawczo.

Nr 116. W leczeniu rekonstrukcyjnym wrodzonej stopy końsko-szpotawej metodą rozszerzonego uwolnienia (Mc Kay'a lub Simonsa) konieczną składową zabiegu jest:

- 1) repozycja skokowo-łódkowata;
- 2) wydłużenie ścięgien mm. strzałkowego krótkiego i długiego;
- 3) wydłużenie ścięgna Achillesa;
- 4) wydłużenie ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego;
- 5) wydłużenie ścięgna mięśnia piszczelowego przedniego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 117. W leczeniu operacyjnym wrodzonej stopy płasko-koślawej z pionowym ustawieniem kości skokowej:

- A. niezbędne jest skrócenie ścięgna Achillesa.
- B. niezbędne jest skrócenie ścięgna mięśnia piszczelowego przedniego.
- C. wystarczająca jest przezskórna tenotomia ścięgna Achillesa.
- D. repozycja skokowo-łódkowata jest kluczowym elementem korekcji.
- E. repozycja piętowo-sześcienna jest podstawowym składnikiem korekcji.

Nr 118. Osteogenezy dystrakcyjna metodą Ilizarowa stosowana w leczeniu operacyjnym nierówności kończyn:

- 1) polega na kortykotomii kości i wydłużaniu 1x1 mm na dobę;
- 2) polega na kortykotomii kości i wydłużaniu 4x0,25 mm na dobę;
- 3) polega na powstawaniu „nowej” kości pod wpływem rozciągania odłamów w odpowiednim tempie;
- 4) polega na jednoczasowej dystrakcji kości w znieczuleniu ogólnym;
- 5) jest dedykowana głównie do okolicy przynasad kości długich.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 119. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia operacyjnego wrodzonego, wysokiego ustawienia łopatki (deformacja Sprengla):

- 1) korekcja staje się łatwiejsza wraz z wiekiem dziecka i najlepiej ją wykonać w wieku młodzieńczym;
- 2) korekcja staje się trudniejsza wraz z wiekiem dziecka i najlepiej ją wykonać w wieku przedszkolnym;
- 3) niekiedy niezbędna jest osteotomia obojczyka po stronie korekcji;
- 4) niekiedy niezbędna jest osteotomia obojczyka po stronie przeciwnej do korekcji;
- 5) kluczowym jest ustawienie dolnego kąta operowanej łopatki na poziomie łopatki przeciwnej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 120. Leczenie operacyjne wrodzonego kościorostu promieniowo-łokciowego:

- 1) polega na rozdzieleniu połączenia pomiędzy głową kości promieniowej a bliższym końcem k. łokciowej;
- 2) jest wskazane w większości przypadków chorych dzieci i wykonywane już w wieku przedszkolnym;
- 3) polega na osteotomii korekcyjnej kości promieniowej i łokciowej;
- 4) jest wskazane w nielicznych przypadkach hiperpronacyjnego ustawienia obydwu przedramion;
- 5) polega na osteotomii kości promieniowej i jej obrocie wokół kości łokciowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Dziękujemy !