

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

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

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **2 godziny 40 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
REHABILITACJI MEDYCZNEJ
WIOSNA 2018**

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

Nr 1. W ciepłej kąpieli:

- A. czynność serca ulega przyspieszeniu, zwiększa się objętość wyrzutowa serca, zwiększa się pojemność minutowa serca.
- B. czynność serca ulega przyspieszeniu, zmniejsza się objętość wyrzutowa serca, zwiększa się pojemność minutowa serca.
- C. czynność serca ulega przyspieszeniu, zwiększa się objętość wyrzutowa serca, zmniejsza się pojemność minutowa serca.
- D. czynność serca ulega zwolnieniu, zwiększa się objętość wyrzutowa serca, zwiększa się pojemność minutowa serca.
- E. czynność serca ulega zwolnieniu, zmniejsza się objętość wyrzutowa serca, zmniejsza się pojemność minutowa serca.

Nr 2. Przeciwwskazaniem do laseroterapii biostymulacyjnej jest:

- A. neuralgia nerwu trójdzielnego.
- B. znamię barwnikowe na skórze okolicy, na którą ma oddziaływać biostymulacja laserowa.
- C. entezopatia mięśni prostowników nadgarstka.
- D. znamię barwnikowe zlokalizowane w znacznym oddaleniu od miejsca, gdzie planowana jest biostymulacja laserowa.
- E. owrzodzenie żylakowe podudzia.

Nr 3. Przeciwwskazaniami do stosowania czynnościowej elektrostymulacji nerwu strzałkowego u chorego z połowicznym niedowładem spastycznym są:

- 1) utrwalony przykurcz w stawie biodrowym po stronie niedowładnej;
- 2) stopa płasko-kośława po stronie niedowładnej;
- 3) znaczna otyłość chorego;
- 4) brak efektywnego, czynnego wyprostowania stopy niedowładnej;
- 5) brak reakcji porażonych mięśni na bodziec stymulacyjny.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 4. Wskazaniami do magnetoterapii polami magnetycznymi małej częstotliwości są:

- 1) rak prostaty;
- 2) czynna choroba wrzodowa żołądka;
- 3) bóle dyskopatyczne kręgosłupa u kobiety ciężarnej;
- 4) choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych;
- 5) reumatoidalne zapalenie stawów.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 5. Objawem hipokinezji starczej jest:

- A. zwiększenie maksymalnego pochłaniania tlenu przez organizm o 20 do 40%.
- B. zwiększenie perystaltyki jelit.
- C. osteoporoza.
- D. zwiększenie wrażliwości tkanek na insulinę.
- E. zwiększenie liczby erytrocytów.

Nr 6. Obiektywną ocenę efektów rehabilitacji w chorobach neurodegeneracyjnych przebiegających z zaburzeniami balansu ciała zapewnia:

- A. kliniczne badanie zakresu ruchu zgięcia całego kręgosłupa.
- B. badanie objętości wyrzutowej serca.
- C. badanie palpacyjne lokalizujące punkty spustowe w obrębie mięśni grzbietu.
- D. posturografia.
- E. badanie elektromiograficzne mięśni kończyn dolnych.

Nr 7. W rehabilitacji geriatrycznej rekomendowane są ćwiczenia usprawniające, z wyjątkiem:

- A. ćwiczeń biernych, zwiększających zakres ruchu.
- B. nauki efektywnego i bezpiecznego chodu.
- C. ćwiczeń czynnych, wzmacniających mięśnie poprzecznie prążkowane.
- D. ćwiczeń koordynacyjnych i równoważnych.
- E. ćwiczeń powodujących obciążenia statyczne układu kostnego.

Nr 8. Najskuteczniejszą metodą redukcji obrzęku chłonnego kończyny górnej po leczeniu raka piersi jest:

- A. ręczny drenaż chłonny.
- B. przerywana kompresja pneumatyczna.
- C. kompresjoterapia.
- D. laser biostymulacyjny.
- E. kompleksowa terapia udrażniająca.

Nr 9. Kompleksowa terapia udrażniająca obejmuje:

- A. ręczny drenaż chłonny, kompresjoterapię, ćwiczenia fizyczne.
- B. przerywaną kompresję pneumatyczną, kompresjoterapię, ćwiczenia fizyczne.
- C. przerywaną kompresję pneumatyczną, ręczny drenaż chłonny, ćwiczenia fizyczne.
- D. kompresjoterapię, ćwiczenia fizyczne, laser biostymulacyjny.
- E. laser biostymulacyjny, ręczny drenaż chłonny, ćwiczenia fizyczne.

Nr 10. Niska aktywność fizyczna jest pewnym czynnikiem ryzyka rozwoju:

- A. raka trzonu macicy.
- B. raka jelita grubego.
- C. raka prostaty.
- D. raka piersi.
- E. raka skóry.

Nr 11. U chorego z anemią po leczeniu nowotworu złośliwego niewskazane są:

- A. ćwiczenia w grupie.
- B. ćwiczenia w wodzie.
- C. interwałowe ćwiczenia wytrzymałościowe.
- D. ćwiczenia wytrzymałościowe w formie ciągłej.
- E. ćwiczenia z oporem.

Nr 12. Najczęściej zalecaną nefarmakologiczną metodą uśmierzania bólu w przebiegu leczenia choroby nowotworowej jest:

- A. krioterapia.
- B. kinesiology taping.
- C. przezskórna stymulacja nerwów (TENS).
- D. masaż.
- E. kinezyterapia.

Nr 13. Zaburzenia chodu u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wynikają z poniżej wymienionych przyczyn, za wyjątkiem:

- A. zaburzenia selektywnej kontroli mięśniowej.
- B. osłabienia siły mięśniowej.
- C. niedowładu wiotkiego kończyn wskutek wady rdzenia kręgowego.
- D. zaburzonych reakcji równoważnych.
- E. wtórnych patologii układu mięśniowo-szkieletowego.

Nr 14. Wskaż metody obniżenia napięcia mięśniowego w postaci spastycznej mózgowego porażenia dziecięcego:

- 1) doustne podawanie środków farmakologicznych zmniejszających napięcie mięśniowe (np. benzodiazepiny, baklofenu, dantrolenu);
- 2) wielopoziomowe podawanie baklofenu;
- 3) dokanałowe wewnątrzoponowe podawanie baklofenu;
- 4) dokanałowe zewnątrzoponowe podawanie baklofenu;
- 5) selektywna tylna rizotomia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 15. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące odczuwania bólu:

- 1) subiektywne odczucie bólu powstaje w następstwie podrażnienia receptorów czucia powierzchniowego i głębokiego;
- 2) ból powstaje w następstwie podrażnienia nocyceptorów;
- 3) czucie bólu przewodzone jest przez sznury tylne rdzenia kręgowego;
- 4) pierwsza bramka dla bodźców bólowych znajduje się w rdzeniu przedłużonym;
- 5) nocyceptory nie występują w części środkowej chrząstki międzykręgowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 16. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące obrazu klinicznego dziecka z postacią pozapiramidową mózgowego porażenia dziecięcego (mpd):

- A.** charakteryzuje się obniżonym napięciem mięśniowym, ataksją, poziom umysłowy dzieci jest zbliżony do normy, jest najrzadziej występującym zespołem w mpd.
- B.** niedowład dotyczy głównie kończyn dolnych, rzadziej wybiórczo kończyn górnych, często występuje u wcześniaków, kojarzy się z zaburzeniami wzroku słuchu, mowy oraz padaczką.
- C.** niedowład dotyczy prawych lub lewych kończyn, w ponad połowie przypadków postać ta charakteryzuje się atetozą.
- D.** obserwuje się ruchy mimowolne typu dystonii, atetozy, płasawicy, drżeń oraz zmiany napięcia mięśniowego, zaburzenia mowy mają charakter dyskinetyczny.
- E.** niedowład mięśni w większym stopniu dotyczy kończyn górnych niż dolnych, zwykle towarzyszy ciężkie upośledzenie umysłowe, z objawami rzekomoopuszkowymi i padaczką.

Nr 17. Zgłasza się pacjent, wykonujący zawód spawacza, z powodu osłabienia prawej kończyny górnej i ze sporadycznym krztuszeniem się. W badaniu stwierdza się odruch Babińskiego w prawej stopie, zanik mięśni kłębku kciuka prawego, fasykulacje w obrębie języka. Prawdopodobnie u pacjenta występuje:

- 1) stan po udarze mózgu o niewielkim nasileniu;
- 2) zatrucie gazami przy wykonywaniu zawodu spawacza;
- 3) choroba neuronu ruchowego;
- 4) choroba górnego neuronu ruchowego;
- 5) polineuropatia z niedoboru witaminy B12.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 18. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące rehabilitacji osób w ostrym okresie udaru krwotocznego:

- 1) zasady rehabilitacji osób w ostrym okresie udaru krwotocznego są inne niż w udarze niedokrwinnym;
- 2) pionizację osób w ostrym okresie udaru krwotocznego można rozpoczynać dopiero po około tygodniu od wystąpienia udaru;
- 3) pionizację osób w ostrym okresie udaru krwotocznego można rozpoczynać od drugiej, a nawet pierwszej doby od wystąpienia udaru;
- 4) w przypadku udaru krwotocznego diagnostykę zaburzeń połykania przeprowadza się w pierwszej dobie;
- 5) w przypadku udaru krwotocznego pacjent ma spokojnie leżeć w łóżku przez dwie doby.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 19. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące chodu hemiparetycznego u osób po udarze mózgu:

- 1) chód może być usprawniany metodą funkcjonalnej elektrostymulacji;
- 2) podczas funkcjonalnej elektrostymulacji stymulowany jest nerw strzałkowy wspólny;
- 3) w chodzie hemiparetycznym występują różnice czasu trwania fazy wymachu i podporu pomiędzy kończyną zdrową i niedowładną;
- 4) czas trwania fazy wymachu i podporu dla obu kończyn nie różni się;
- 5) czas podwójnego podporu jest dłuższy niż w chodzie prawidłowym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 20. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące jednostki motorycznej (ruchowej):

- 1) są to komórki ruchowe rogów przednich rdzenia kręgowego unerwiane przez jedną komórkę piramidową kory ruchowej;
- 2) w jednostce motorycznej pobudzenie jest przewodzone od komórki ruchowej do włókienek mięśnia poprzecznie prążkowanego;
- 3) jednostka motoryczna jest to komórka ruchowa rogów przednich rdzenia kręgowego lub jądra ruchowego nerwu czaszkowego i włókienka mięśnia poprzecznie prążkowanego przez nią unerwiane;
- 4) jednostka motoryczna może obejmować najwyżej 100 włókienek mięśnia poprzecznie prążkowanego;
- 5) w jednostce motorycznej pobudzenie jest przewodzone od obwodu do komórki ruchowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 21. Następstwem długotrwałego unieruchomienia jest zmniejszenie siły i masy mięśniowej. Największy przyrost masy mięśni i ich siły uzyskuje się przy stosowaniu ćwiczeń oporowych:

- A.** z maksymalnym obciążeniem i małą liczbą powtórzeń.
B. z submaksymalnym obciążeniem i małą liczbą powtórzeń.
C. z submaksymalnym obciążeniem i dużą liczbą powtórzeń.
D. maksymalnym obciążeniem i dużą liczbą powtórzeń.
E. z minimalnym obciążeniem i małą liczbą powtórzeń.

Nr 22. Do kryteriów rozpoznania młodzieńczej kifozy piersiowej - choroby Scheuermanna **nie należy**:

- A.** kifoza większa niż 40°.
B. kifoza mniejsza niż 20°.
C. nieregularna górna i dolna blaszka graniczna trzonu.
D. zwężenie przestrzeni międzykręgowej.
E. sklinowacenie trzonu większe niż 5°.

Nr 23. Do skolioz neuropochodnych (neuropatycznych) nie zalicza się skoliozy występującej w przebiegu:

- A. nerwiakowłokniakowatości (choroby Recklinghausena).
- B. ataksji Friedreicha.
- C. zespołu Marfana.
- D. mózgowego porażenia dziecięcego.
- E. choroby Heinego-Medina.

Nr 24. Szybkość progresji kątowej skrzywienia w skoliozach zmienia się wraz ze wzrostem wartości testu Rissera. Największe ryzyko progresji obserwuje się przy wartości testu:

- A. 3+.
- B. 5+.
- C. 2+.
- D. 4+.
- E. 0+.

Nr 25. Zmodyfikowana Skala Ashwortha stosowana do oceny spastyczności rozróżnia 6 stopni napięcia mięśniowego stwierdzanego przy ruchu:

- A. czynnym.
- B. czynno-biernym.
- C. wspomaganym.
- D. w odciążeniu.
- E. biernym.

Nr 26. Czynnikiem decydującym o braku efektywności leczenia farmakologicznego toksyną botulinową spastyczności u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym jest:

- A. oporność na toksynę botulinową.
- B. trafna ocena zaburzeń wzorców ruchowych.
- C. prawidłowy wybór mięśnia do ostrzyknięcia.
- D. właściwy przebieg procedury podania leku.
- E. wyznaczenie realnego celu leczenia.

Nr 27. Stymulacja prawidłowego rozwoju integracji sensorycznej nie obejmuje sfery:

- A. wzrokowej.
- B. słuchowej.
- C. ruchowej w zakresie motoryki dużej.
- D. dotykowej.
- E. zmysłu równowagi.

Nr 28. Objawem występującym jako pierwotny efekt zmienionej patologicznie komórki mięśniowej w DMD (dystrofii mięśniowej Duchenne'a), warunkującym programowanie procesu rehabilitacji jest:

- A. skolioza.
- B. przykurcze mięśni.
- C. osłabienie siły mięśniowej.
- D. kardiomiopatia.
- E. zmiana postawy ciała i wzorca chodu.

Nr 29. Kwalifikacja do programu rehabilitacji onkologicznej pacjenta po zabiegu operacyjnym nowotworu złośliwego powinna opierać się na:

- A. braku kwalifikacji do radioterapii.
- B. jedynie na ocenie stanu ogólnego pacjenta.
- C. braku kwalifikacji do chemioterapii.
- D. jedynie na ocenie histopatologicznej usuniętego operacyjnie nowotworu.
- E. łącznej ocenie stanu klinicznego pacjenta, rodzaju histopatologicznym nowotworu, planowanym dalszym leczeniu skojarzonym oraz dysfunkcjom towarzyszącym.

Nr 30. Po leczeniu chirurgicznym raka piersi u pacjentów z usuniętymi węzłami chłonnymi dołu pachowego po stronie operowanej w okresie pooperacyjnym konieczne jest:

- 1) łagodzenie bólu pooperacyjnego;
- 2) mobilizacja obręczy barkowej po stronie przeciwnej do strony operowanej;
- 3) kompresjoterapia kończyny górnej po stronie operowanej;
- 4) szybka aktywizacja i pionizacja;
- 5) mobilizacja obręczy barkowej po stronie operowanej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 31. W okresie do 12 miesięcy u pacjentów po chirurgicznym leczeniu raka piersi przy leczeniu obrzęku limfatycznego I/II stopnia kończyny górnej **nie zaleca** się do stosowania następujących zabiegów z zakresu fizykoterapii:

- 1) prądów diadynamicznych;
- 2) ultradźwięków;
- 3) drenażu pneumatycznego sekwencyjnego;
- 4) masażu mechanicznego (aquavibron) o małym natężeniu;
- 5) impulsowego pola elektromagnetycznego wysokiej częstotliwości.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 32. Z zakresu kinezyterapii we wczesnym okresie w rehabilitacji medycznej pacjentów po chirurgicznym leczeniu raka piersi przy leczeniu obrzęku limfatycznego I/II stopnia kończyny górnej najczęściej stosowane są:

- 1) ćwiczenia samowspomagane kończyn górnych;
- 2) ćwiczenia izometryczne kończyny górnej po stronie operowanej;
- 3) ćwiczenia czynne wolne kończyny górnej po stronie operowanej;
- 4) ćwiczenia w basenie;
- 5) nauka automasażu kończyny górnej po stronie operowanej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 33. W profilaktyce wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej u pacjentów po chirurgicznym leczeniu raka piersi z usunięciem węzłów chłonnych dołu pachowego konieczne jest:

- 1) nawilżanie kremami, olejkami i balsamami kończyny górnej po stronie operowanej;
- 2) unikanie ubrań, materiałów i przedmiotów powodujących ucisk tkanek kończyny górnej po stronie operowanej;
- 3) bandażowanie kończyny górnej po stronie operowanej;
- 4) unikanie skaleczeń i ukąszeń owadów skóry kończyny górnej po stronie operowanej, co może zagrażać zakażeniem przyrannym;
- 5) jak najszybsze rozpoczęcie nauki automasażu kończyny górnej po stronie operowanej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 34. Podczas interwałowego treningu wytrzymałościowego prowadzonego na cykloergometrze pomiędzy okresami pracy stosuje się następujące obciążenia (W- waty):

- A.** 0 W lub 10 W. **D.** 2% obciążenia stosowanego w fazie pracy.
B. 20-25 W. **E.** 5% obciążenia stosowanego w fazie pracy.
C. 30-35 W.

Nr 35. Zaletą cykloergometru (zarówno w trakcie próby wysiłkowej, jak i treningu wytrzymałościowego) jest:

- A.** wysoki poziom hałasu.
B. możliwość uzyskania dobrego technicznie zapisu EKG.
C. brak trudności z utrzymaniem wymaganego obciążenia.
D. wysoki koszt sprzętu.
E. możliwość oceny wydatku energetycznego niezależnie od masy ciała pacjenta.

Nr 36. Maksymalną wysiłkową częstotliwość skurczów serca dla danego wieku można wyliczyć za pomocą wzoru:

- A.** 205-wiek (w latach). **D.** 216-wiek (w latach).
B. 208-wiek (w latach). **E.** 220-wiek (w latach).
C. 212-wiek (w latach).

Nr 37. Do najczęściej stosowanych prób marszowych należy test 6-minutowy. Alternatywą dla niego jest próba marszowa wg Bassey. Polega ona na przebyciu określonego dystansu:

- A.** jednokrotnie.
B. dwukrotnie z różną prędkością chodu.
C. trzykrotnie z różną prędkością chodu.
D. czterokrotnie z różną prędkością chodu.
E. raz pod górę, a raz z góry.

Nr 38. Wskazaniem do wykonania 24-godzinnego automatycznego pomiaru ciśnienia tętniczego u chorych kwalifikowanych do rehabilitacji **nie jest**:

- A. diagnostyka hipotensji.
- B. podejrzenie nadciśnienia „efektu białego fartucha”.
- C. kontrola terapii hipotensyjnej.
- D. stan po wszczepieniu rozrusznika/defibrylatora.
- E. podejrzenie podwyższonych lub znacznie obniżonych wartości ciśnienia tętniczego w nocy.

Nr 39. Ćwiczenia forsowanego wydechu to:

- A. technika wykonywana tylko w trakcie drenażu autogennego.
- B. technika, której wykonanie ułatwia przedłużona artykulacja bezdźwięcznych głosek.
- C. ćwiczenia, w czasie których ciśnienie wewnątrzplucne jest równe atmosferycznemu z poziomu 1000 m n.p.m.
- D. technika, którą można wzmocnić przysiadami lub uniesieniem kończyn górnych.
- E. technika, która może być stosowana wyłącznie z pomocą fizjoterapeuty.

Nr 40. Rękoczynami wspomagającymi ewakuację wydzieliny, które można wykonywać nieprzerwanie w trakcie wdechu i wydechu (a nie selektywnie w trakcie jednej fazy oddechowej) są:

- A. wibracje.
- B. oklepywania.
- C. sprężynowania.
- D. wstrząsania.
- E. nie ma takich rękoczynów (wszystkie należy wykonywać w czasie wdechu).

Nr 41. W jakim mechanizmie działa aparat stosowany do efektywnej ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych o powszechnie znanej nazwie – Flutter?

- A. ujemnego ciśnienia wdechowego.
- B. ujemnego ciśnienia wydechowego.
- C. ujemnego ciśnienia wdechowo-wydechowego.
- D. dodatniego ciśnienia wdechowego.
- E. dodatniego ciśnienia wydechowego.

Nr 42. Prawidłowe wartości uzyskiwanego dystansu w sześciominutowym teście marszowym przez zdrowych dorosłych to:

- A. 698 m \pm 96.
- B. 798 m \pm 96.
- C. 898 m \pm 96.
- D. 998 m \pm 96.
- E. 1098 m \pm 96.

Nr 43. Skolioza idiopatyczna jest rozwojowym zniekształceniem kręgosłupa i tułowia. Według *Scoliosis Research Society* skoliozą jest wygięcie kręgosłupa, którego kąt mierzony sposobem Cobba na radiogramie przednio-tylnym wykonanym w pozycji stojącej wynosi co najmniej:

- A. 5°. B. 10°. C. 15°. D. 20°. E. 25°.

Nr 44. Ryzyko progresji zniekształcenia, jakim jest skolioza idiopatyczna, jest większe:

- A. u dziewcząt niż chłopców.
- B. im później została rozpoznana skolioza.
- C. w skoliozach jednołukowych niż pierwotnie dwułukowych.
- D. im mniejszy jest kąt Cobba w momencie rozpoznania.
- E. im mniejsza jest utrata fizjologicznej kifozy piersiowej.

Nr 45. Wskazaniem do rozpoczęcia leczenia gorsetowego u chorych ze skoliozą idiopatyczną, jest:

- A. brak progresji skrzywienia oraz wartość 5 w teście Rissera.
- B. progresja skrzywienia wynosząca w ostatnich pięciu latach 5-10 stopni kąta Cobba oraz wartość 5 w teście Rissera.
- C. progresja skrzywienia wynosząca w ostatnich pięciu latach 5-10 stopni kąta Cobba oraz aktualna wartość Cobba w granicach 15-20 stopni.
- D. progresja skoliozy i osiągnięcie przez nią 20-25 stopni według Cobba u chorych niedojrzałych biologicznie.
- E. progresja skoliozy i osiągnięcie przez nią 50-60 stopni według Cobba oraz pogłębienie fizjologicznej kifozy piersiowej powyżej 50 stopni.

Nr 46. Do podstawowych wskazań leczenia operacyjnego skolioz idiopatycznych należą – progresja skoliozy oraz wartości kątowe skoliozy (według Cobba):

- A. 25-30°. B. 30-35°. C. 35-40°. D. 40-45°. E. 45-50°.

Nr 47. Elementem składającym się na rozpoznanie choroby Scheuermanna nie jest:

- A. retrakcja miednicy.
- B. wiek wystąpienia objawów.
- C. ból grzbietu.
- D. kifoza – pogłębiona (nadmierne zagięcie kifotyczne na obszarze co najmniej 3 segmentów).
- E. zmiany kręgów w badaniu rtg.

Nr 48. Podział chronologiczny skolioz idiopatycznych nie wyróżnia skoliozy:

- A. wczesnodziecięcej.
- B. dziecięcej.
- C. młodzieńczej.
- D. noworodkowej.
- E. dorastających.

Nr 49. Kręgozmyk może występować w zróżnicowanej postaci. Wyróżnia się kręgozmyki:

- 1) dysplastyczny;
- 2) węzinowy;
- 3) postępujący;
- 4) degeneracyjny;
- 5) rzekomy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 50. Postać kliniczna rozszczepu kręgosłupa zależy od formy rozszczepu. Wyróżnia się następujące jego postaci:

- 1) ukryty rozszczep kręgosłupa;
- 2) bezobjawowy rozszczep;
- 3) jawny rozszczep kręgosłupa;
- 4) postępujący rozszczep kręgosłupa;
- 5) przepuklina oponowo-rdzeniowa.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 51. Przepuklinie oponowo-rdzeniowej mogą towarzyszyć:

- A.** wodogłowie.
B. zaburzenia neurologiczne ruchowo-czuciowe.
C. zaburzenia wegetatywne.
D. żadne z powyższych.
E. wszystkie wymienione.

Nr 52. Zespół Klippela-Feila może występować w formie:

- 1) zrostu kręgów szyjnych na kilku poziomach;
- 2) zrostu dwu kręgów szyjnych połączonego z anomalią w postaci półkręgów;
- 3) zrostu kręgów szyjnych z towarzyszącym zrostem kręgów w odcinku piersiowo-lędźwiowym;
- 4) zrostu kręgów szyjnych z towarzyszącymi zrostami żeber;
- 5) zrostu kręgów szyjnych z towarzyszącym rozszczepem kręgosłupa.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 53. Do rozwoju polskiej balneologii przyczynili się głównie:

- 1) Ludwik Bierkowski;
- 2) Wojciech Oczko;
- 3) Sebastian Kneipp;
- 4) Józef Dietl;
- 5) Jędrzej Śniadecki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 54. Postępowanie terapeutyczne w nieutrwalonym kręcu szyi polega na:

- 1) stosowaniu ćwiczeń biernych w celu zmniejszenia przykurczu;
- 2) wzmacnianiu mięśni strony przeciwnej;
- 3) układaniu dziecka z poduszką pod głową;
- 4) stosowaniu masażu relaksacyjnych przykurczonego mięśnia;
- 5) zapewnieniu korekcyjnego ułożenia dziecka.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 55. Do osiągnięć Galena zalicza się:

- 1) wprowadzenie klasyfikacji ćwiczeń;
- 2) zastosowanie zaopatrzenia ortotycznego;
- 3) wprowadzenie do literatury fachowej pojęcia „lordosis”;
- 4) wprowadzenie pojęcia „spondylosis”;
- 5) wprowadzenie określenia „kyphosis”.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 56. Do zasług Heleny Kuczalskiej należy:

- 1) wprowadzenie w Polsce mechanoterapii;
- 2) utworzenie Zakładu Gimnastyki Szwedzkiej;
- 3) opublikowanie podręcznika fizjoterapii;
- 4) utworzenie szkoły gimnastyki zdrowotnej i masażu;
- 5) spopularyzowanie w Polsce systemu gimnastyki Linga.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 57. U 25-letniego mężczyzny, który zgłosił się z powodu przewlekłych bólów krzyża, a w wywiadzie podaje przemijające obrzęki kolan i zapalenie tęczówki należy:

- A.** wdrożyć kinezyterapię i fizykoterapię dedykowaną okolicy kręgosłupa.
B. wykonać diagnostykę obrazową kręgosłupa w odcinku lędźwiowym.
C. podejrzewać zzsk i wykonać dalszą diagnostykę w tym kierunku z planowanym kompleksowym leczeniem.
D. podejrzewać rzs i zaplanować odpowiednią dalszą diagnostykę i terapię.
E. zlecić tylko zabiegi fizykalne na okolicę kręgosłupa, zakładając, że kinezyterapia zaostrzy objawy zmian zapalnych stawów kolanowych i stawów międzykręgowych.

Nr 58. Objawem, którego nie tłumaczy obecna wypuklina jądra galaretowatego dysku na poziomie L5-S1 jest:

- A.** niedowład zginaczy podeszwowych stopy. **D.** objaw Babińskiego.
B. zaburzenie czucia dermatomu S1. **E.** objaw lateralizacji tułowia.
C. objaw Trendelenburga.

Nr 59. U pacjentów po leczeniu operacyjnym dyskopatii, w przebiegu której wystąpił niedowład stopy, w leczeniu usprawniającym zleca się przede wszystkim:

- A. ćwiczenia poprawiające ogólną kondycję chorego.
- B. masaż całkowity kręgosłupa.
- C. sollux na okolicę lędźwiowo-krzyżową.
- D. ćwiczenia izokinetyczne.
- E. biostymulację laserową i masaż całkowity kręgosłupa.

Nr 60. Dla choroby Forestiere-Rotes-de Querol charakterystyczne są

- A. zmiany radiologiczne kręgosłupa, głównie w odcinku piersiowym i lędźwiowym, o charakterze hiperostozy z zajęciem trzech sąsiednich kręgów.
- B. zmiany radiologiczne w postaci zwężenia szpary stawowej i obecnych osteofitów w obrębie panewki stawu biodrowego.
- C. dolegliwości bólowe okolicy guza piętowego z radiologicznym obrazem jałowej martwicy guza kości piętowej.
- D. dolegliwości okolicy nadkłykcia bocznego i przyśrodkowego kości ramiennej.
- E. dolegliwości bólowe i brak możliwości szybkiego marszu z powodu zmian przeciążeniowych w obrębie główki pierwszej kości śródstopia.

Nr 61. U pacjenta po leczeniu operacyjnym dyskopatii w odcinku szyjnym z implantacją ruchomego dysku należy wdrożyć:

- A. dwumiesięczne bezwzględne unieruchomienie odcinka szyjnego kołnierzem, a następnie kinezyterapię.
- B. jak najszybciej realizowanie ćwiczeń poprawiających funkcje ruchowe głowy, po upewnieniu się o prawidłowej implantacji protezy dysku i braku powikłań w gojeniu się rany pooperacyjnej.
- C. fizykoterapię na okolicę karku, celem poprawienia jego funkcji.
- D. masaż okolic kręgosłupa w odcinku szyjnym, celem poprawienia jego funkcji.
- E. mobilizację i manipulację w odcinku szyjnym kręgosłupa, celem poprawienia jego funkcji.

Nr 62. U pacjenta z zespołem korzeniowym po sekwestracji lewobocznej jądra galaretowatego dysku na poziomie L5-S1 mogą pojawić się objawy:

- A. porażenia lub osłabienie prostowników stopy lewej ze zniesieniem lub osłabieniem czucia bólu na przednio-bocznej części łydki i okolic przyśrodkowo-grzbietowej części stopy lewej.
- B. osłabienia lub porażenia zginaczy podszwowych stopy lewej z osłabieniem lub zniesieniem czucia bólu na poziomie tylna-środkowej części łydki i okolic zewnętrznej krawędzi stopy lewej, z ujęciem palca V i IV tej stopy.
- C. osłabienia prostowników kolana lewego z osłabieniem lub zniesieniem czucia bólu na poziomie przyśrodkowej części łydki i okolic pięty.
- D. osłabienia lub porażenia zginaczy podszwowych i grzbietowych stopy lewej z osłabieniem lub zniesieniem czucia bólu na poziomie tylna-środkowej części łydki i okolic wewnętrznej krawędzi stopy lewej, z ujęciem palucha.
- E. osłabienia lub porażenia zginaczy kolana lewego z osłabieniem lub zniesieniem czucia bólu na poziomie przyśrodkowej części łydki i okolic pięty tej stopy.

Nr 63. U pacjenta po uszkodzeniu urazowym rdzenia kręgowego na poziomie segmentu C5 zachowana jest funkcja:

- A. zginaczy przedramion.
- B. zginaczy przedramion i prostowników nadgarstka.
- C. prostowników przedramion.
- D. zginaczy i prostowników przedramion.
- E. zginaczy i prostowników przedramion oraz prostowników nadgarstka.

Nr 64. Objawami zaburzeń ze strony stożka rdzeniowego po urazie kręgosłupa są:

- A. porażenie mięśnia czworogłowego i dwugłowego uda.
- B. porażenie spastyczne kończyn dolnych z uszkodzeniem zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu.
- C. porażenie mięśnia czworogłowego, zaburzenia erekcji i oddawania moczu.
- D. objawy automatyzmu pęcherza moczowego.
- E. porażenie mięśni strzałkowych, pęcherz moczowy autonomiczny ("wiotki"), brak napięcia mięśni zwieraczy odbytu, utrata erekcji odruchowej i psychogennej.

Nr 65. Typowymi konsekwencjami po całkowitym uszkodzeniu rdzenia kręgowego na poziomie C6 w okresie wczesnym (szoku rdzeniowego) są:

- A. porażenie kończyn dolnych, niedowład kończyn górnych, tachykardia, cechy niedodmy płucnej, nietrzymanie moczu.
- B. porażenie czterokończynowe z zachowaniem funkcji zginaczy przedramion oraz prostowników grzbietowych nadgarstka, bradykardia, hipotonia, skurcz oskrzeli ze wzmożoną sekrecją wydzieliny w drzewie oskrzelowym, zatrzymanie moczu.
- C. porażenie czterokończynowe, nietrzymanie moczu, objawy suchości w jamie ustnej, wzrost ciśnienia krwi.
- D. objawy tachykardii i wzrostu ciśnienia tętniczego, porażenie czterokończynowe z zachowaniem funkcji przedramion, nietrzymanie moczu.
- E. porażenie spastyczne kończyn dolnych, tachykardia, osłabienie szmeru pęcherzykowego nad płucami, zatrzymanie moczu.

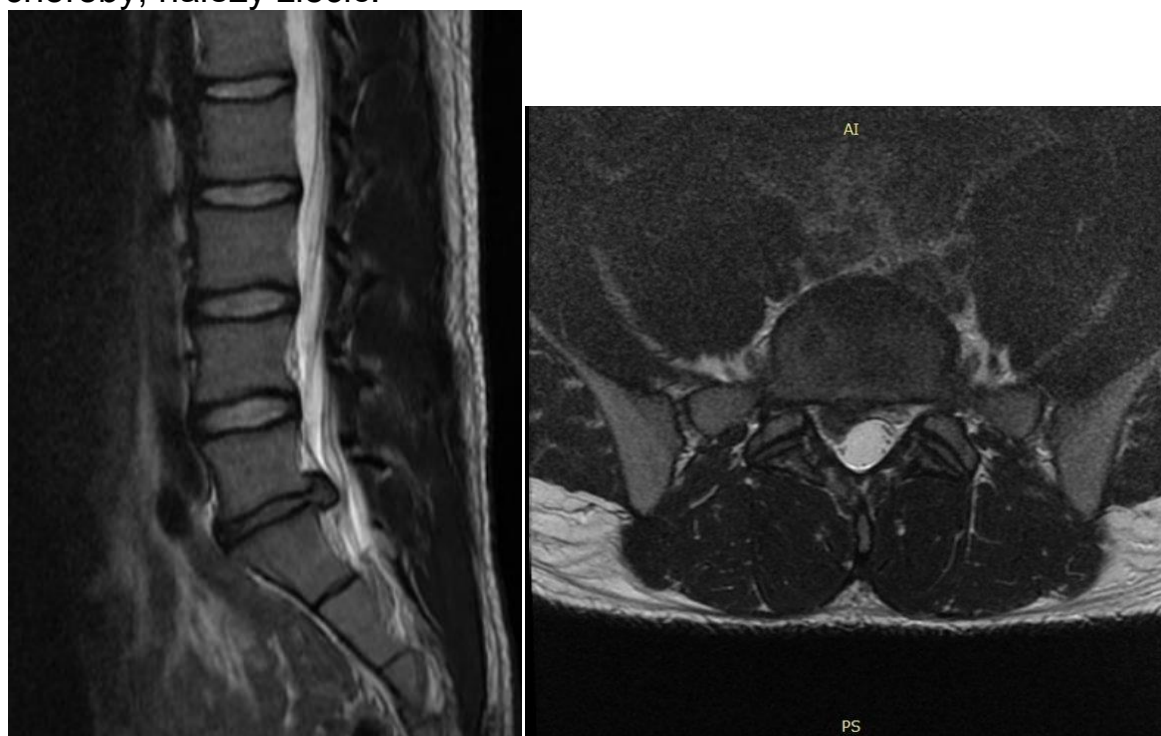
Nr 66. Skala Laitinena jest subiektywną oceną:

- A. • nasilenia się osłabienia funkcji kończyn w trakcie wykonywanej czynności, • stopienia osłabienia funkcji kończyn w zależności od długości przemierzanej drogi, • stopienia zaburzeń funkcji kończyn w zależności od czasu trwania wykonywanej pracy, • zaburzeń funkcji kończyn w czynnościach precyzyjnych.
- B. zaburzeń w poruszaniu się w zależności od: • stopnia pochylni po jakiej porusza się pacjent, • ilości pokonywanych schodów, • czasu trwania marszu po schodach w górę, • czasu trwania marszu podczas schodzenia.
- C. • nasilenia bólu, • częstotliwości występowania bólu, • częstotliwości zażywania środków przeciwbólowych, • ograniczenia aktywności ruchowej.
- D. • natężenia bólu, • stopnia nasilenia się bólu w zależności od rodzaju wykonywanej czynności rąk, • zależności bólu od pory doby, • wpływu bólu na zaburzenia snu.
- E. • charakteru dolegliwości bólowych w ciągu dnia, • zachowania się bólu w porze nocnej, • zachowania się bólu w trakcie marszu, • zachowania się bólu w pozycji siedzącej.

Nr 67. Skalą ASIA ocenia się:

- A.** poziom zaburzeń neurologicznych, sposób poruszania się oraz funkcje zwieraczy.
- B.** siłę mięśniową w wykorzystaniu skali Lovetta, zakres ruchu kończyny, oraz stopień zaburzeń czucia.
- C.** odrębnie funkcje ruchowe i czuciowe na podstawie określonych, konkretnych badań mięśni oraz dermatomów prawej i lewej połowy ciała.
- D.** charakter zaburzeń zwieraczy, rodzaj zaburzeń napięcia mięśniowego oraz stopień osłabienia siły mięśniowej.
- E.** charakter niedowładów, zaburzenia czucia oraz ograniczenia ruchowe kończyn.

Nr 68. U chorego, który zgłosił się do lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej z objawami bólu krzyża promieniującego do prawej kończyny dolnej i osłabioną siłą stopy prawej od kilku dni, a w badaniu stwierdzono siłą mięśniową zginaczy podszwowych 3 wg Lovetta, brak odruchu ze ścięgna Achillesa i następujący obraz badania NMR wykonanego w drugim dniu po pierwszych objawach choroby, należy zlecić:



- A.** fizykoterapię: prądy interferencyjne, biostymulację laserową oraz właściwie dobraną kinezyterapię.
- B.** konsultację u zabiegowego lekarza specjalisty, celem rozważenia w trybie pilnym leczenia operacyjnego.
- C.** leki z grupy NLPZ, ewentualne dodatkowe leki przeciwbólowe, przebywanie w pozycji ułożeniowej przeciwbólowej i pilną konsultację u zabiegowego lekarza specjalisty celem rozważenia leczenia operacyjnego.
- D.** leki z grupy NLPZ, fizykoterapię i próbę leczenia jedną z autorskich metod stosowanych w kinezyterapii (np metodą McKenziego).
- E.** leki z grupy NLPZ, fizykoterapię i techniki z medycyny manualnej, ewentualnie mobilizacje w obrębie kręgosłupa.

Nr 69. Odległość końca palców od podłoża umożliwia kontrolę kliniczną prowadzonego leczenia oraz pomiar długości całego kręgosłupa w zgięciu, ukształtowanie profilu kręgosłupa w zgięciu i jest niespecyficznym objawem zależnym od:

- A. funkcji stawu biodrowego, skrócenia mięśni kulszowo-goleniowych.
- B. funkcji stawu biodrowego, skrócenia mięśni kulszowo-goleniowych, ruchomości części lędźwiowej kręgosłupa, obecności objawu Lasegue'a.
- C. ruchomości części lędźwiowej kręgosłupa, obecności objawu Lasegue'a.
- D. ruchomości części lędźwiowej kręgosłupa, skrócenia mięśni kulszowo-goleniowych, funkcji stawu biodrowego.
- E. ruchomości części lędźwiowej kręgosłupa, skrócenia mięśni kulszowo-goleniowych, funkcji stawu biodrowego, elastyczności stawów krzyżowo-biodrowych.

Nr 70. Wody alkaliczne zawierają wodorowęglany i węglany oprócz chlorku sodu, bezwodnika kwasu węglowego i innych składników. Wody te:

- A. działają przeciwzapalnie.
- B. pobudzają układ krwiotwórczy.
- C. są stosowane do kuracji pitnej.
- D. polepszają ukrwienie błon śluzowych.
- E. są stosowane w nieżytach oskrzeli.

Nr 71. Uszkodzenia więzadeł (skręcenia) dzieli się na trzy stopnie: lekkie, średnie i ciężkie (wg American Medical Association). Jakie leczenie stosuje się w skręceniu średniego stopnia, w przypadku wystąpienia dużego obrzęku i krwiaka w pierwszych 3 dniach:

- 1) zimne i wysychające okłady;
- 2) unieruchomienie i leki przeciwbólowe;
- 3) ciepłe okłady i leki przeciwbólowe;
- 4) wysokie ułożenie kończyny;
- 5) okłady chłodzące według Kneippa, unieruchomienie;
- 6) kąpiele elektryczno-wodne.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 72. Wskaż podstawowe metody zwiększania zakresu ruchomości w stawach:

- 1) ćwiczenia rozciągające;
- 2) ćwiczenia oddechowe;
- 3) techniki terapii manualnej;
- 4) poizometryczna relaksacja mięśni;
- 5) ćwiczenia czynne wspomagane;
- 6) ćwiczenia bierne właściwe;
- 7) ćwiczenia izokinetyczne;
- 8) ćwiczenia rozluźniające;
- 9) metoda PNF;
- 10) trening oporowy.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,4,5,9. B. 3,5,6,7. C. 2,4,7,9. D. 5,6,8,10. E. 1,2,7,10.

Nr 73. W Polsce główną organizacją pozarządową prowadzącą rehabilitację środowiskową i zawodową osób po urazach rdzenia kręgowego jest:

- A. Stowarzyszenie Osób po Urazach Rdzenia Kręgowego.
- B. Fundacja Rehabilitacji Osób po Urazach Rdzenia Kręgowego.
- C. Fundacja Aktywnej Rehabilitacji.
- D. Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych SPINE.
- E. Stowarzyszenie Osób z Tetra- i Paraplegią.

Nr 74. System Aktywnej Rehabilitacji (idea, założenia) został opracowany w:

- A. Polsce. B. Szwecji. C. Wielkiej Brytanii. D. Kanadzie. E. USA.

Nr 75. Asymetryczny toniczny odruch szyjny (ATOS) należy do:

- A. odruchów prostowania.
- B. tonicznych odruchów postawy.
- C. reakcji równoważnych.
- D. odruchów statokinetycznych.
- E. tonicznych odruchów błędnikowych.

Nr 76. Metoda NDT-Bobath ma zastosowanie w rehabilitacji:

- A. wyłącznie niemowląt.
- B. wyłącznie dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową.
- C. niemowląt i dzieci z zaburzeniami rozwoju ruchowego oraz u osób dorosłych z neurogeną dysfunkcją narządu ruchu.
- D. osób dorosłych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa.
- E. wyłącznie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Nr 77. Metoda Vojty obejmuje:

- A. neurostymulację poprzez wyzwalanie reakcji równoważnych.
- B. diagnostykę neurokinezyjologiczną oraz rehabilitację przez wyzwalanie odruchowej lokomocji.
- C. wyłącznie wczesną diagnostykę neurokinezyjologiczną niemowląt.
- D. stymulację motoryki spontanicznej niemowląt.
- E. neurostymulację poprzez wyzwalanie odruchów tonicznych.

Nr 78. We wczesnej diagnostyce zaburzeń rozwoju ruchowego u niemowląt nie ma zastosowania:

- A. metoda NDT-Bobath.
- B. metoda Vojty.
- C. badanie odruchów pierwotnych.
- D. ocena ruchów globalnych wg Prechtla.
- E. metoda kierowanego nauczania wg Petö.

Nr 79. Klasyfikacja GMFCS (*Gross Motor Function Classification System*) jest stosowana do:

- A. wczesnej diagnostyki neurokinezyologicznej niemowląt.
- B. oceny jakościowej rozwoju ruchowego u dzieci niepełnosprawnych.
- C. oceny stanu narządu ruchu u osób dorosłych po udarach mózgu.
- D. określenia poziomu funkcjonalnego w zakresie motoryki dużej u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.
- E. oceny procesów integracji sensorycznej.

Nr 80. Zaopatrzenie ortopedyczne GRAFO (*ground reaction ankle foot orthosis*) to:

- A. sztywna orteza AFO z podparciem przedniej powierzchni piszczeli, której zadaniem jest zapobieganie nadmiernemu zgięciu grzbietowemu stopy w fazie podporu.
- B. elastyczna orteza na kończynę dolną zapewniająca mobilność w stawie skokowym.
- C. orteza z ruchomym zawiasem, zapewniająca zgięcie grzbietowe i podeszwowe w stawie skokowym.
- D. orteza AFO ze znacznie wyciętą częścią goleniową, której zadaniem jest poprawa płynności przeniesienia stopy.
- E. orteza na kończynę dolną obejmująca staw kolanowy, goleń i stopę.

Nr 81. Rehabilitacja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (mpd) powinna obejmować:

- A. głównie kinezyterapię, gdyż w mpd występują jedynie zaburzenia ruchowe.
- B. terapię neurorozwojową wg Vojty.
- C. kompleksową terapię funkcjonalną opartą na metodach popartych badaniami naukowymi, uwzględniającą wszystkie sfery rozwojowe dziecka oraz czynniki środowiskowe.
- D. intensywną stymulację układu nerwowego za pomocą wszelkich, dostępnych metod rehabilitacji.
- E. zaopatrzenie ortopedyczne dla każdego dziecka, bez względu na poziom funkcjonalny.

Nr 82. Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana jest aktualnie jako następujący produkt rozliczeniowy:

- A. porada lekarska rehabilitacyjna.
- B. porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa.
- C. porada lekarska rehabilitacyjna zabiegowa.
- D. porada lekarska rehabilitacyjna porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w warunkach domowych w warunkach domowych oraz porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w warunkach domowych.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 83. Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych realizowana jest w formie rehabilitacji:

- A. ogólnoustrojowej, pulmonologicznej, kardiologicznej, onkologicznej, neurologicznej.
- B. ogólnoustrojowej, pulmonologicznej, kardiologicznej, neurologicznej, geriatrycznej.
- C. ogólnoustrojowej, pulmonologicznej, kardiologicznej, neurologicznej, geriatrycznej, onkologicznej.
- D. ogólnoustrojowej, pulmonologicznej, kardiologicznej, neurologicznej.
- E. ogólnoustrojowej, kardiologicznej, neurologicznej, reumatologicznej.

Nr 84. Podstawową metodą leczenia obrzęku limfatycznego u pacjentów z chorobą nowotworową objętych leczeniem paliatywnym jest:

- A. manualny drenaż limfatyczny.
- B. kompleksowa terapia udrażniająca.
- C. kompresjoterapia (bandażowanie, masaż pneumatyczny, używanie rękawa lub nogawicy).
- D. kinezyterapia stymulująca krążenie chłonki.
- E. pielęgnacja skóry oraz ograniczenie przyjmowania leków powodujących retencję wody (kortykosteroidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne).

Nr 85. Kompleksowy program leczenia odleżyn powinien polegać na:

- 1) ocenie czynników mogących opóźniać gojenie rany (np. cukrzycy, niedokrwistości, niedobiałczenia, niewydolności krążenia) i ich leczeniu;
- 2) wdrożeniu odpowiedniego leczenia żywieniowego, zapewniającego w ciągu doby 1,25-1,5 g białka/kg m.c i ok. 30-35 kcal/kg m.c.;
- 3) redukcji ciśnienia, tarcia oraz sił ścinających między skórą a powierzchnią podłoża;
- 4) zastosowaniu metody wilgotnego leczenia ran, zapewniającej wysoką wilgotność między opatrunkiem a raną;
- 5) zastosowaniu oczyszczania, płukania, kontroli bólu, kontroli skażenia rany i zastosowaniu metody suchego leczenia ran, z wykorzystaniem suchych preparatów np. w postaci pudru.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 86. W przygotowaniu kikuta uda do protezowania należy stosować:

- A. opatrunek uciskowy na ranę pooperacyjną na szczycie kikuta.
- B. bandażowanie opaską elastyczną całego kikuta wysoko, aż do pachwiny z przejściem opaski dookoła brzucha.
- C. bandażowanie opaską elastyczną tylko szczytu kikuta z dużym uciskiem.
- D. układanie amputowanej kończyny w odwiedzeniu i zgięciu w stawie biodrowym.
- E. masaż kikuta.

Nr 87. Wskaż zdanie falszywe:

- A. kinezyterapia wpływa korzystnie na zmniejszenie uczucia zmęczenia związanego z chorobą nowotworową.
- B. stosowanie leczenia fizykalnego (np. prąd TENS) w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową jest bezwzględnie przeciwwskazane ze względu na ryzyko powstania odległych przerzutów.
- C. rehabilitacja jest skuteczna w leczeniu duszności u osób z nowotworem płuc.
- D. rehabilitacja zmniejsza następstwa zespołu unieruchomienia towarzyszącego pacjentom objętych leczeniem paliatywnym.
- E. rehabilitacja pozwala na zmniejszenie natężenia wielu objawów istotnie obniżających jakość życia chorych w okresie terminalnym, takich jak duszność, zaparcia, obrzęk limfatyczny, ból mięśniowo-powięziowy, zmęczenie związane z chorobą nowotworową.

Nr 88. Stopa protezowa bez przegubu, ze sztywnym rdzeniem skokowym i elastycznym klinem piętowym jest stopą typu:

- A. mobilizatora podeszwowego.
- B. dynamicznego.
- C. SACH.
- D. sportowego dla biegaczy.
- E. antypoślizgowego do kąpieli.

Nr 89. Orteza szynowo-opaskowa odciążająca całą kończyną dolną działa przez:

- A. zastosowanie elementów tulejkowych uda i goleni.
- B. podparcie guza kulszowego na półce siedzeniowej tulejki uda.
- C. podparcie na strzemieniu montowanym do obuwia leczniczego.
- D. zastosowanie szyny nadgrzebieniowej.
- E. zamek z blokadą tylną w przegubie skokowym.

Nr 90. U pacjenta z przykurczem zgięciowym palca drugiego ręki w stawie międzypaliczkowym bliższym należy zastosować ortezę:

- A. łokcia stabilizującą, elastyczną, regulowaną.
- B. palców ręki sztywną z tworzywa, unieruchamiającą, typu łuski Stacka.
- C. palców ręki redresyjną, korekcyjną, ze wspomaganiem, typu aparatu Capenera.
- D. dynamiczną typu Bunnela do ćwiczenia palców z gumowym naciąganiem o kierunku działania dłoniowym.
- E. nadgarstka, z szynami stabilizującymi po stronie grzbietowej i dłoniowej oraz ujęciem kciuka.

Nr 91. Pacjenta z pourazowym złamaniem kompresyjnym kręgu lędźwiowego pierwszego należy zaopatrzyć w ortezę:

- A. lędźwiowo-krzyżową elastyczną, korekcyjną.
- B. piersiowo-lędźwiowo-krzyżową niską z podpaszkami.
- C. piersiowo-lędźwiowo-krzyżową unieruchamiającą typu Jewetta.
- D. piersiowo-lędźwiowo-krzyżową korekcyjną typu Taylora.
- E. piersiowo-lędźwiowo-krzyżową korekcyjną typu Cheneau.

Nr 92. Rozpad dowolnych ruchów i utrata czynności automatycznych prowadzące do utraty i osłabienia odruchów postawy i koordynacji ruchów, asynergii lub dyssynergii, adiadochokinezy, dysmetrii, obniżenia napięcia zamiarowego oraz drżenia zamiarowego charakteryzuje:

- A. spastyczność. B. atetozę. C. ataksję. D. sztywność. E. wiotkość.

Nr 93. Pomiar osłabienia siły mięśniowej wg skali Lovetta wskazujący na obecność śladowego skurczu mięśniowego, wyczuwalnego jedynie palpacyjnie wskazuje na stopień:

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

Nr 94. Przyczynami dynamicznych deformacji narządu ruchu u dziecka z postacią spastyczną mózgowego porażenia są:

- 1) uszkodzenie generatora ruchu;
- 2) patologia napięcia mięśniowego;
- 3) zaburzenia wzrostu mięśni;
- 4) deformacje i zaburzenia biomechaniczne;
- 5) zaburzenia równowagi mięśniowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 95. Spastyczność jest objawem:

- A. uszkodzenia obwodowego układu nerwowego.
- B. długotrwale utrzymującej się sztywności mięśniowej.
- C. uszkodzenia górnego neuronu ruchowego.
- D. pierwotnych zmian reologicznych w obrębie brzośca mięśniowego.
- E. żadnego z wymienionych stanów.

Nr 96. Zespół objawów ruchowych i postawy (dysfunkcji ruchowej) wynikający z niepostępującego uszkodzenia mózgu to:

- A. dystrofia mięśniowa typu Bakera.
- B. mózgowe porażenie dziecięce.
- C. *arthrogryposis multiplex congenita*.
- D. niedowłady kończyn dolnych w przebiegu przepukliny oponowo-rdzeniowej.
- E. rdzeniowy zanik mięśni.

Nr 97. Załączony radiogram przedstawia stawy biodrowe dziecka w wieku 9 lat z mózgowym porażeniem dziecięcym typu tetraplegii spastycznej, GMFCS V. Właściwa decyzja lecznicza to:



- A. prowadzenie dalszej, systematycznej obserwacji klinicznej i radiologicznej.
- B. rozpoczęcie miejscowego leczenia spasmolitycznego przy pomocy toksyny botulinowej w celu poprawy stabilności stawów biodrowych.
- C. skierowanie na dalsze leczenie rehabilitacyjne w celu poprawy stabilności stawów biodrowych.
- D. skierowanie do leczenia ortopedycznego-operacyjnego.
- E. podjęcia decyzji o leczeniu spasmolitycznym przy pomocy podpajęczynówkowej infuzji baklofenu przy zastosowaniu tzw. „pompy baklofenowej”.

Nr 98. Rejestracja chodu u pacjenta z zaburzeniami lokomocji pochodzenia neurologicznego przeprowadzona w ustandaryzowanych warunkach, przy pomocy kamery wideo:

- A. nie ma jakiegokolwiek znaczenia klinicznego, nie istnieją techniki umożliwiające przeprowadzenie wiarygodnej oceny klinicznej.
- B. jest niemożliwa do przeprowadzenia z powodu dużych wymagań technologicznych.
- C. pozwala na śledzenie postępów choroby oraz ocenę wyników leczenia, istnieją wiarygodne metody oceny dwupłaszczyznowej chodu oparte na wyniku rejestracji wideo.
- D. jest możliwa do przeprowadzenia, lecz niedopuszczalna z powodów ochrony danych osobowych pacjenta.
- E. wszystkie powyższe stwierdzenia są fałszywe.

Nr 99. Podczas chodu fizjologicznego staw kolanowy osiąga wartość największego zgięcia w fazie:

- A. podparcia, która trwa przez 50% cyklu chodu.
- B. podparcia, która trwa przez 60% cyklu chodu.
- C. przenoszenia, która trwa przez 50% cyklu chodu.
- D. przenoszenia, która trwa przez 40% cyklu chodu.
- E. żadnej z powyższych.

Nr 100. Dziecko z mózgowym porażeniem, postać spastyczna, którego stan funkcjonalny został sklasyfikowany jako GMFCS II:

- A.** chodzi samodzielnie bez ograniczeń, stopień ryzyka zwichnięcia stawów biodrowych jest niewielki.
- B.** chodzi samodzielnie z niewielkimi ograniczeniami dotyczącymi trudnych powierzchni, ryzyko zwichnięcia stawów biodrowych jest niewielkie.
- C.** chodzi przy pomocy zaopatrzenia ortopedycznego (kule lub balkonik), ryzyko zwichnięcia stawów biodrowych jest umiarkowane.
- D.** nie chodzi samodzielnie, jedynie przy pomocy osób pomagających, samodzielnie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego, ryzyko zwichnięcia stawów biodrowych jest znaczne.
- E.** nie chodzi samodzielnie, porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego przy pomocy osób pomagających, ryzyko zwichnięcia stawów biodrowych oraz wystąpienia skoliozy jest znaczne.

Nr 101. Negatywnymi czynnikami ryzyka rozwoju lokomocyjnego i osiągnięcia umiejętności chodu u osoby z zaburzeniami neurorozwojowymi pochodzenia okołoporodowego np. w mózgowym porażeniu dziecięcym są:

- 1) obecność zwichnięcia stawów biodrowych;
- 2) obecność neurogennego bocznego skrzywienia kręgosłupa;
- 3) obecność przykurczy stawów kończyn dolnych i górnych;
- 4) stwierdzenie złamań kości długich w wywiadzie;
- 5) znaczna asymetria długości kończyn;
- 6) wystąpienie dolegliwości bólowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 102. Najczęściej stosowanym lekiem spasmolitycznym w leczeniu neurogennej deformacji końskiej stóp u dziecka z diplegią spastyczną w przebiegu mózgowego porażenia jest:

- A.** toksyna botulinowa. **B.** fenol. **C.** baklofen. **D.** lioresal. **E.** diazepam.

Nr 103. Mechanizm działania toksyny botulinowej polega na:

- A.** zmianie aktywności pompy sodowej komórki nerwowej.
- B.** hamowaniu osmozy jonów wapnia przez ścianę komórki mięśniowej.
- C.** denaturacji białek tworzących strukturę włókna nerwowego.
- D.** blokowaniu wydzielania acetylocholiny do przestrzeni synaptycznej połączeń nerwowo-mięśniowych.
- E.** żadnym z powyższych.

Nr 104. Wskaż prawdziwe stwierdzenie:

- A. leczenie spasmolityczne przy pomocy pompy baklofenowej jest metodą z wyboru w terapii spastyczności u osób z hemiplegią poudarową.
- B. leczenie spasmolityczne przy pomocy pompy baklofenowej jest metodą nieodwracalną w odróżnieniu od selektywnej tylnej rhizotomii, która jest metodą odwracalną.
- C. leczenie spasmolityczne przy pomocy pompy baklofenowej jest zarezerwowane dla chorych ze znacznie nasiloną spastycznością w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego bądź urazów rdzenia kręgowego i jest metodą odwracalną.
- D. leczenie spasmolityczne przy wykorzystaniu selektywnej tylnej rhizotomii jest zalecane jedynie w przypadkach chorych ze spastycznością w przebiegu stwardnienia rozsianego.
- E. żadne z powyższych stwierdzeń nie jest prawdziwe.

Nr 105. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące historii naturalnej skoliozy idiopatycznej:

- A. w licznych przypadkach skolioza pozostaje stabilna.
- B. do kąta Cobba 25 stopni nie da się przewidzieć kierunku rozwoju skoliozy.
- C. pogarsza się w okresie szybkiego rośnięcia.
- D. kąt zmniejsza się po I miesiączce.
- E. u dorosłych jest stabilna, o ile kąt Cobba jest mniejszy niż 30 stopni.

Nr 106. Rezonans magnetyczny znajduje zastosowanie w diagnostyce skolioz idiopatycznych do:

- A. wykluczenia zespołu Chiariego i zakotwiczenia rdzenia kręgowego.
- B. pomiaru kąta Cobba przed założeniem gorsetu.
- C. oceny kompensacji tułowia.
- D. odróżnienia skolioz strukturalnych od funkcjonalnych.
- E. oceny półkręgów i bloków kostnych.

Nr 107. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące kręgoszczeliny:

- A. powoduje chromanie przestankowe.
- B. polega na przesunięciu kręgu leżącego wyżej do przodu.
- C. ból występuje podczas przeprostu kręgosłupa lędźwiowego.
- D. jest rozpoznawana na RTG bocznym wg stopnia ześlizgu.
- E. najczęstszą przyczyną jest złamanie zmęczeniowe wyrostków stawowych.

Nr 108. W chorobie Scheuermanna nie występuje:

- A. skrócenie mięśni prostych uda i kulszowo-goleniowych.
- B. sklinowacenie 3-5 trzonów kręgów piersiowych.
- C. pogłębienie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa.
- D. promieniowanie bólu do kończyn dolnych.
- E. pogorszenie sylwetki pacjenta.

Nr 109. Leczenie umiarkowanych ($25-40^\circ$) skolioz idiopatycznych obejmuje:

- A. wyłącznie ćwiczenia usprawniające.
- B. wyłącznie leczenie gorsetowe.
- C. tylko leczenie operacyjne.
- D. połączenie ćwiczeń z leczeniem gorsetowym.
- E. wszystkie wymienione metody są nieskuteczne.

Nr 110. Magnetostymulacja nie jest przeciwwskazana z powodu:

- A. czynnej choroby nowotworowej.
- B. ciąży.
- C. implantów elektronicznych.
- D. implantów stawów i metalowych zespołów kości u pacjenta.
- E. czynnej gruźlicy płuc.

Nr 111. Właściwy dobór zabiegu magnetycznego - magnetoterapii opiera się na następujących parametrach:

- 1) czasie trwania zabiegu;
- 2) częstotliwości pola magnetycznego;
- 3) kształcie fali;
- 4) natężenia pola magnetycznego;
- 5) polaryzacji.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 112. Elektromiografia kliniczna znajduje zastosowanie w praktyce lekarza rehabilitacji w ocenie:

- 1) czynności bioelektrycznej mięśnia w chorobach pierwotnie mięśniowych jak miastenia;
- 2) mięśnia odnerwionego, w którym rejestruje się w spoczynku drżenia włókienkowe i pęczkowe;
- 3) siły skurczu;
- 4) aktywności wielu mięśni;
- 5) stanu napięcia mięśni przykręgosłupowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 113. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące postępowania rehabilitacyjnego w okresie reinerwacji nerwu po jego uszkodzeniu:

- A. stosuje się różne metody odtwarzania czucia powierzchniowego.
- B. stosuje się stymulację mięśni.
- C. stosuje się zabiegi cieplne.
- D. stosuje się ćwiczenia czynne.
- E. stosuje się ćwiczenia czynno-bierne.

Nr 114. Powikłaniami ogólnoustrojowymi w ostrym okresie udaru mózgu są:

- 1) hipoglikemia;
- 2) wzrost ciśnienia tętniczego;
- 3) zakrzepica żył głębokich;
- 4) zaburzenia połykania mogące prowadzić do zapalenia płuc;
- 5) narastający obrzęk mózgu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 115. Do powikłań porażenia połowiczego po udarze mózgu występujących w obrębie układu ruchu należą:

- 1) podwichnięcie w stawie barkowym;
- 2) przykurcz w stawach barkowym, łokciowym, stawach ręki;
- 3) końsko-szpotaawe ustawienie stopy;
- 4) rotacja wewnętrzna całej kończyny dolnej;
- 5) przeprost w stawie kolanowym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 116. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące skali Glasgow:

- A.** jest to skala do oceny świadomości.
- B.** chorzy będący w śpiączce mózgowej uzyskują najczęściej wartości poniżej 8 pkt.
- C.** skala opiera się na badaniu reakcji pacjenta na odpowiedź słowną i ruchową.
- D.** suma punktów uzyskanych w dwóch badanych reakcjach świadczy o ciężkości urazu.
- E.** maksymalna suma punktów w skali to liczba 15.

Nr 117. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące elektrod płaskich używanych w galwanizacji, wykonanych zwykle z folii cynowej lub silikonu:

- 1) dzięki swoim właściwościom elektrody dopasowują się do kształtów ciała;
- 2) są prostokątne lub kwadratowe o stałych, dopuszczonych przez przepisy wymiarach;
- 3) w celu uniknięcia występowania zagęszczeń prądu krawędzie elektrod i ich kąty muszą być zaokrąglone;
- 4) elektrody cynowe po użyciu wyrównuje się metalowym wałkiem;
- 5) elektrody specjalne mają różne kształty, w tym również elektroda Bergoniego, która jest półmaską.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 118. Radiologicznym kryterium wg Zmodyfikowanych Nowojorskich Kryteriów Kwalifikacyjnych dla rozpoznania zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa jest:

- A. obustronna sklerotyzacja panewki stawu biodrowego.
- B. zwężenie szpar stawów śródręczno-paliczkowych z lokalnym rozrzedzeniem struktury kostnej.
- C. syndesmofity w piersiowej i lędźwiowej części kręgosłupa.
- D. dyskopia lędźwiowa i podwichnięcie w stawie krzyżowo biodrowym.
- E. *sacroilitis* w stopniu co najmniej II obustronnie lub III-IV jednostronnie.

Nr 119. Test Rosera-Ortolaniego-Barlowa pozwala na ocenę niestabilności stawu biodrowego u pacjenta w okresie:

- A. przedszkolnym.
- B. dorosłości.
- C. niemowlęcym.
- D. szkolnym.
- E. noworodkowym.

Nr 120. Przyczyną przykurczu wyprostnego stawu kolanowego nie jest:

- A. długie unieruchomienie stawu.
- B. zarośnięcie zachyłka nadrzępkowego torebki stawowej.
- C. wtórny przykurcz prostowników st. kolanowego.
- D. wypełnienie dołu międzyłykciowego kości udowej ziarniną.
- E. przykurcz więzadła krzyżowego przedniego.

Dziękujemy !