

A2A0001

65 éves kor alatt nem célszerű osteoporosis szűréseket végezni az alacsony költséghatékonyság miatt.

Ez nem igaz, mivel már 50 éves kortól kell szűrni.

Igaz, sőt a kor mellett számos más kockázati tényező (csonttörés, immobilizáció, belszervi betegségek stb.) is kiemelendő.

Igaz, de 65 év felett kötelező szűrni mindenkit.

A2A0002

Az osteoporosis basisterápiája:

Mindenféle paramedicinális gyógymód.

A kalcium és az optimális D-vitamin terápia, sőt még a testedzés is ide sorolható.

Multivitaminok fogyasztása.

A2A0003

A D-vitamin napi ajánlott dózisa osteoporosis prevenció esetén a MOOT ajánlása alapján:

600-800 IU/d

800-1000 IU/d

400IU/d

A2A0004

A D-vitamin napi ajánlott dózisa osteoporosis kezelésére a MOOT ajánlása alapján:

400 IU/d

600-800 IU/d

minimum 800-1000 IU/d, amely individuálisan emelhető

A2A0005

Aktív D-vitaminok adása javasolt:

Beszűkült vesefunkció esetén

Ha a hagyományos D-vitamin kezelés hatástalannak tűnik.

Előrehaladott életkor esetén, ahol számolhatunk malabszorpcióval máj és vesefunkció beszűkülésével.

A2A0006

Hormonpótló kezelés csonttrikulációs betegeknek adható:

Mindenkinek, akinek nincs a családjában emlőrákos beteg.

Kifejezett menopausas tünetek esetén, ha az másképp nem csillapítható, a lehető legkisebb személyre szabott dózisban maximum 5 éven át szoros megfigyelés mellett.

Ma már csonttrikulációs betegek körében nem adjuk.

A2A0007

A biszfoszfonátok a postmenopausalis osteoporosis:

Első vonalbeli gyógyszerei

Második vonalbeli gyógyszerei

Harmadik vonalbeli gyógyszerei

A2A0008

Biszfoszfonát adása D-vitamin és kalcium nélkül:

Minden esetben hatásos, hiszen töréscsökkentési adatok szerint csípőtájékon és a csigolyatesteken is hat.

Secunder hyperparathyreosist hozhat létre, ami csontbontást eredményezhet-
tehát D-vitamin és kalcium pótlása nélkül a beteggel rosszat tehetünk!

A biszfoszfonát így is hatékony, de megemelkedhet a vizeletben a keresztkötés

AA0009

Az alábbiak közül magas csonttörési rizikófaktornak számít:

A paciens anamnesisében 50 éves kora után bekövetkezett típusos osteoporosisos

csonttörés.

Alacsony BMI.

Magas kollagén keresztkötés a serumban.

Tartós corticosteroid terápia a beteg anamnesisében.

Valamennyi tényező együtt a fentiek közül.

A második kivételével valamennyi tényező.

A harmadik kivételével valamennyi tényező

Az első kivételével valamennyi tényező

A2A0010

A kalcium citrát előnyei:

PH független felszívódás

Nagyobb biohasznosulás

Kevesebb gastrointestinalis mellékhatás

A citrát vizelettel történő ürülése során a kalcium vesekövesség elleni védelem.

Valamennyi a fentiek közül.

Az első és a harmadik válasz a jó.

Az első és a második válasz jó.

A második és harmadik válasz jó.

A harmadik és negyedik válasz jó.

A2A0011

A D-vitamin kezelés során ellenőrizendő a serum kalcium és a vizelet kalcium ürítés.

Ez igaz. Célszerű az 1., 3., 6. hónapban, majd évente ellenőrizni.

Nem szükséges, mivel hazánkban olyan nagyfokú kalcium és D-vitamin hiány van. Igen, évente egyszer.

A2A0012

A Menopausal Hormone Replacement Therapy (MHT) vizsgálata során a Women's Health Initiative (WHI) vizsgálat az alábbi adatokat szolgáltatotta a konjugált ösztrogén-MPA kombinációt szedő magasabb testtömegű átlagosan 65 éves populációban:

Emelkedett az invazív emlőcarcinoma

Emelkedett a coronariabetegség

Emelkedett az agyvérzés

Emelkedett a tüdőembolia

Emelkedett az epekövesség

Valamennyi állítás igaz a fentiek közül.

A2A0013

A biszfoszfonátok közül az alendronát, risedronát és ibandronát is elsővonalbeli szernek számít a postmenopausal osteoporosis kezelésében.

Igaz.

Nem igaz.

Az első kettő igen, a harmadik második vonalbeli.

A2A0014

A biszfoszfonátok hatásmódja:

A hidoxiapatit kristályokhoz kötnek, ott az osteoclastok phagocytosisa révén bomlanak a csontból, az osteoclastokban az apocytosist serkentik, azok kevesebb resorptios üreget fognak vájni és azok is kevésbé lesznek mélyek, így végső soron évek alatt többletcsont is képződhet.

A mineralizációt károsítják, frozen bone-t hoznak létre, ami rigid és ezáltal szilárd. Az osteoclastokat serkentik és az osteoblastokat is serkentik, ezáltal gyorsan átépül a beteg csontterület.

A2A0015

A SERM-ek (szelektív ösztrogén receptor modulátor):

A CORE vizsgálat adatai alapján 66%-kal csökkentette a raloxifen az invazív emlőrák és 76%-kal az ösztrogén receptor pozitív invazív emlőrák incidenciáját a nagy kockázatú csoportban.

Csökkenti a menopausa syndroma tüneteit.

Csökkenti az össz- és LDL koleszterin szintet.

Nem növeli a radiovascularis események gyakoriságát, sőt a CORE vizsgálatban a magas rizikójú ischémiás szívbeteg csoportban 40%-kal csökkent a kardiovaskuláris események száma a négy év alatt.

Valamennyi állítás igaz.

Valamennyi állítás igaz, a másodikat kivéve, mivel előfordul, hogy hőhullámot produkál a gyógyszer szedése.

Az első három állítás igaz, a többi nem.

Az utolsó állítást kivéve mindegyik igaz.

Az első állítást kivéve mindegyik igaz.

A2A0016

Melyik állítás igaz az alábbiak közül?

A parathormon növeli serum kalcium szintet, fokozza a csontresorptiot

Az intermittáló dózisban adott parathormon (teriparatid) erőteljes csontformációs tulajdonsággal rendelkezik

A teriparatid hatékonyan csökkenti a vertebrális és a non-vertebrális csonttöréseket a Fracture Prevention Trial szerint

Valamennyi állítás igaz a fentiek közül.

A2A0017

A stroncium ranelát:

Összetett hatásmechanizmusú szer, mivel formációt fokozó és resorptiot gátló hatással egyaránt rendelkezik.

Antiresorptiv hatású szer

Erőteljes formáció fokozó, egyéb hatása nem ismert. A SOTI és TROPOS vizsgálatokban kiemelkedő töréscsökkentést értek el vele a trabecularis és corticalis régióban egyaránt.

A2A0018

A kalcitonin hatóanyagra igaz :

Vasoactiv, azaz értágító hatású.

Antianalgeticus hatású, amely hatásmechanizmusát valószínűleg az endorfin-enkefalin rendszeren keresztül fejti ki.

Antiresorptiv hatású.

Mindhárom állítás igaz.

Az első állítás igaz.

A második állítás igaz.

A harmadik állítás igaz.

A2A0019

A fluorid terápiára jellemző:

A korábban használt NaF készítmények ún, frozen bone-t, azaz fagyott csontot hoztak létre. Denzitás növekedése ellenére újabb és újabb csonttörések következtek be a csontokon.

Elsővonalbeli készítmények.

Mind csípő, mind csigolyatestek törésére meggyőző töréscsökkentő adatokkal rendelkeznek.

A2A0020

Tiazidok adása indokolt:

Renalis hypercalciuria esetén.

Serum hypercalcaemia esetén.

Secunder hyperparathyreosis esetén.

A2A0021

Anabolikus androgének adása indokolt:

Férfiak hypogonadimusa esetében, különösen atrophias izomzat esetén, mivel erősíti az izomzatot is így véd az elesés ellen.

Prostata carcinoma preventioja céljából.

Alacsony serum kalcium és foszfor szint esetén, mivel ennek hátterében androgén hiány húzódik.

A2A0022

Mi a primer hyperparathyreosis lényege?

A mellékpajzsmirigy autonóm túlműködése, amely a harmadik leggyakoribb endokrin betegség.

A pajzsmirigy extrém túlműködése.

A mellékpajzsmirigy autológ túlműködése.

A2A0023

A primer hyperparathyreosis lehetséges tünetei:

Ismétlődő vesekő

Nagyfokú csonttömeg vesztés

Hypertonia

Gyomor, nyombél fekély

Depressio

Tünetszegénység

Az összes fenti állítás igaz, változatosak a tünetei.

Az első három állítás igaz.

Az első, harmadik és ötödik állítás igaz.

Az utolsó három állítás igaz.

A második és negyedik állítás igaz.

A2A0024

Milyen laboratóriumi eltérések jellemzik a primer hyperparathyreosist?

Serum kalcium emelkedett, serum foszfor csökkent, hypercalciuria, emelkedett

serum PTH

Serum kalcium csökkent, serum foszfor emelkedett, hypercalciuria, emelkedett serum PTH
Serum kalcium emelkedett, serum foszfor csökkent, hypocalciuria, csökkent serum PTH

A2A0025

Mi a secunder hyperparathyreosis lényege?

A mellékpajzsmirigy másodlagos túlműködése vegyi ártalom miatt.

A mellékpajzsmirigy másodlagos túlműködése valamilyen hypocalcaemia irányába ható inger miatt, amit fokozott működéssel kompenzál, ezért hyperplasia alakul ki.

A pajzsmirigy túlműködése valamilyen felszívódási zavar miatt.

A2A0026

Milyen laboratóriumi eltérések jellemzik a secunder hyperparathyreosist?

Serum kalcium emelkedett, serum foszfor csökkent, hypercalciuria, emelkedett serum PTH

Serum kalcium normális vagy csökkent, serum foszfor az alapbetegségtől függ, hypercalciuria vagy normális kalciumürítés, emelkedett serum PTH

Serum kalcium csökkent, serum foszfor emelkedett, hypercalciuria, emelkedett serum PTH

A2A0027

Mi a tertiar hyperparathyreosis lényege?

A mellékpajzsmirigy primer hyperplasiája

Hosszú ideig fennálló secunder hyperparathyreosist követően egy vagy több mellékpajzsmirigy autonommá válik és még a szükségesnél is több hormont termel.

Idősebb korban vírusfertőzésre bekövetkező túlműködés. Igen ritka, csak műtéttel gyógyítható.

A2A0028

A férfiak hypogonadizmusának az oka lehet:

Hypogonadotrop hypogonadizmus

A here elégtelen hormontermelése

Androgén rezisztencia

Valamennyi állítás igaz a fentiek közül

Egyik állítás sem igaz a fentiek közül.
Az első két állítás igaz a fentiek közül.
Az utolsó két állítás igaz a fentiek közül
Az első és utolsó állítás igaz a fentiek közül.

A2A0029

Az osteomalacia lényege:

Nagyfokú kalciumhiány, ami tetániás görcsökhöz is vezethet.

A D-vitamin hiánya, képződésének, aktiválódásának zavara, ami csont mineralizáció csökkenéséhez vezethet annak lágyulásával, elgörbülésével, csonttörésekkel.

A mellékpajzsmirigy alulműködése miatt kialakuló kórkép mineralizációs zavarokkal.

A2A0030

A felnőttkori osteomalacia klinika jelei:

Izomgyengeség

A gerincoszlop görbülete, végtagcsontok görbülete

Csontok érzékenysége, fájdalma

Vékony testalkat

Jellegzetes csonttörések kialakulása

Gyakori a betegek körében a hypotonia

Valamennyi igaz a fenti állítások közül

Az első három állítás igaz, a többi nem
Az első és utolsó állítás igaz, a többi nem.
Az utolsó három állítás igaz, a többi nem.

A2A0031

Az osteomalacia radiológiai tünetei:

Aspecifikus diffúz ásványianyagtartalom-csökkenés

Looser zónák, a csontok tengelyére merőleges pseudofracturák

Patológias csonttörések

Extrém mértékű cysta képződés a csöves csontokban

A diaphysisek magvastagodása, epiphysiseken feltöredezett corticalis

Az első három állítás igaz.

Az első négy állítás igaz.

Valamennyi állítás igaz.

Az utolsó két állítás igaz.

A2A0032

Az osteomalacia terápiája

Megfelelő mértékű D-vitamin és kalcium pótlás

Biszfoszfonát adása

Biszfoszfonát adása nagy adag kalciummal és mellé D-vitamin

A2A0033

Kinél gondoljunk a D-vitamin hiányára?

Malabszorpciós betegek

Tartósan corticosteroidot szedő betegek

Biszfoszfonátot D-vitamin nélkül szedők körében

Idős emberek körében

Tartósan otthonukban élők körében, akik nem mennek ki a napra

Beszűkült máj és vesefunkciójú betegek körében

Valamennyi állítás igaz, ezért a jövőben jobban odafigyelek rájuk.

Csak az első három állítás igaz.

Csak az utolsó állítás hamis.

Csak az utolsó három állítás igaz.

A2A0034

A corticosteroidok alkalmazása csontvesztést okozhat. Mikor a legnagyobb ennek a veszélye?

A tartósan elkezdett kezelés első félévében.

2-3 év után.

Dózistól függően , általában 1 év után.

A2A0035

Steroid osteoporosis esetén az elsőként választandó hatékony kezelési mód:

Biszfoszfonát kezelés

Biszfoszfonát kezelés megfelelő kalcium és D-vitamin pótlással

Kalcium és D-vitamin adása nagy adagban

A2A0036

Krónikus máj és vesebetegségek esetén lehet-e csontvesztésre számítani?

Igen. Tekintve, hogy a D-vitamin aktív formává történő átalakulása itt történik csontvesztéssel, osteomalaciás érintettséggel számolhatunk.

Igen. A hypophysis negatív autoregulációja miatt pozitív feedback lép fel ami a csontot bontja.

Nem, de feltétlen odafigyelést igényelnek ezek a beteg az egyéb szövődmények miatt

A2A0037

A rheumatoid arthritist kísérheti:

Lokalizált , periarticularis osteoporosis

Generalizált osteoporosis trabeculáris és corticalis csontvesztéssel egyaránt.

Mindkét állítás igaz.

Az első állítás igaz.

A második állítás igaz.

Egyik állítás sem igaz.

A2A0038

RA-s beteg több csigolyatöréssel rendelkezik, DEXA határozottan csökkent csonttömeget mutat. Kezelést igényel-e csontvesztése miatt?

Haladéktalanul, amit mielőbb meg kell szervezni.

Ráér a basisterápia beállítása után

A basisterápia megállítja a csontvesztést, így külön nem kell ezzel foglalkozni

A2A0039

Igaz-e, hogy a kalciumkezelés része a férfi osteoporosis terápiájának?

A kalcium is a D-vitamin is a basisterápiája, így ez teljes mértékben igaz.

Nem igaz, mert csak elvétve kell alkalmaznunk azt, amikor a kalciumtesztek megmutatják annak hiányát.

Igen, de férfiak esetében jóval ritkábban adunk kalciumpótlást, mint a nők esetében a bélrendszerük jobb felszívódási képessége miatt.

A2A0040

Bizonyítottak tekinthető-e a férfiak osteoporosisának kezelésében a biszfoszfonát kezelés?

Igen, ezért hazánkban is kiemelt támogatással írható a stroncium.

Igen, így az alendronát és rizedronát is alkalmazható az osteoporosisos férfi betegek kezelésében.

Nem, mert hiányoznak a megfelelően elvégzett placebo kontrollált randomizált multicentrikusan elvégzett törési adatok.

A2A0041

Körülbelül hány főre tehető a férfi osteoporosisos betegek száma hazánkban a becsült adatok-EVOS vizsgálat alapján?

150.000 férfi

300.000 férfi

50.000 férfi

A2A0042

Hazánkban évente 35 ezer radius distalis vég törés következik be csekély erőbehatásra, ami az osteoporoticus gyengült csontszerkezettel összefüggésbe hozható. Milyen arányban érintettek ebben a törésben a férfiak a nőkhöz képest?

10% a férfiak-90% a nők

30% a férfiak-70% a nők

50% a férfiak-50% a nők

A2A0043

Hazánkban 15-16 ezer csípőtáji törés következik be csekély erőbehatásra, ami az osteoporoticus gyengült csontszerkezettel összefüggésbe hozható. Milyen arányban érintettek ebben a törésben a férfiak a nőkhöz képest ?

10% a férfiak-90% a nők

33% a férfiak-66% a nők

50% a férfiak-50% a nők

A2A0044

Hazánkban 15-16 ezer csípőtáji törés következik be csekély erőbehatásra, ami az osteoporoticus gyengült csontszerkezettel összefüggésbe hozható. Az idős betegek közül minimum minden 5. beteg elhalálozik. Vajon milyen arányban érintettek a férfiak a nőkhöz képest a halálozásban?

A férfiak halálozása nagyobb arányú a nőkhöz képest azonos törött csoportlétszámot vizsgálva

A férfiak halálozása kisebb arányú a nőkhöz képest azonos törött csoportlétszámot vizsgálva

Egyenlő, de nincs jelentősége.

A2A0045

Hazánkban a csigolya deformitás prevalenciája nagyobb presenilis korban a férfiaknál, mint a nőknél, időskorban viszont nem különbözik a két nemben.

Ez igaz.

Nem igaz, mert a nőké végig nagyobb.

Nem igaz, mert a férfiaknál egész életkorukban emelkedettebb.

A2A0046

Az osteoporosis a férfiak esetében is heterogén betegség. Ez azt jelenti, hogy 60-80%-ban a gének, 20-40%-ban egyéb külső kockázati tényezők határozzák meg a fiatalkori csúcs-csonttömeg kialakulását és az azt követő csontvesztés mértékét.

Ez igaz.

Férfiak esetében ez nem igaz, mert itt csak az életmód számít, ami hazánkban jelentősen rontja az esélyeket.

Nem igaz, mert az életmód szerepe 90%-ban meghatározó. A genetika csekély mértékben fontos, de figyelmet érdemel.

A2A0047

A gyermekkori csontfejlődésben különbségek vannak a férfi és női nemek között. Mik ezek a különbségek?

A fiúk csontméretei-idős korban is- minden életkorban nagyobbak

A fiuknál a csonttömeg gyarapodásának nagyobb hányada esik a hormonoktól még független prepubertalis időszakra

Pubertásban nem áll le, hanem élethosszig folyik a férfiak corticalis csontjának periostalis appozíciója

Valamennyi állítás (1-2-3) igaz.

Csak az első két állítás igaz.

Csak az utolsó két állítás igaz.

Csak az első és utolsó állítás igaz.

A2A0048

Az osteoporosisos férfiakban a csontvesztés fő tényezője a formáció elégtelensége, amihez mérsékelten fokozott csontbontás társul.

Ez igaz.

Nem igaz, mert felgyorsul a formáció és reszorpció is.

Nem igaz, mert a reszorpció drasztikus mértékben megnő.

A2A0049

A férfi csontokban inkább vékonyodnak a gerendák, a női csontokban átszakadoznak, perforálódnak, ami a microarchitectura károsodáshoz és következményes csonttöréshez vezet.

Ez nem igaz, mert a férfiakban van ez inkább így, ezért is nagyobb a csípőtáji törések száma a körükben.

Igaz.

Nem igaz, mert a férfiakban a microarchitectura károsodása nélkül következnek be a csonttörések.

A2A0050

A secunder osteoporosisos formák kialakulása a férfiak körében gyakoribb, mint a nők esetében.

Ez igaz, hazánkban kiemelt szerepet kap az alkohol túlzott mértékű fogyasztása, a tartós corticosteroid kezelés, valódi hypogonadizmus, gyomorrezekció, tumoros osteopathia is.

Ez nem igaz, mert a nőknél nagyobb.

Nagyjából egyenlő arányban fordul elő a két nemben.

A2A0051

Milyen diagnosztikus küszöbértéket használunk a csontdenzitometriás mérések során a férfiak esetében a nőkhöz képest?

Ugyanolyan, értelemszerűen más a kontrollcsoport. (T score, Z score)

Speciális szorzókkal számolunk törési kockázatot

T score érték, ha -3.5 alatt van akkor beszélünk osteoporosisról.

A2A0052

Milyen gyakori a hypercalciuria a nőkhöz képest?

Gyakoribb a férfiak esetében.

Hasonló arányban fordul elő-elvétve.

Gyakoribb a nők esetében.

A2A0053

Vannak-e a férfiak körében aktív D-vitamin kezeléssel végzett felmérések, adatok?

Nincsenek bizonyítékok, ezért ritkán alkalmazzuk azokat.

Nincsenek, de jók a tapasztalataink

Igen, nyílt adatok vannak kedvező eredménnyel.

.

A2A0054

Mi a tiazid terápia indikációja bármely életkorban a férfi csonttrikulációs betegek körében?

Renalis hypercalciuria

Renalis hypocalciuria

Hypercalcaemia

A2A0055

Kalcium kezelést férfi osteoporosisban szinte mindig adunk. Kivéve:

Secunder hyperparathyresosis esetén

Nagyfokú renalis hypocalciuria esetén

Corticosteroidok adása esetén

A2A0056

A csonttrikulációs betegek esetében elsődleges a kórázati tényezők-porogén ártalom- kikapcsolása, kiiktatása.

Nem kell, hiszen a korszerű gyógyszerek segítenek ebben.

Ez teljes mértékben igaz, ezért is fontos a részletes anamnesis felvétele.

Nem igaz, mert nem tudunk semmit sem elhagyni, kiiktatni.

A2A0057

Csontrikulációs férfiak hypogonadizmusa esetén:

Nem adunk hormonpótló kezelést sohasem, mivel ez kockázatos.

Megfelelő androgén készítmény optimális dózisát alkalmazzuk.

Ösztrogén kezelést kap a beteg.

A2A0058

Férfiak steroid osteoporosisa esetén elsőként választandó szerek:

Személyre szabott hormonpótlás.

Biszfoszfonátok optimális kalcium és D-vitamin pótlással.

Biszfoszfonátok önmagában.

A3A0001

Az gerincbeteg anamnézis felvétele során többnyire mi a vezető tünet?

általános tünetek

a fájdalom

mozgáskorlátozottság

más ízületek érintettségére utaló tünetek

csak terheléskor jelentkező tünet

A3A0002

Ferde medence (dőlés) esetén mire gondolunk, hogy mi okozza az eltérést?

funkcionális scoliosis

hanyagtartás

congenitalis eltérés

alsóvégtagi hosszkülönbség

neurológiai deficit

A3A0003

Az oldalirányú scoliosis kompenzátságának meghatározása mi alapján történik?

Nincs fájdalma a betegnek.

A vertebra prominens és a farpofák között a talajra merőleges egyenes húzható.

Előrehajláskor nincs bordapúp.

Álláskor sincs bordapúp.

Nincs semmilyen aszimmetria a felsőtesten.

A3A0004

Mire utal a sacroiliacalis Mennel tünet pozitivitása?

degeneratív elváltozáskor pozitív
traumára specifikus
a sacroiliacalis ízület izgalmára, gyulladására
serdülőkorban vizsgáljuk
csípőízületi megbetegedésre

A3A0005

Miből alakul ki a porckorong nucleus pulposusa?

mezenchima
chorda dorsalis
Endoderma
Ectoderma
Csigolyatelepek porcosodásakor

A3A0006

Miből áll az elemi mozgásszegmentum?

az egész gerincen végig futó ligamentum flavum
két szomszédos csigolya és az őket összekötő struktúrák
kisízületek összessége
a csigolyatest és a kisízületekhez futó ívek
a processus spinosusokat összekötő ligamentum interspinosum

A3A0007

Mi a spondylolysis?

csigolyatest félbetörés
discus ruptura
a processus spinosus két részből áll
processus transversus letörése
a csigolyaív pars interarticularisanak megszakadása

A3A0008

Hol a leggyakoribb a spondylolisthesis?

a felső lumbalis csigolyák között
a háti szakaszon
a nyaki szakaszon
a dorso-lumbalis átmenetnél

az alsó lumbalis szakaszon

A3A0009

Milyen vizsgálattal tudjuk biztonsággal elkülöníteni a spondylolysist?

egyszerű fizikális vizsgálattal jól megítélhető

ap rtg felvételen

csak MR vizsgálattal

a ferde irányú Dittmar- felvétellel

oldalirányú rtg felvétellel

A3A0010

Mi a legjellemzőbb a lumbalizáció és sacralizáció esetén?

súlyos fejlődési rendellenesség

neurologiai deficit járul hozzájuk

fokozatos kezdettel, középkorúaknál, másodlagos degeneratív elváltozások kialakulásakor okoz panaszokat

a műtéti megoldás elkerülhetetlen

éjjel, nyugalomban okoz fájdalmakat

A3A0011

A gerinc degeneratív elváltozásai többnyire melyik struktúrájánál kezdődnek?

csigolyatest

a gerinc izmai

szalagok

porckorongok

kisízületek

A3A0012

A gerincbetegségeknel mi vezet szegment instabilitáshoz?

A porckorong elfajulás, dehydratio során a magasság csökken és így a hosszanti szalagok relatív feszessége csökken.

Infekció esetén

A kisízületek és a porcrések elmeszesedésekor

Minden degeneratív elváltozás kialakulásával létrejön

Tumor esetén

A3A0013

KITÖRÖLTETTÉK!!!

A3A0014

A degeneratív spinalis stenosisra mi utal?

verőérbetegség jelenléte

veleszületett elváltozás

a fájdalmak nyugalomban jelentkeznek

a szegmentum degeneratív folyamatai során az intraspinalis tér szűkebbé válik mozgásra jelentkező fájdalom alakul ki.

A3A0015

Discus hernia leggyakoribb előfordulási helye:

a nyaki csigolyák között

háti gerincszakasz

dorso-lumbalis átmenet

LII-III csigolyák között

LV-SI csigolyák között

A3A0016

Discus hernia esetén mi a legjellemzőbb?

csillapíthatatlan fájdalom

erős fájdalom és többnyire az adott magasságra jellemző neurológiai tünetek

hasi, vizeelési panaszok

éjjel egyre erősebb a fájdalom

állás megnyugtatóan hat a panaszokra

A3A0017

Vertebrogén eredetű derékfájdalomra jellemző:

éjjel, ágynyugalom fokozza a panaszokat

a panaszok háttérben valamilyen belgyógyászati kórkép áll

mindig alsóvégtagba sugárzó fájdalommal jár

az adott szegmentum bármely elemének funkciózavara mellett kialakult terhelés fokozta fájdalom, mely tehermentesítésre enyhül

mindig kíséri neurológiai eltérés

A3A0018

Mi a spinalis claudicatio?

gerincfájdalom

az alsóvégtagok jellemző járástávolság esetén jelentkező motoros erejének fájdalommal kísért gyengülése

ischiásra jellemző tünet

spina bifida

discus herniára jellemző tünetegyüttes

A3A0019

L5 gyöki compresszió esetén jellemző:

az egész végtag érzéketlensége

lokális nyomásérzékenységgel jár

a m. extensor hallucis longus gyengült és a sarokállás nem kivitelezhető

femoralis jel pozitív

vegetativum mindig károsodott

A3A0020

Discus hernia kezelése:

pozitív képalkotó vizsgálatok után műét

csak konzervatív - ágynyugalom, hatékony dózisban analgeticum és

gyulladáscsökkentés

elsősorban fizioterápia

ha a konzervatív kezelés ellenére neurológiai tünetek progressziója jelentkezik, akkor műtéti

alternatív megoldások

A3A0021

Discus hernia esetén akut műtét mikor javalt?

amennyiben a beteg ezt szeretné, mert ez biztosan megszünteti a sérvet

MR igazolta discus hernia, aminél a Lasegue tünet is pozitív

Cauda equina tünetegyüttes esetén

visszatérő lumboischialgia esetén

gyakori panaszoknál, preventive

A3A0022

Mi jellemző a csigolyák osteomyelitisére?

mindig heveny tünetek, súlyos általános állapot, magas láz kíséri

manapság használt antibiotikumok miatt bizonytalan tünetek előzik meg

csak rossz szociális és higiénés viszonyok mellett alakulhat ki

legyengült ellenálló képesség mellett alakulhat csak ki
a gyógyulás csaknem minden esetben blokkcsigolya képződéssel megy végbe

A3A0023

Mi a csigolya TBC esetén a legsúlyosabb szövődmény?

a csigolya után pulmonális TBC is kialakul
a beteg járványt indíthat el
a kialakuló sipoly zavarja a beteg életminőségét
kialakul a psoas tályog
súlyos csigolyadestrukció esetén kialakuló tályog, sequester, gibbus képződés gerincvelői kompressziót (paraplégiát) okoz

A3A0024

Spondylitis tuberculosa kezelése:

elsősorban sebészi
radioterápia
elsősorban gyógyszeres (kombinált gátlószeres) kezelés , szükség estén sebészi kezeléssel kiegészítve
első lépésben sebészi, és későbbiekben gyógyszeres
hosszas speciális szanatóriumi kezelés

A3A0025

Mi jellemző a pyogén spondylitisre?

leggyakrabban Pneumococcus okozza
a bakteriális fertőzés előzménye mindig műtéti komplikáció
a gennyes góc respektálja a csigolya zárólemezeit
a gennyes góc nem respektálja a szomszédos csigolyák zárólemezeit
contaminációval alakul ki

A3A0026

Csigolya osteomyelitis kivizsgálásánál igaz:

korai szakban csontizotóp vizsgálat már pozitív lehet
a korai szakban már másodlagos degeneratív jelek láthatóka a rtg felvételen
MR vizsgálatnak nincs értelme
CT az elsőként választandó vizsgálat
Klinikum a döntő

A3A0027

Mi jellemző SPA esetén?

női dominancia

az időskor betegsége

a gerinc ízületeinek és a sacroiliacalis ízületek idült, progresszív gyulladása, és elmeszesedése, mely során a gerinc merevvé válik

nincs familiáris halmozódás

a gerinc elmerevedése a másodlagos degeneratív elváltozások következménye

A3A0028

A szeronegatív spondylarthritisre nem jellemző:

általános tünetek- hőemelkedés, étvágytalanság, fogyás, fáradtság kísérheti
belső szervi érintettség is kísérheti

a sacroileitis éjjel nem okoz fájdalmat, mozgásra jelentkezik mindig

radiológiai eltérés nélkül a gerinc mozgástartományának beszűkülése megfigyelhető
extrasceletalis tünetekkel is járhat

A3A0029

SPA kezelésére jellemző:

NSAID

Elsősorban fájdalom csillapítás

Biológiai (célzott) terápia elsőként

Fontos a nyugalomba helyezése a betegnek

krónikus betegséggént a beteg vezetése elsődleges, a betegség aktivitásának megfelelő terápiával

A3A0030

SNSA kórképekre nem jellemző:

RF pozitivitás

Krónikus gyulladós bélbetegség mellett kialakult spondylarthritis

gyakori a HLAB27 antigén jelenléte

férfi túlsúly jellemző a betegekre

psoriasis vulgaris mellett is jelentkezhet spondylarthritis

A4A0001

A Popeye-sign előfordul

a m. biceps brachii hosszú fej inának leszakadása

a m. subscapularis szakadása

m. infraspinatus inának szakadása

m. brachioradialis inának szakadása esetén

A4A0002

A rotátorköpenyt alkotják egy kivételével

m. pectoralis major

m. supraspinatus

m. infraspinatus

m. subscapularis

A4A0003

SLAP-laesio esetén a következő képletek sérültek:

coracoacromialis szalag

coracoclavicularis szalagok

a felső labrum a biceps-ín eredésével

a m. supraspinatus tapadása a tuberculum maius humerin

A4A0004

Pozitív az ún. palm-up teszt a következő esetben

AC ízületi gyulladás

AC ízületi ficam

a m. biceps hosszú fejének tendinitise

a rotátorköpeny szakadása

A4A0005

A következő vizsgálatok közül az impingement megítélésére szolgál

AC teszt

Apprehenzió vizsgálata

90 fokos glenohumeralis ízületi abdukció mellett a felkar ki és berotatiója

az ún. belly-press teszt

A4A0006

Működését a Speed-teszttel vizsgálhatjuk

m. infraspinatus

m. subscapularis

m. biceps brachii

m. serratus anterior

A4A0007

Működésének kiesése a scapula alata jelenséget okozza

m. infraspinatus

m. latissimus dorsi

m. levator scapulae

m. serratus anterior

A4A0008

Pozitív az elülső apprehenziós teszt a következő esetben

vállízületi adhesiv capsulitis

m. supraspinatus szakadás

traumás elülső-alsó glenohumeralis instabilitás

a m. biceps brachii hosszú fejének intraarticularis (vállízületbeni) szakadása

A4A0009

A m. biceps brachii hosszú fej inának szakadása esetén

minden esetben konzervatív kezelést végzünk

minden esetben műtéti kezelést végzünk

fiatal betegnél friss sérülés esetén főleg műtéti rekonstrukciót végzünk

idős korban törekszünk a műtéti ellátásra

A4A0010

Általában nem okozza az AC ízület gyulladással degeneratív betegségét (osteoarthritis)

AC ízületi ficam

distalis claviculavég necrosis

m. biceps brachii inának szakadása

az intraarticularis discus degeneratív folyamata

A4A0011

Pozitív zongorabillentyű tünetet észlelünk a következő esetben:

az AC ízület krónikus gyulladása

az AC ízület krónikus ficama

a rotátorköpeny inveterált szakadása

posttraumás glenohumeralis ízületi instabilitás

A4A0012

Pozitív az ún. sulcus-tünet a következő esetben

a m. supraspinatus részleges szakadása

a m. supraspinatus komplett szakadása
a m. biceps brachii hosszú fejének szakadása
multidirekcionális glenohumeralis ízületi instabilitás

A4A0013
SLAP-laesio esetén sérült a.....

m. biceps brachii rövid fejének eredése
m. biceps brachii hosszú fejének eredése valamint a felső labrum glenoidale
m. supraspinatus tapadása
m. latissimus dorsi tapadása

A4A0014
Tendinitis calcificans esetében a mészlerakódás területe a.....

m. infraspinatus eredése
m. latissimus dorsi tapadása
m. supraspinatus tapadásához közeli avascularis zónája
m. subscapularis eredése

A4A0015
Krónikus AC ficam kezelésére alkalmazható eljárások, kivéve.....

dróttűzés + húzóhurok
csavaros rögzítés a clavícula és a proc. coracoideus között a szalagvégek adaptációjával
arthroscopos subacromialis decompressio
a coracoacromialis szalag áthelyezése (Weaver-Dunn műtét)

A4A0016
A befagyott vállra nézve igaz megállapítás, kivéve:....

lehet primaer ill. secundaer
gyógyulása évekig eltarthat
többnyire műtéti kezelést igényel
az esetek túlnyomó többségében konzervatívan eredményesen kezelhető

A4A0017
A befagyott váll kezelésénél alkalmazott módszer, kivéve.....

intraarticularis szteroid injekció
bemozgatás narcosisban
arthroscopos biceps-ín tenotomia
arthroscopos capsulotomia és adhesiolysis

A4A0018

Vállízületi primaer arthrosisban alkalmazott eljárás, kivéve.....

konzervatív kezelés (gyógytorna és fizioterápia)

arthroscopos ízületi debridement

distalis claviculavég resectio

vállízületi teljes endoprotézis beültetése

A4A0019

Impingement syndromára igaz, kivéve.....

a vállfájdalmak leggyakoribb oka

többnyire 40 éves kor felett jelentkezik

hajlamosíthat rá az acromion kampós alakja

a labrum glenoidale elülső részének szakadásával jár

A4A0020

Impingement syndroma kezelésében **nem alkalmazott** eljárás:

vállízületi aktív és passzív gyógytorna

rotátor köpeny arthroscopos varrata

akromioplastika

ízületi tok szűkítő műtét

A4A0021

Impingement syndroma esetén észlelhető, kivéve.....

a humerusfej cranialis irányba történő elmozdulása

az acromioclavicularis ízület ficama

a váll elevatiójának fájdalmas gyengülése

az acromioclavicularis ízület osteoarthritis

A4A0022

Rotátorköpeny szakadás bekövetkezhet, egyet kivéve.....

a m. supraspinatus inának avascularis zónájában

a m. subscapularis inának területén

a m. infraspinatus inas tapadásán

a m. latissimus dorsi inának perifériás harmadában

A4A0023

Melyik állítás igaz ?

a m. supraspinatus inának szakadása a berotatio gyengülését okozza
a m. subscapularis inának szakadása a kirotatio gyengülésével jár
a nervus axillaris működésének kiesésénél a m. deltoideus aktív működése megszűnik
a m. latissimus dorsi a váll kirotatiójának erejét adja

A4A0024

A váll ún. pseudoparalysise esetén.....

a m. deltoideus funkciója sérült
a m. pectoralis aktív mozgása kiesett
a biceps-ín szakadása okozza a problémát
főként a m. suprapinatus inának szakadását látjuk

A4A0025

Befagyott vállra jellemző.....

minden esetben észlelünk az ízületi tokban mészklerakódást (bursitis calcarea)
gátolt a kirotatio és az abdukció
inkább a berotatio akadályozott
kórosan tágult az ízületi tok

A4A0026

Habitualis vállficam esetén.....

a humerusfej leggyakrabban hátra és lefelé hagyja el a vágát
a luxatio az AC ízületben következik be
a humerusfejen impressziós törés (Hill-Sachs laesio) alakulhat ki
általában negatív az apprehenziós teszt

A4A0027

Vállízületi instabilitás esetén alkalmazható eljárás.....

m. biceps-ín tenodesis
ízületi tok-plasztika Neer szerint
m. latissimus dorsi ínát helyezés
acromioplastica

A4A0028

A subacromialis decompressió m. biceps-ín tenodesis műtét elengedhetetlen mozzanata
m. biceps-ín tenodesis
ízületi tok-plasztika Neer szerint
m. latissimus dorsi ínát helyezés
acromioplastica

A4A0029

Vállízületi arthrosis kezelésében végzett módszerek, kivéve.....

arthroscopos debridement

ízületi tok plasztika (Neer-műtét)

vállízületi hemiarthroplasztika

inverz, ún. delta protézis beültetés

A4A0030

Nervus thoracicus longus sérülés esetén észleljük, kivéve.....

a váll aktív elevációja csökken

a m. biceps brahii működése csökken

scapula alata alakul ki

a m. serratus anterior működése kiesik

A4A0031

Degeneratív szakadása leggyakoribb....

m. biceps brachii rövid fejének ína

m. supraspinatus ínas része

m. latissimus dorsi

m. infraspinatus

A4A0032

Inveterált szakadásának késői következményeként rotátor köpeny arthropathia jelentkezik....

m. teres major

m. supraspinatus

m. latissimus dorsi

m. biceps brahii hosszú feje

A4A0033

Multidirekcionális (vállízületi) instabilitás esetén végezhető eljárás...

m. biceps ín tenodesise

thoracoscapularis fusio

Neer-szerinti ízületi tok plasztika

processus coracoideus áthelyezés a glenoidalis peremre (Latarjet műtét)

A4A0034

Elülső-alsó vállízületi instabilitás esetén indikált műtéti eljárás...

biceps ín tenodesis
thoracoscapularis fusio
hátsó tok szűkítés

processus coracoideus áthelyezés a glenoidalis peremre (Latarjet műtét)

A4A0035

A tendinitis calcificans vezető tünete....

vállízületi instabilitás
a biceps inának szakadása
mészlerakódás a subacromialis bursában
a váll fájdalma, melyet fokozódó mozgásbeszűkülés kísér

A4A0036

Vállízületi tendinitis calcificans kezelésére használatos módszer, kivéve.....

arthroscopos debridement
arthroscopos Bankart-műtét
nyílt acromioplastica és debridement
ultrahangos lökéshullám (shock-wave) kezelés

A4A0037

Vállízületi tendinitis calcificanshoz hasonló panaszokat és klinikai tüneteket okozhat, kivéve....

rotátorköpeny szakadás
befagyott váll
nyaki porckorng sérv
vállízületi instabilitás

A4A0038

Vállízületi tendinitis calcificans esetén végzett fizikális vizsgálatkor többnyire észleljük, kivéve.....

vállízületi instabilitás
subacromialis impingement tünetei
fájdalmas abdukció-eleváció
tuberculum maius humeri nyomásérzékenysége

A4A0039

Vállízületi tendinitis calcificans esetén...

a vállízület instabilitása mindenkor észlelhető
befagyott váll jelenségét észleljük

minden esetben panaszok, fájdalmak jelentkeznek
előfordulhat panaszmentesség is

A4A0040

A rotátor köpeny szakadása.....

mindig fájdalommal jár

leggyakrabban degeneratív elváltozások következménye

leggyakrabban sérülés következménye

mindig pseudoparalysissal jár

A9A0001

Mit jelent az, hogy rhizomeliás törpeség?

A rhizomeliás törpeség esetén minden csont növekedése elmarad, így arányaiban normális, de az átlagosnál alacsonyabb termet alakul ki.

Rhizomeliás törpeségnél normál törzsmagasság mellett a végtagok proximális részeinek, a femurnak és a humerusnak a rövidülése dominál.

Rhizomeliás törpeségnél a törzs magassága normális, csak a végtagok distalis részeinek (radius, ulna, tibia, fibula) rövidegét észleljük.

Miután csak a csigolyák érintettek rhizomeliás törpeségben, ezért normális hosszúságú végtagok mellett a betegek törzse rövid.

A rhizomeliás törpeségnél a végtagok rövidek és tömzsiek, bizonyos növények rhizomájához hasonlítanak, innen származik az elnevezés is.

A9A0002

Milyen öröklődést mutat az achondroplasia?

autoszomális recesszív

autoszomális domináns

X kromoszómához kötött recesszív

X kromoszómához kötött domináns

Polygénés

A9A0003

A csont mely részének fejlődési rendellenessége az achondroplasia?

a teljes csontot érinti

epiphysis

metaphysis

diaphysis

növekedési porc

A9A0004

Milyen típusú törpeséget okoz az achondroplasia?

proportionált törpeséget

rhizomeliás törpeséget

az achondroplasia nem okoz törpeséget

thanatophor törpeséget

mesomeliás törpeséget

A9A0005

Melyik az az elváltozás, mely achondroplasiás betegeknél életveszélyt okozhat?

canalis spinalis stenosis

szűk foramen magnum

foramen intervertebrale szűkülete

hydrocephalus

nyitott foramen ovale

A9A0006

Milyen alsó végtagi deformitásokkal nem találkozhatunk achondroplasiás betegeknél?

pes equinovarus

genu recurvatum

genu varum

coxa vara

pes planovalgus

A9A0007

A csont mely részének fejlődési rendellenessége a multiplex epiphysealis dysplasia?

a teljes csontot érinti

metaphysis

diaphysis

növekedési porc

epiphysis

A9A0008

Milyen öröklésmenetet mutat a multiplex epiphysealis dysplasia?

autoszomális domináns, ritkábban X kromoszómához kötött

X kromoszómához kötött recesszív

semmilyen, nem öröklődő betegségről van szó

autoszomális domináns, de recesszív is lehet

autoszomális recesszív

A9A0009

Milyen radiológiai elváltozásokat látunk multiplex epiphysealis dysplasiás betegek csípő röntgen felvételein?

Kiszélesedett femur metaphysisek mellett ellapult epiphysisek láthatók.
Feltöredezett proximalis femur epiphysisek mellett meredek csípőízületi vápát, időnként subluxatiót is láthatunk.

A femur proximalis metaphysisén kirágottság, az epiphysiseken feltöredezettség látszik.

Normálisan fejlődő metaphysisek mellett feltöredezett epiphysiseket látunk.
Subchondralis cystákat látunk a vápában és a femurfejben.

A9A0010

Milyen gyermekkori csípőbetegséggel téveszthető össze a multiplex epiphysealis dysplasia csípőben észlelt elváltozása?

coxitis transitorica

epiphyseolysis capitis femoris

Perthes-betegség

femurfej necrosis

coxarthrosis praecox

A9A0011

Mi a legfőbb cél a multiplex epiphysealis dysplasiás betegek kezelésében, gondozásában?

A súlyos törpeség kialakulásának megakadályozása korán kezdett növekedési hormon terápiával.

A deformált végtagok korigálása osteotomiákkal.

A korai arthrosis megelőzése és a fájdalom csökkentése fizioterápiával, testsúlykontrollal és osteotomiákkal.

Az arthrotikus ízületek teljes felszínpótló protetizálása.

A törpeség miatti pszichés problémák kezelése, szocializáció

A9A0012

Milyen a multiplex epiphysealis dysplasiás betegek felnőttkori testmagassága?

A multiplex epiphysealis dysplasia nem okoz elmaradást a növekedésben.

A multiplex epiphysealis dysplasia súlyos fokú dysproportionált törpeséget okoz.

A multiplex epiphysealis dysplasiás betegek közel normális, az átlagosnál kissé alacsonyabb testmagasságot érnek el.

A multiplex epiphysealis dysplasiás betegek az átlagosnál magasabbak, nyúlánk testalkatúak.

A multiplex epiphysealis dysplasiás betegek rendszerint nem érik meg a felnőttkort.

A9A0013

Mi okozza a legnagyobb problémát a multiplex epiphysealis dysplasiás betegek életminőségének tekintetében?

A gerinccsatorna szűkülete miatt kialakult neurológiai tünetek.

A deformált ízületekben kialakult arthrosis miatti fájdalom.

Az alacsony termet miatti szocializációs zavarok.

Az ízületek kóros fejlődése következtében kialakuló ízületi mozgásbeszűkülés.

A mentális retardatio.

A9A0014

Milyen elváltozást nem észlelhető multiplex epiphysealis dysplasia recesszív formája esetén?

genu valgum

szápadhasadék

clinodactylia

hypertelorismus

dongaláb

A9A0015

A csont mely részének rendellenessége a dysplasia epiphysealis hemimelica?

növekedési porc

epiphysis és metaphysis

diaphysis

metaphysis

epiphysis

A9A0016

Milyen öröklődést mutat a dysplasia epiphysealis hemimelica?

autoszomális domináns, ritkábban X kromoszómához kötött

x-hez kötött recesszív

semmilyen, nem öröklődő betegségről van szó

autoszomális domináns, de recesszív is lehet

autoszomális recesszív

A9A0017

Mely csontokon (mely régióban) találkozunk a leggyakrabban dysplasia epiphysealis hemimelicával?

csukló és könyök (radius, ulna)

vállízület (scapula, humerus)

csípő (femur)
a térd körül és a taluson
thoracalis csigolyák

A9A0018

Milyen panaszokat nem okozhat a dysplasia epiphysealis hemimelica?

terheléskor jelentkező dyscomfort, fájdalom
duzzanat
korai arthrosis
az érintett csont megrövidülése
ízületi deformitás

A9A0019

Hogyan kezeljük a dysplasia epiphysealis hemimelica-t?

az epiphysealis exososis eltávolításával és szükség esetén tengelykorrekcióval
korrekciós osteotomiákkal
segment osteotomiával
végtaghosszabbítással és tengelykorrekcióval
arthroplasticával

A9A0020

Milyen altípusokat különíthetünk el spondyloepiphysealis dysplasián belül?

recesszív és domináns forma
intrauterin elhalást okozó és veleszületett forma
infantil, juvenilis és adolescens forma
congenitalis és tarda forma
akut és chronikus

A9A0021

Milyen öröklésmenetet mutat a spondyloepiphysealis dysplasia?

polygénés
autoszomális domináns vagy X-hez kötött recesszív
autoszomális domináns vagy recesszív
X kromoszómához kötött recesszív
autoszomális recesszív

A9A0022

Milyen elváltozások észlelhetők spondyloepiphysealis dysplasiás betegek csigolyáin?

lapos, előrefelé megkeskenyedett csigolyatestek
anteroposterior felvételen látható ékcsigolyák

spondylolysis
a csigolyák densitása csökkent
feltöredezett zárólemezek és Schmorl herniák

A9A0023

Milyen típusú törpeséget okoz a spondyloepiphysealis dysplasia tarda formája?

dysproportionált törpeséget rövid végtagokkal és deformált gerinccel
rhisomeliás törpeséget
mérsékelten alacsony testmagasságot okoz
dysproportionált törpeséget rövid törzssel és relative hosszú végtagokkal nem okoz törpeséget

A9A0024

Mi az Ollier betegség?

a spina iliaca anterior superior asepticus csontnecrosis
márványcsont-betegség
enchondromatosis
haemangiomasissal társult unilateralis enchondromatosis
osteogenesis imperfecta

A9A0025

Milyen eloszlást mutat Ollier betegség esetén az enchondromák megjelenése?

a kéz- és láb csontjait érinti
jellemzően az alsó végtagokon jelenik meg
unilateralisan jelentkezik, a testnek csak az egyik oldalán
a test középvonalához közelebb eső csöves csontokon jelenik meg
általában a koponyán és a lapos csontokon jelentkezik

A9A0026

Ollier betegség esetén a csont mely részén jelennek meg enchondromák?

a lapos csontok spongiosájában
a csöves csontok diaphysisének teljes hosszában
a csöves csontok metaphysisében
a corticalisban
az epiphysisben

A9A0027

Milyen másodlagos elváltozásokkal, szövődeményekkel nem találkozunk enchondromatosisos betegeknél?

deformáció
pathológiás törés
korai arthrosis
malignizáció
végtagrövidülés

A9A0028

Hogyan öröklődhet az exostosis cartilaginea multiplex?

autoszomális domináns vagy recesszív

autoszomális domináns

X kromoszómához kötött recesszív

polygénés

nem öröklődik

A9A0029

A csontok mely részének fejlődési rendellenessége az exostosis cartilaginea multiplex?

epiphysis

metaphysis

diaphysis

növekedési porc

teljes csont

A9A0030

Mely állítás nem igaz az exostosis cartilaginea multiplexre?

A csontkinövések általában a második életévtől kezdve jelennek meg, és a csontérés befejeződéséig növekszenek.

Az exostosisok a kőbős és lapos csontokon, így a csigolyákon is megjelenhetnek.

Nagyon gyakori az exostosisok malignizációjának valószínűsége.

Exostosis cartilaginea multiplex következtében törpenövés is kialakulhat.

A malignizáció valószínűsége 2%.

A9A0031

Milyen radiológiai tüneteket okoz az exostosis cartilaginea multiplex?

Finom pettyezettség látható a csöves csontok epiphysisében.

Normál csontszerkezet mellett a diaphysisből kiinduló tűskeszerű csontkinövések láthatók.

Az epiphysis lateralis és medialis oldalából kiinduló gombaszerű csontkinövéseket látunk.

A csontok metaphysisének területén fokozott densitás látható.

A csöves csontok metaphysise kiszélesedett, abból kiinduló csontkinövések láthatók.

A9A0032

Mikor kell eltávolítani a csontkinövéseket exostosis cartilaginea multiplex esetén?

Ha befejeződött a növekedés, minden exostosist el kell távolítani, mert malignizálódhatnak.

Az exostosisokat még gyermekkorban el kell távolítani, mert a testszerte megjelenő exostosisok a csontok megrövidüléséhez, deformációjához vezethetnek.

Gyermekkorban a panaszokat okozó exostosisokat távolítjuk el.

Az exostosisokat még gyermekkorban el kell távolítani, mielőtt malignizálódnának.

Az exostosisokat nem szabad eltávolítani.

A9A0033

Mi az a fibrosus dysplasia?

A fibrosus dysplasia az izomszövet degeneratív elváltozása, melynél az izomrostok helyén kötőszövet alakul ki.

A fibrosus dysplasia az ízületekben gyulladás hatására kialakuló fibrosus túlburjánzás.

A fibrosus dysplasia anyagcserebetegség következtében kialakuló tumorszerű elváltozás a harántcsíkolt izmokban.

A fibrosus dysplasia csontfejlődési rendellenesség, melyben a csontszövet helyét fibrosus szövet és éretlen csontgerendák foglalják el.

A fibrosus dysplasia a kötőszövet daganatszerű elváltozása.

A9A0034

Milyen öröklődést mutat a fibrosus dysplasia?

autoszomális domináns, ritkábban X kromoszómához kötött
x-hez kötött recesszív

semmilyen, nem öröklődő betegségről van szó

autoszomális domináns, de recesszív is lehet

autoszomális recesszív

A9A0035

Mely állítás hamis a fibrosus dysplasia vonatkozásában?

A jelentkezhethet egyetlen csontban, de polyostotikusan is.

A fibrosus dysplasia hormonális zavarokkal és tejeskávé foltokkal való egyidejű fennállásakor McCune Albright szindrómáról beszélünk.

Ritka szövődmény a koponyacsontokon megjelenő fibrosus dysplasia miatti agyideg-kompresszió

Radiológiaiilag a corticalist elvékonyító lytikus területek ábrázolódnak a csontokban.

A jóidulatú csontelváltozások 5-7%-a

A9A0036

Mit nem okoz a fibrosus dysplasia?

korai arthrosist

patológiás törést

a felpuhult csontok görbületét

csontfájdalmat

járási nehezítettséget

A9A0037

A fibrosus dysplasia kezelésében nem javasolják:

az elváltozás kikaparását és csontforgáccsal való kitöltését

patológiás törés esetén az intramedullaris rögzítést

a deformitás korrekciója utáni lemezes osteosynthesist

a tartós bisphosponat kezelést

a deformitások korrekcióját

A9A0038

Milyen szervrendszerbeli elváltozásokat okoz a Marfan syndroma?

vázrendszeri, urogenitalis és szemészeti

gastrointestinalis, urogenitalis és vázrendszeri

vázrendszeri, cardiovascularis és szemészeti

vázrendszeri, cardiovascularis, szemészeti, és urogenitalis

vázrendszeri

A9A0039

Mi az a Marfan syndroma?

A Marfan syndroma a kötőszövet genetikai rendellenessége, melynél a növekedési porc proliferációs zónájának túlnövekedése miatt a csontok szimmetrikusan az átlagosnál hosszabbá válnak.

Marfan syndromáról beszélünk, ha az enchondromatosis subcutan haemangiomákkal társul.

Marfan syndromának nevezzük a polyostotikus fibrosus dysplasiának intramuscularis myxomákkal való együttes fennállását

A Marfan syndroma veleszületett fejlődési rendellenesség, az egyik oldali végtag csont- és lágyszövet hypertrophiája, haemangiomák a bőrben, varicositas és AV fistulák.

A Marfan syndroma rhizoméliás törpeséget okozó chondrodystrophia.

A9A0040

Mi nem jellemző Marfan syndromás betegekre?

A betegek magas termetűek, sovány alkatúak, végtagjaik extrém hosszúak lehetnek. A betegeknél gyakori a scoliosis, kyphosis, pectus excavatum vagy carinatum. Testszerte az átlagosnál lazábbak az ízületek.

Jellemzőek az urogenitalis fejlődési rendellenességek, mint patkóvese, járulékos vese, kettős ureter, ectopia ureteris, melyek gyakori húgyúti fertőzésekre hajlamosítanak.

A betegeknél előfordulhat mitralis prolapsus, aorta insufficientia, aorta dilatatio ill. az életveszélyes állapothoz, hirtelen halálhoz is vezető aortadissectio.

A9A0041

Mutat-e öröklődést vagy családi halmozódást a Marfan syndroma?

nem, sporadikus előfordulású
családi halmozódást mutat, polygénés öröklődésű
igen, x-hez kötöten öröklődik recesszív módon
igen, autoszomális domináns öröklődésű
igen, autoszomális recesszív öröklődésű

A9A0042

Marfan syndroma esetén javasolt:

a rendszeres, vagy versenyszerű sportolás, mert a laza ízületek a sportolás szempontjából előnyt jelentenek.
gyermekkorban évente, majd felnőttkorban félévente cardiológiai kontroll
a kyphosis, scoliosis ill. mellkasdeformitások kezelése azok idiopathiás variánsainak kezelésével azonos módon
évente rutin koponya CT elvégzése
a súlyos scoliosis megelőzése céljából gyermekkorban stabilizáló műtét

A9A0043

Mutat-e öröklődést vagy családi halmozódást az Ehlers-Danlos syndroma?

igen, családi halmozódást mutat, polygénés öröklődésű
nem, sporadikus előfordulású
igen, autoszomális recesszív módon öröklődik
igen, autoszomális domináns vagy recesszív öröklődésű
igen, x kromoszómához kötött recesszív öröklődésű

A9A0044

Mi okozza az Ehlers Danlos syndromát?

Ehlers-Danlos syndroma több porc- és csontfejlődésben és –növekedésében szerepet játszó fehérje szintéziséért felelős gén mutációja miatt is létrejöhet

Az Ehlers-Danlos syndroma oka a kötőszövet valamely alkotórészének, leginkább a kollagének abnormális szerkezete ill. termelődése, közel 10 különböző, genetikailag heterogén típusát írták le.

Az Ehlers-Danlos syndroma a II. típusú kollagén abnormális synthesisének következtében alakul ki a 12. kromoszómán lévő COL2A1 gén mutációja miatt. Az Ehlers-Danlos syndroma hátterében a parathormon receptor (PTH1R) génjének mutációja áll.

Az Ehlers-Danlos syndroma etiológiája ismeretlen.

A9A0045

Milyen tünetet nem tapasztalunk Ehlers-Danlos syndroma esetén?

előfordulhat gyakori otitis media

jellemző a fehér, vékony, érzékeny és hypermobilis bőr

jellemző az ízületek extrém hypermobilitása, ízületi luxatiók, kyphoscoliosis

előfordulhat izomhypotonia és cerebellaris ataxia

előfordulhat kék sclera

A5A0001

Melyik ideg károsodása okoz atrophiát a m. adductor pollicis-ban?

n. medianus

n. radialis

n. ulnaris

n. musculocutaneus

A5A0002

A kéz funkciós helyzete:.....

radiocarpalis ízület: 30 fok extensio; II-V.MP:60-90fok; ujjak

enyhén hajlított helyzetben

radiocarpalis ízület: 0 fok ; II-V.MP:10-20 fok; ujjak enyhén flectalt helyzetben

radiocarpalis ízület: 10 fok flexio; II-V.MP:20-30 fok; ujjak enyhén flectalt helyzetben

radiocarpalis ízület: 90 fok extensio; II-V.MP:0-10 fok; ujjak enyhén extendalt helyzetben

A5A0003

Melyik életkor optimális a syndactylia cutanea műtéti szétválasztásához?

1. életév

2-3 életév

10-12 életév

15 életév

A5A0004

Az os lunatum malatia megjelenésének életkora:.....

csecsemőkor
kisgyermekkor
serdülőkor
felnőttkor

A5A0005

Sajkacsont álízület gyanúja esetén milyen röntgenfelvételt készített?

AP csukló felvételt
2 ir. összehasonlító csukló felvételt
4 ir. csukló felvételt
2 ir. alkar és kéz felvételt

A5A0006

A kéz mely ízületének arthrosisa rontja leginkább a funkciót?

V. MP ízület
scapho-lunatum ízület
I.CM ízület
IV PIP ízület

A5A0007

Melyik izom inát érinti a de Quervain betegség?

m. flexor pollicis longus
m. flexor digitorum superficialis
m. abductor pollicis longus és m.extensor pollicis brevis
m. extensor pollicis longus

A5A0008

A pattanóujj esetén végzett műtét lényege:.....

az érintett ín eltávolítása
az érintett ín meghosszabbítása
az érintett ín ínhüvelynek hosszirányú bemetszése
az ínhüvely szűkítése

A5A0009

A kéz mely részének betegsége a Dupuytren contractura?

tenyéri bőr
tenyéri aponeurosis
felületes hajlító inai

mély hajlítók inai

A5A0010

Melyik az a jóindulatú csontdaganat, mely a kézen fordul elő leggyakrabban?

osteochondroma

enchondroma

osteoma

haemangioma

Két válasz jó

A5A0011

Melyik ideg kerülhet nyomás alá a csukló palmaris felszínén?

n. radialis

n.ulnaris

n.medianus

n. musculocutaneus

A5A0012

Melyik elváltozás congenitális?

pollex duplex

syndactylia

os scaphoideum cysta

tendovaginitis crepitans

A5A0013

Melyik elváltozás következménye lehet a radiocarpalis ízület arthrosisa?

os scaphoideum ízület

os lunatum malatia

Dupuytren contractura

De Quervain betegség

A5A0014

Milyen kezelés ajánlott a csukló tendovaginitis crepitans-a esetén?

rögzítés gipszsínnel

rtg besugárzás

opiátok adása

non steroid gyulladásgátló adása

A5A0015

Mi okozhat pattanóujjat?

a flexor ín ínhüvelyének szűkülete

csomó keletkezik a flexor ínon

az extensor ín megrövidül

az interphalangealis ízület tokjának hegesedése

A5A0016

Milyen szövetből áll a csuklótáji ganglion fala?

kötőszövet

harántcsíkolt izom

éretlen porc

subcutan zsír

A5A0017

Melyik ujj sugarában a leggyakoribb a Dupuytren contractura?

pollex

index

dig.minimus

dig.annularis

A5A0018

Milyen betegségekkel mutat együttes megjelenést a Dupuytren contractura?

gastroenterológiai betegségek

mitralis szűkület

diabetes

nephrolythiasis

A5A0019

Milyen módon kezelhető a radiocarpalis arthrosis?

rögzítés

fizioterápia

radius fej resectio

cytostaticumok

A5A0020

Mi okozhatja az os lunatum malatiáját?

tartós megerőltetés

plexus brachiális laesio

a.radialis thrombosis
ismétlődő microtraumák

A7A0001

55-65 év körüli betegek sérülés nélkül jelentkező térdfájdalma esetén gondolni kell.....

azonos oldali bokaízület megbetegedésére
azonos oldali tibia és a fibula gyulladással megbetegedésére
azonos oldali csípőízületi megbetegedésére

A7A0002

A térdízületi meniscusok közül gyakrabban sérül a medialis meniscus, mert.....

a térdet jóval több kirotaációs hatás éri
gyakoribb a varus deformitás, mint a valgus deformitás
a mediális meniscus kevésbé mobilis mint a lateralis meniscus

A7A0003

A térdízületi folyadékgyülem kimutatására.....

a patella ballotálhatósága a jellemző
Zohlen pozitívitás a jellemző
Drehman tünet pozitívítása a jellemző

A7A0004

Schlatter-Osgood megbetegedésnek nevezzük a.....

idiopathiás csontosodási zavar, a tibia felszínét érinti
a calcaneus növekedési zónájának károsodása
a tuber calcanei osteochondrosisa
a tuberositas tibiae juvenilis osteochondrosisa

A7A0005

A térdízület elülső keresztszalagjának szakadására alkalmazzuk a.....

Lasegue tesztet
Elülső asztalfióktünet
Lépcső tesztet

A7A0006

A térdízületi „giving way” jelenség jellemző a.....

keresztszalag szakadás miatti térdinstabilitásra
folyadékgyülem miatti térdízületi feszülésre

térdízületi bevérzések miatti mozgáskorlátozottságra

A7A0007

A genu varum jellegzetességei.....

a comb és a lábszár tengelye kifelé nyitott szöget képez, a terhelés tengelye oldal irányba tolódik el.

a comb és a lábszár előre nyitott szöget zár be

a comb és a lábszár tengelye középvonal fele konkáv ívet alkot a femur mediális condylusai terhelődnek jelentősebben

A7A0008

A térdízületi arthroplastika indikációja.....

az ízületi felszínnek károsodása, fájdalmas mozgáskorlátozottság, tengelyeltéréssel

térdízületi bevérzés

időskori térdfájdalom

A7A0009

A mediális meniscus sérülésére legjellemzőbb tünet.....

a pozitív Lachmann teszt

a negatív Pivot Shift teszt

a lábszár kirotációjára és a mediális ízületi rés betapintására jelentkező fájdalom

1A7A0010

Ismétlődő patella ficam vagy subluxatioira hajlamosító körülmény

térdízületi flexiós kontraktura

Schlatter Osgood betegség

lateralis femur condylus hypoplasia

A7A0011

Disciformis meniscus esetén megfigyelhető fizikális tünet

térdhajlítás kezdetén és a nyújtás végén néhány fokos valgus, varus elmozdulás ill. ki és berotációs mozgás, finom kattánó jelenség kíséretében.

90 fokon túl nem jalítható térdízület

a patella extenzióra jelentkező lateralis irányú subluxatioja

A7A0012

A térdízületi hydrops (felszaporodott ízületi folyadékgyülem) oka lehet:

a.) infectio, specifikus folyamat, rheumás kórképek, köszvény, arthrosis,

b.) autoimmun kórképek, psoriasis ízületi megnyilvánulása, köszvény, álköszvény

az a. és b. pontok mindegyike

az a. és b. pontok közül egyik sem

Csak az a. pontok mindegyike

Csak a b. pontok mindegyike

A7A0013

Chondromalacia patellae esetében jellegzetes tünet.....

guggolásból felálláskor, lépcsőn közlekedve jelentkező fájdalom

flexiós kontraktura

Zohlen jel negativitása

A7A0014

Akut térdízületi zárat okozhat.....

Blount féle betegség

transzitorikus csípőarthritis

levált osteochondritis dissecans

A7A0015

Térdtáji cysták jellemzője.....

csak időskorban fordulnak elő

akut térdtrauma okozza

synovialis hámmal bélelték besűrűsödött synovialis folyadékot tartalmaznak

A7A0016

Nagyfokú térdízületi feszülést okozó gennyes térdízületi gyulladás esetén teendő.....

lázcsillapítók alkalmazása

röntgen diagnosztika elvégzése, szükség esetén MRI-vel kiegészítve

az ízület feltárása, synovectomia, drenázs, antibiotikus ellátás

A7A0017

Térdízületi aszeptikus condylusnekrozis gyógyítására ajánlott eljárás.....

mozaikplasztika

osteotomia

felszínpótló prothesis

A7A0018

A teljes felszínpótló térdízületi prothesis műtét legfontosabb indikációja

idősebb életkorban nagyfokú térdízületi kopás, fájdalmas mozgáskorlátozottság
legalább egy compartment kopása és az elülső keresztszalag megléte
teljes vastagságú focalis osteochondralis defektus

A7A0019

Elülső keresztszalag lefutása.....

a medialis femur condylus belső felszínéről fut a tibia felszín harmadáig
a femur intercondylaris kupolájától a tibia első éléhez

**a lateralis femur condylus beső felszínének hátúlsó területéről a tibia felszín elülső
középső centralis harmadáig fut**

A7A0020

Az elülső keresztszalag sérülés esetén gyakori társsérülés

femur bicondyler törése

tibia felszín törése

egyéb szalag ill. meniscus sérülés, valamint gyakori haemarthros

A7A0021

Elülső keresztszalag szakadása esetén kiváltható tünet

hátúlsó asztalfiók tünet

Steinmann II. Jel pozitív

Lachmann tünet és elülső asztalfiók tünet

A7A0022

Medialis meniscus sérülésre a legjellemzőbb tünetek

a lábszár berotációra és valgusációra jelentkező lateralis izrés fájdalma

a lábszár kirotációjára és a medialis ízület részbe tapintásra jelentkező fájdalom

a Trendelenburg tünet pozitív

A7A0023

A térdízületi arthroplastika indikációja

**fájdalmas mozgáskorlátozottság, tengelyeltéréssel, vagy anélkül, ízületi felszínek
károsodásával**

recidiv chronikus hydrops

nagyfokú idős kori térdfájdalom

A7A0024

Térdízületi chondromatosis synovialisra jellemző

makacs, recidív haemarthros
számos apró porcos intraartikularis szabadtest
pigmentált hypertrofiás synovialis

A7A0025
A térd arthrosisához vezető legjellemzőbb okok

anyagcsere rendszerbetegségek, köszvény
diabetes, hypertonia
végtag tengelyeltérése, túlsúly, térd sérülések

A7A0026
Melyik állítás **nem** jellemző

térfájdalom csípőarthrosis esetén
térfájdalom epiphyseolysis capitis femoris esetén
csípőízületbe sugárzó fájdalom feszes térdhydrops esetén

A7A0027
Tibia vara epiphysarea jellemző deformitása

genu valgumra jellegzetes deformitás
genu recurvatumra jellegzetes elváltozás
genu varumra jellegzetes deformitás

A7A0028
Feszes fájdalmas bursitis praepatellaris esetén választható kezelés

punctio, vagy exstirpatio
intrartikularis steroid injectio
oralisan NSAID

A7A0029
A terhelő felszínekről 10 és 40 mm közötti felszínről levált osteochondritis dissecans esetén
választandó kezelés

felszínpótló prothesis
szabadtest eltávolítás és az osteochondritis ágyának microfracturája
autolog oszteochondralis mozaikplasztika

A7A0030

Musculus rectus femoris rövidülés esetén végzendő hosszabbító műtét

Ilizarov féle hosszabbítás

Z plasztika

Bennett féle műtét

A7A0031

Milyen rgt. felvételt készítünk a patello femoralis ízület illeszkedésének ellenőrzésére?

Dittmar felvétel

Lauenstein felvétel

tangentialis 30 ., 60., 90 fokos felvételek

A7A0032

Unicondylaris felszínpótló endoprothesis indikált amennyiben

mindhárom compartment károsodott és az oldalszalagok épek
a térdízület egyetlen compartmentje beteg és a szalagok épek
két compartment beteg és a hátsó keresztszalag épek

A7A0033

Az elülső keresztszalag sérülés esetén alkalmazható eljárások

medialis, vagy lateralis tok szűkítése, és retinaculum incisio
tuberositas tibiae ventro medializáció

csont –ín csont graft, vagy semitendinosis inak felhasználásával végzett plasztika

A8A0001

Leggyakrabban előforduló számfeletti csont a lábon:

os trigonum

os tibiale externum

os intermetatarsium

os peroneum

A8A0002

Osteochondritis calcanei jelentkezhet:

leányoknál 1 éves korban

fiuknál 10-12 éves korban

fiuknál 3 éves korban

leányoknál 14-16 éves korban

A8A0003

Pes adductusnál a Lisfranc ízület:

varus helyzetű
valgus helyzetű
plantar felé mozdul
extensios helyzetű

A8A0004
Pes excavatus esetén...

a hosszboltozat az átlagosnál magasabb
a hosszboltozat alacsony
a hosszboltozat nem látszik
hintaláb áll fenn

A8A0005
Lóláb (pes equinus) állásnál melyik ízületben van flexio contractura?

alsó ugróizület
Lisfanc ízület
felső ugróizület
Chopart ízület

A8A0006
A tarsalis coalitio panaszt okoz...

ujszülött korban
3 éves korban
serdülőkor kezdetén
18 éves korban

A8A0007
A dogaláb kezelését:

a születés után azonnal el kell kezdeni
a születés után egy hónappal el kell kezdeni
a születés után 3 hónappal el kell kezdeni
a születés után 1/2 évvel el kell kezdeni

A8A0008
Osteochondritis ossis navicularis (Köhler I) jelentkezhet

3-10 éves fiúkon
12 éves lányokon
15 éves fiúkon
felnőtt nőkön

A8A0009
Osteochondritis capitis metatarsi II-(III-IV) - (Köhler II) jelentkezhet

10-12 éves fiúkon
10-14 éves lányokon
3-10 éves lányokon
2-4 éves fiúkon

A8A0010
Pes planovalgus esetén valgus helyzetű a

talus
os naviculare
calcaneus
Lisfranc ízület

A8A0011
Sürgősséggel, esetenként halasztott sürgősséggel műtéti indikációt jelent:

bursitis trochanterica
transitoricus coxitis
pes adductus újszülött korban
epiphyseolysis capitis femoris
pes excavatus

Ismét egy válasz jó

A8A0012
A pes excavatus....

70-80 éves korra alakul ki
az aponeurosis húrszerűen feszül
diabetessel összefügg
csak nőknél fordul elő

A8A0013
A tarsalis coalitio esetén egységessé válhat....

a talus és az os naviculare
a talus és a tibia
a calcaneus és az os cuneiforme I.
a talus és az os cuneiforme I.

A8A0014
Köhler I. betegség kezelésére

ortopéd cipőt írunk fel
műtétre nincs szükség
műtétet végzünk
nem igényel kezelést

A8A0015

Köhler II. betegségénél

a lábat intenzíven tornáztatjuk
a lábat fokozottan terheljük
gördülő talpú cipőt adunk
sohasem végzünk műtétet

A8A0016

Pes calcaneo-valgust okozhat

alkati kötőszöveti gyengeség (pl. Marfan sy)

apophysitis calcanei
m.tibialis anterior dysfunctio
Haglund betegség

A8A0017

Metatarsalgia esetén

a haránt boltozat megemelkedik
az V. metatarsó-phalangealis ízület luxalodik
a talpon clavus alakul ki
az elváltozás kisgyermek korban jelentkezik

A8A0018

Hallux valgus esetén

az I. metatarso-phalangealis (MP) ízületben laterális deviáció van

a sesam csontok az I. MP ízületből mediál felé tolnak
a sesam csontok az I. MP ízületből medial felé tolnak
az abductor hallucis ín nem változtatja a helyét

A8A0019

Hallux valgus esetén nem igaz, hogy a

harántboltozat lesüllyed
hallux tengelye lateral felé deviál
első metatarsophalangealis ízület lateralisan beszűkül, medialisan pedig megnyílik.
ízületi tok plantaris oldalán az inak a sesam csontokkal együtt lateral és dorsal felé diszlokálódnak.
metatarsusfejen lateralisan kisebb, míg medialisan nagyobb méretű osteophyta képződik

A8A0020

Hallux rigidusnál

az II-IV MP ízületben izolált arthrosis van
lépéskor az elrugaszkodáskor (toe off) fájdalom jelentkezik
a hallux varus helyzetű
a beteg járása fájdalommentes

A8A0021

Hallux rigidus kialakulásában nem játszhat szerepet:

metatarsophalangealis ízületi tok lazasága,

plantaris flexor izmok fokozott tónusa,

artrózis illetve ízületi gyulladás

köszvény

A8A0022

Marsch fractura (stress fracture)

a IV-V metatarsuson a leggyakoribb

műtéttel kezeljük

rtg. felvétellel nem diagnosztizálható

csonttumorral téveszthető össze

A8A0023

Tarsal tunnel sy. Esetén

a n.tibialis kerül compressio alá

a n. peroneus communis kerül compressio alá

a tüneteket a külboka mögötti terület ütögetésével provokálhatjuk

a n. ischiadicus neuritise áll fenn

A8A0024

A járás jellemzően nem fájdalmas az alábbi betegség esetén:

metatarsalgia

hallux rigidus

polydactyilia

Achilles tendinitis

Achilles-ín szakadás

A8A0025

Relatív sürgősséggel műtéti indikációt jelent:

Macroductyilia

Metatarsalgia

Hallux flexus

V-ös metatarsus osteosarcoma

Morton neuroma

A8A0026

Jellemzően műtéti indikációt jelent:

Osteochondritis ossis navicularis

epiphyseolysis capitis femoris

metatarsus stress fracturája

transitoricus coxitis

Achillodynia

A8A0027

Morton neuomára nem jellemző:

fájdalmas göb alakul ki az idegen ujjakat ellátó idegek közös szakaszán
metatarsusok hosszirányú kompressziójára fájdalom váltható ki
direkt compressiora fájdalom kiváltható az érintett területen
metatarsus fejecsek oldalirányú kompressziójára fájdalom váltható ki
fájdalmat a beteg villámcsapás-szerűként éli meg

A8A0028

Macroactylia esetén nem igaz:

az ujj túlnövekedése lehet disproporcionált
Sebészi ellátásként a túlnövekedett ujj részleges megkissebbítése szóba jöhet
az ujj túlnövekedése lehet proporcionált
Sebészi ellátásként az ujj rezekciója szóba jöhet
társultan gyakran alakul ki Morton neuroma

A8A0029

Tibiotalaris ízület arthrosisának oka lehet:

subtalaris ficam
os tibiale externum
calcaneus fractura
tibia disatilis vég ízületbe hatoló törése

A8A0030

Subtalaris és Chopart ízületi arthrosis oka lehet:

os tibiale externum
arthritis urica
calcaneus fractura
tibia disatilis vég ízületbe hatoló törése

A10A0001

Mi az infantilis cerebrális paresis?

Gyermekkorban jelentkező, ismeretlen eredetű, testszerte részleges izombénulással járó kórkép.
2-3 éves korban jelentkező, agyi degeneratív betegség, ami elsősorban a felső végtagok-, de enyhén az alsó végtagok mozgató beidegzését érinti és részleges izombénulások alakulnak ki.
Perinatális agyi károsodás következtében kialakuló komplex pszicho-szenzomotoros zavar, ami a mozgatószervrendszerben különböző lokalizációjú izomtónus eloszlás zavart, legtöbbször spasztikus bénulást okoz.
Perinatális agyi károsodás következtében kialakuló felső végtagi petyhüdt bénulással járó kórkép.

A velőcső nyitva maradásának következményeként elsősorban az alsó végtagokat érintő különböző kiterjedésű és eloszlású izombénulásokkal járó kórkép.

A10A0002

Vezető tünetei szerint melyik az ICP leggyakoribb formája?

dyskinetikus
spasztikus
encephalitises
ataxias
amnesias

A10A0003

A Gross Motor Function Classification System (GMFCS) beosztás szerint melyik csoportba tartozik a beteg, ha rövidebb távolság megtételére önállóan, segédeszköz nélkül képes, de nehezebb körülmények között (pl. lépcső) segítséget, kapaszkodót, vagy segédeszközt igényel. Nem tud ugrani és futni, valamint neheztett a hosszú távú gyaloglás?

GMFCS I.
GMFCS II.
GMFCS III.
GMFCS IV.
GMFCS V.

A10A0004

A Gross Motor Function Classification System (GMFCS) beosztás szerint melyik csoportba tartozik a beteg, ha teljesen önállóan, ápolásra szorul. Állapota megnehezíti az ültethetőségét, szállíthatóságát és ápolhatóságát is?

GMFCS I.
GMFCS II.
GMFCS III.
GMFCS IV.
GMFCS V.

A10A0005

Erőteljes equinus és varus kontraktúra észlelhető a bal bokában. A bal térdben és csípőben pedig enyhe flexiós kontraktúra látható. A többi végtag nem érintett. A lokalizációja szerint milyen ICP állapotnak felel meg a fenti status?

spasztikus hemiplegia

spasztikus diplegia
petyhüdt hemiplegia
spasztikus monoplegia
ataxias hemiplegia

A10A0006

A diplegia spasztika:

a két alsó végtag spasztikus bénulását jelenti

a két felső végtag spasztikus bénulását jelenti

bármely két végtag spasztikus bénulását jelenti

az egyik oldali felső- és a másik oldali alsó végtag spasztikus bénulását jelenti

azonos oldali felső- és alsó végtagi spasztikus bénulást jelent

A10A0007

Spasztikus betegségben a csípőre jellemző:

abdukciós contractura

extenziós contractura

kirotációs – flexiós és abdukciós contractura

addukciós – berotációs és flexiós contractura

addukciós – kirotációs és extenziós contractura

A10A0008

Infantilis cerebrális pareziszben:

általában extenziós jellegű contracturák alakulnak ki

általában flexiós jellegű contracturák alakulnak ki

jellemzően rotációs jellegű contracturák alakulnak ki

contractura ne alakul ki de a végtagok nehezen mozgathatók

petyhüdt bénulások alakulnak ki, contractura nélkül

A10A0009

A csípő körüli izmokat is érintő spasztikus betegségben a csípő flexió általában teljes, de az extenzió korlátozott ezért:

az addukciós contractura megítlésére fontos elvégezni a Thomas tesztet

az abdukciós contractura megítlésére fontos elvégezni a Thomas tesztet

az extenziós contractura megítlésére fontos elvégezni a Thomas tesztet

a kirotációs contractura megítlésére fontos elvégezni a Thomas tesztet

a flexiós contractura megítlésére fontos elvégezni a Thomas tesztet

A10A0010

A beteg a hátán fekszik. Egyik csípőjét teljesen flektáljuk és megkérjük a beteget, hogy a felhúzott térdét kézzel szorítsa magához. A manőverrel a lumbalis lordózis a vizsgálóasztalnak nyomulva kiegyenesedik és a másik oldali csípő flexiós contracturája megítélhető. Hogyan nevezzük ezt a vizsgálatot?

Trendelenburg teszt

Wallenberg próba

Lassegue teszt

Thomas teszt

Ortolani teszt

A10A0011

A beteg a hátán fekszik. Egyik csípőjét teljesen flektáljuk és megkérjük a beteget, hogy a felhúzott térdét kézzel szorítsa magához. A manőverrel a lumbalis lordózis a vizsgálóasztalnak nyomulva kiegyenesedik (Thomas teszt). Mit vizsgálunk a fenti módszerrel?

Felhúzott csípő és kiegyenesedett lumbalis lordózis esetén a n. ischiadicus megfeszül, ezért a teszt a lumbalis eredetű ischialgia vizsgálatára használatos

Felhúzott csípő esetén a femurfej a vágában olyan helyzetbe kerül, hogy csípő dysplasia esetén luxálódik, ezért a teszt a csípődysplasia tesztje

Kiegyenesedett lumbalis lordózis esetén a gerinc nem tudja a csípő flexiós contracturáját kompenzálni, ezért a teszt a másik oldali csípő flexiós contracturájának vizsgálatára szolgál

Merev gerinc esetén a lumbalis lordózis nem egyenesedik ki, ezért a teszt a degenerative lumbalis betegségek tesztje

Csípőarthrosisban a csípőflexió akadályozott, ezért a teszt a degenerative csípőbetegségek tesztje

A10A0012

Mi a Thomas teszt?

Háton fekvő beteg egyik térdét behajlítjuk. Pozitív teszt esetén a csípő flektálódik

Háton fekvő beteg egyik also végtagját nyújtva megemeljük. Pozitív teszt esetén a beteg a farba és a comb hátsó részébe sugárzó fájdalmat jelez.

Háton fekvő beteg mindkét csípőjét és térdét flexiós helyzetben tartva a csípőket abdukáljuk.

Pozitív teszt esetén a csípőben kis döccenést érzünk.

Háton fekvő beteg egyik csípőjét flektáljuk. Pozitív teszt esetén azt észleljük, hogy a csípő kirotálódik és abdukálódik.

Háton fekvő beteg csípőjét flektáljuk és megkérjük a beteget, hogy a felhúzott térdét kézzel szorítsa magához. Pozitív teszt esetén a másik oldali csípő flexiós contracturája miatt az a csípő is flektálódik.

A10A0013

A járásra jellemző diplegia spasztikában:

kezdetben enyhe, majd egyre erősödő egyoldali lábujjhegyen járás

kezdetben kétoldali lábujjhegyen járás, majd egyre inkább guggoló típusú járás

mindkét alsó végtagot csípőben kirotált totyogó járás

kímélő sántítás

rövidülésses sántítás

A10A0014

Miért fontos a spasztikus betegek rendszeres csípővizsgálata és röntgen kontrollja?

Mert a spasztikus betegségben gyakori a veleszületett csípőficam.

Mert a spasztikus betegségben gyakori a degeneratív csípőbetegség.

Mert a spasztikus betegségben gyakori a csípő subluxatio és a szekunder csípőficam.

Mert a spasztikus betegséghez gyakran társul Perthes kór.

Mert epiphyseolysis capitis femoris alakulhat ki.

A10A0015

Súlyos spasztikus betegen az utóbbi hetekben erősödő csípőfájdalom alakult ki. A beteg vizsgálatakor egyik oldalon fájdalmas csípőt, addukciós - berotációs – flexiós csípőcontracturát, szélfútta csípőhelyzetet észlelünk. Mi lehet a panasz oka?

spasztikus csípőficammal összefüggő panaszok

Perthes betegség

epiphyseolysis capitis femoris

krónikus fájdalom szindróma

spasztikus térdcontractura

A10A0016

A spasztikus betegek gondozása esetén fontos figyelembe venni, hogy:

A spasztikus csípőficam nem kezelhető, a fokozott izomtónus a kezelés ellenére a betegség recidíváját okozza

A spasztikus csípőficam általában panaszmentes és nem befolyásolja a gyermekek életszínvonalát ezért ortopédiai kezelése nem szükséges

A spasztikus csípőficam megelőzhető a gyermekek rendszeres (évenkénti) vizsgálatával és röntgen felvétel készítésével, továbbá a ficamos, vagy szubluxált csípőizület preventív szemléletű terápiájával és gondozásával.

A spasztikus csípőbetegség kezelése csak konzervatív lehet, mert a fokozott izomtónus a műtéti beavatkozást lehetetlenné teszi

A spasztikus csípőficamot nem szabad kezelni

A10A0017

Mit jelent a myelomeningokele?

az agy meningealis részébe boltosuló gerincvelő szakasz

rendszerint a lumbális szakaszon a gerincsatorna záródási zavara következtében kialakult hasadékon keresztül előbultosodó lágyrésztömlő

Perinatális agyi károsodás következtében kialakuló felső végtagi petyhüdt bénulással járó kórkép

agyhártagyulladás után elsősorban alsóvégtagi mozgásszervi zavarokat okozó kórkép a dura mater megvastagodása a gerincvelő körül

A10A0018

Myelomeningokeleben jellemző elváltozás, **kivéve:**

ischemiás agyi károsodás

gerincdeformitások

csípő subluxatio és szekunder csípőficam

térdcontracturák

equinus lábtartás

A10A0019

Myelomeningokeles gerincdeformitásokra igaz:

típusos serdülőkori idiopathiás gerincferdülés képében jelentkeznek

a csigolyák struktúráisan épek

a születéskor észlelhető gerincdeformitás a növekedés során nem romlik tovább

súlyos esetekben is elegendő a gyógytorna, esetleg fűzőkezelés

A csigolyaívek hiánya és a csigolyák egyéb fejlődési rendellenességei (blokkcsigolyák, ék- és félcsigolyák) veleszületett (congenitalis) gerincgörbületeket eredményeznek

A10A0020

Myelomeningokeles csípődeformitásokra igaz, **kivéve:**

A csípők nyugalmi helyzetben általában hajlított, kifelé forgatott és távolított helyzetben vannak, így gyakran ennek megfelelő kontraktúrák alakulnak ki.

A változatos izomtónus eloszlás zavar adductió csípőkontraktúrát is eredményezhet.

Gyakran alakul ki Perthes betegség

A csípőkről készült rtg. felvételek a gyermekek mintegy felénél meredek, előre forduló combnyak állást (coxa valga antetorsans), a csípőízület subluxációját vagy ficamát és esetleg az acetabulum másodlagos dysplasiáját mutatja.

Súlyosabb csípőízületi subluxáció, vagy ficam esetében csontos korrekció válik szükségessé.

A combnyak deformitását varizáló – derotációs femur osteotomiával, míg az acetabulum dysplasiát medence osteotomiával kezelhetjük.

A10A0021

Myelomeningokeles térddeformitásokra igaz, **kivéve:**

Az izombénulások következtében extenziós térdkontraktúra alakulhat ki.
Az extensor izomzat gyengesége esetén flexiós térdkontraktúra is kialakulhat.
Genu varum vagy genu valgum egyaránt előfordulhat.
Súlyos genu recurvatum esetén még elülső térdízületi szubluxáció is kialakulhat.
Gyakori a medialis femurcondylus osteochondritis dissecans betegsége.

A10A0022

Mi az arthrogryposis multiplex congenita?

Általános ízületi lazaság.

A kisízületeket érintő autoimmun betegség, az ízületek degenerációjával.

Perinatális agyi károsodás következtében kialakuló komplex pszicho-senzo-motoros zavar, ami a mozgatószervrendszerben különböző lokalizációjú izomtónus eloszlás zavart, legtöbbször spasztikus bénulást okoz.

Ismeretlen etiológiájú tünetegyüttes a skeletális izomzat fejlődési zavarával. Már újszülött korban szimmetrikus ízületi contracturák alakulnak ki.

Rendszerint a lumbális szakaszon a gerinccsatorna záródási zavara következtében kialakult hasadékon keresztül előbultosodó lágyrésztömlő

A11A0001

Milyen fizikális lelet alapján differenciálható a funkcionális és a strukturális scoliosis?

Fizikális vizsgálat alapján a két forma nem különíthető el egymástól, kizárólag röntgenvizsgálat segítségével.

A funkcionális scoliosis csigolyarotációval társul, amely álló testhelyzetben is jól látható törzsaszimetriát okoz.

A strukturális scoliosis csigolyarotációval társul, amely előrehajláskor thoracalisan bordapúpot, lumbalisan paravertebralis előemelkedést okoz.

A strukturális scoliosis gyakran balra konvex nagyívű gerincgörcbületet okoz.

A funkcionális scoliosishoz minden esetben végtagrövidülés társul.

A11A0002

Functionalis scoliosis esetén javasolt kezelés:

Heti 2 alkalommal gyógytornász irányításával végzett egyéni gyógytorna, a hét többi napján otthoni gyógytorna, gyógyúszás, részvétel iskolai gyógytestnevelésen.

Kezelés nem javasolt.

Fűzőkezelés 20 Cobb-fokot meghaladó oldalirányú gerincgörcbület esetén, 0-3-as Risser-stádiumban.

Gyenge törzsizomzat esetén sportolás és általános törzsizomzat erősítés.

Műtéti kezelés.

A11A0003

Strukturális scoliosis esetén javasolt kezelés 20 Cobb-fokot meghaladó esetekben, Risser 0-3 stádiumban:

Heti 2 alkalommal gyógytornász irányításával végzett egyéni gyógytorna, a hét többi napján otthoni gyógytorna, gyógyúszás, részvétel iskolai gyógytestnevelésen.

Kezelés nem javasolt.

Fűzőkezelés és heti 2 alkalommal gyógytornász irányításával végzett egyéni gyógytorna, a hét többi napján otthoni gyógytorna, gyógyúszás, részvétel iskolai gyógytestnevelésen.

A kiváltó ok kezelése (alsó végtagi hosszkülönbség esetén annak kiegyenlítése; gyenge törzsizomzat esetén sportolás és általános izomzaterősítés; fájdalom/gyulladás esetén a kiváltó ok megszüntetése illetve kezelése).

Műtéti kezelés.

A11A0004

A napi fűzőviselés javasolt időtartama:

Napi 16 óra.

Napi 6 óra.

Éjszaka.

Napi 23 óra.

Nappal.

A11A0005

Mely esetekben indikált fűzőkezelés scoliosis esetén?

15 Cobb-foknál nagyobb functionális scoliosis esetén.

50 Cobb-fokot meghaladó strukturális oldalirányú gerincgörbület esetén, Risser-stádiumtól függetlenül.

50 Cobb-fokot meghaladó strukturális oldalirányú gerincgörbület esetén, 0-3-as Risser-stádiumban.

Egy év alatt progressziót nem mutató scoliosis esetén.

20 Cobb-fokot meghaladó strukturális oldalirányú gerincgörbület esetén, 0-3-as Risser-stádiumban, illetve egy év alatt észlelt, 5 Cobb-fokot meghaladó progresszió esetén.

A11A0006

Melyek a műtéti korrekció indikációi scoliosis esetén?

Minden 35 fok feletti strukturális scoliosis, Risser stádiumtól függetlenül.

40 fok feletti thoracalis vagy 35 fok feletti lumbalis strukturális scoliosis, Risser 3-5 stádiumban.

20 fokot meghaladó strukturális scoliosis esetén, amennyiben a beteg a fűzőkezelést visszautasítja.

Minden progresszió esetén.

Funkcionális scoliosisban, amennyiben a fűzőkezelés nem hatékony.

A11A0007

Mely klinikai tüneteket észlelhetjük thoracalis Scheuermann-betegség esetén?

Fokozott háti kyphosis, amely előre hajlott testhelyzetben végzett homorításkor sem korrigálódik, előre hajláskor megnövekedett talaj-ujj-távolság a hamstring izomzat kontraktúrája következtében.

A lumbalis lordosis kiegyenesedett.

Jelentős kapcsolódó oldalirányú gerincgörbület.

Deréktáji fájdalom.

Fejfájás.

A11A0008

Scheuermann-betegségre nem jellemző radiológiai elváltozások:

Ékcsigolya-képződés.

Schmorl-csomó.

A csigolya zárólemezeinek egyenetlensége.

Az intervertebralis rés beszűkülése.

Blokkcsigolya.

A11A0009

Scheuermann-betegség etiológiájában szerepel:

Vírusinfekció.

Alkohol abusus.

Túl korai nemi élet.

Túl alacsony mennyezet.

Ismeretlen etiológiájú csigolyatest-apophysis csontosodási zavar.

A11A0010

Pectus excavatum esetén alkalmazott modern műtéti eljárás:

Sternotomia, sternum rekonstrukció.

Nuss-műtét (thoracoscopos módszerrel a mellkas belső falára előre meghajlított merev fémrudat rögzítenek, amely korrigálja a deformitást).

Thoracoscopia.

A pectus excavatum kizárólag konzervatíván kezelendő.

Fűzőkezelés.

A11A0011

Mi jellemző a mellkasi deformitásokra (pectus excavatum, pectus carinatum)?

Kezelésük az esetek legnagyobb részében konzervatív, a mellkasi- és törzsizomzat erősítése, kondicionáló- és légzőtorna.

Az enyhe deformitások is paradox légzéssel járnak.

Soha nem társulnak serdülőkori gerincdeformitással (Scheuermann-betegség, scoliosis).

Súlyos fokú deformitások esetén sem fordulnak elő cardiopulmonalis szövődmények (pl. csökkent terhelhetőség, dyspnoe, bronchopneumonia, angina pectoris, cor pulmonale chronicum).

Rendszerint egyéb mellkasi fejlődési rendellenességgel társulnak.

A11A0012

Mely megállapítások igazak a csecsemőkori muscularis torticollisra?

A fej az érintett oldal felé dől és az ellenoldal felé fordul.

A fej az ellenoldal felé dől és az érintett oldal felé fordul.

A musculus sternocleidomastoideus állományában mindig érzékeny csomó tapintható.

Előfordulása csípőízületi dysplasiával együtt irodalmi ritkaság.

Kétoldali eset nem fordul elő.

A11A0013

A csecsemőkori muscularis torticollis kezelése:

Kezelés nem szükséges, a deformitás spontán gyógyul.

Passzív tornagyakorlatok, az aktív korrekció elősegítése (fektetés, etetés során az ingerek az érintett oldal felől érkezzenek).

2 hónapos kor előtt műtét szükséges.

Botox lokális adása.

Redressziós gipszelések.

A11A0014

Mi a csípőszűrés rendje Magyarországon?

3-4 napos, 3-4 hetes és 3-4 hónapos korban minden újszülött és csecsemő szűrése fizikális vizsgálattal kötelező.

Az anamnesisben szereplő rizikófaktor (farfekvés, intrauterin téraránytalanság, a családban előfordult csípőficam) kivételével a csípőszűrés (fizikális vizsgálat) nem kötelező.

8-10 napos, 8-10 hetes és 8-10 hónapos korban minden újszülött és csecsemő szűrése fizikális vizsgálattal kötelező.

Fizikális vizsgálat során észlelt aszimmetrikus csípőmozgások, instabilitás vagy luxatio esetén ultrahangvizsgálatra nincs szükség.

Nem kötelező a szűrés.

A11A0015

Mely tünet nem utal csípőficam jelenlétére?

Aszimmetrikus csípők és farpofák, ráncaszimmetria (elsősorban az inguinalis és glutealis redők aszimmetriája).

Abductiós mozgáskorlátozottság (aszimmetrikus abdukciós mozgásterjedelem vagy 70 foknál kisebb Lorenz abductio).

Az újszülött vagy csecsemő „nyugalmi helyzetben”, a csípők 90 fokig flektált és 90 fokig abdukált helyzetében tartja alsó végtagjait.

Az érintett oldali alsó végtag rövidebb.
Tömegesebb trochanter tájék.

A11A0016

Mit jelent a Barlow pozitivitás?

Csípőízületi instabilitás, a femurfej nem luxált, de luxálható.

Csípőízületi luxatio esetén Lorenz-abductióban a femurfej reponálódik (adductióban ismét luxálódik).

Csípőízületi luxatio esetén adductióban a femurfej reponálódik (Lorenz-abductióban ismét luxálódik).

Csípőízületi luxatio, de a femurfej nem reponálható.

Repositiós-luxatiós jel.

A11A0017

Mi az Ortolani-tünet?

Csípőízületi instabilitás, a femurfej nem luxált, de luxálható.

Csípőízületi luxatio esetén Lorenz-abductióban a femurfej reponálódik (adductióban ismét luxálódik).

Csípőízületi luxatio esetén adductióban a femurfej reponálódik (Lorenz-abductióban ismét luxálódik).

Csípőízületi luxatio, de a femurfej nem reponálható.

A patella visszatérő ficama.

A11A0018

Veleszületett csípőficam gyanúja esetén melyik az elsőként választandó képalkotó vizsgálati módszer?

Röntgen.

Ultrahang.

MR.

Fizikális vizsgálattal észlelt luxatio vagy instabilitás esetén nincs szükség képalkotó vizsgálatra.

CT.

A11A0019

Mi a teendő 1-3 hónapos korban észlelt csípőízületi instabilitás vagy luxatio észlelése esetén?

Abductiós csípőtorna, terpeszpelenkázás, szabad csípőmozgások biztosítása (pólyázás kerülése).

Ultrahangvizsgálat (a dysplasia mértékének detektálása), és a Pavlik-kengyeles kezelés mielőbbi elkezdése.

Observatio, kezelést csak a luxatio igényel.

Medence- vagy femur osteotomia fél éves kort követően.

3 hónapos kor alatt nem igényel kezelést.

A11A0020

Miért van jelentősége annak, hogy a csípőízületi instabilitás vagy luxatio minél korábbi életkorban kerüljön diagnosztizálásra?

A dysplasia gyógyulásának ideje és ezáltal a kezelés időtartama is függ az életkortól, minél fiatalabb a csecsemő, annál hosszabb idő alatt várható a dysplasia gyógyulása.

A minél korábbi diagnózisnak csak elvi jelentősége van, gyakorlati előnye nincs.

A dysplasia gyógyulásának ideje és ezáltal a kezelés időtartama is függ az életkortól, minél fiatalabb a csecsemő, annál rövidebb idő alatt várható a dysplasia gyógyulása.

Mert ha későn diagnosztizáljuk, a másik oldal is megbetegszik.

A korai kezelés a Perthes-kórt is megakadályozza.

A11A0021

Mely megállapítások helyesek röntgenfelvételen észlelt csípőficam esetén?

A Kopits-négyszög deformált, szabályos négyzet alakú.

A vápatetősög értéke 30 fok alatti.

A Menard-Shanton vonal íve megszakadt.

A femurfej csontmagja (amennyiben látható) az Ombredanne vonaltól mindig medialisán helyezkedik el.

Az epiphysis csontmag korán megjelenik.

A11A0022

Mi okozza a Trendelenburg tünetet csípőficam esetén?

A femurfej lateral és cranial irányban történő elmozdulása miatt a musculus gluteus medius eredése és tapadása egymáshoz közelebb kerül, funkciója romlik, így az a járás során az ellenoldali alsó végtag emelésekor a medencét nem tudja egyenesen tartani, a medence az ellenoldal felé billen.

A femurfej lateral és cranial irányban történő elmozdulása miatt a musculus gluteus medius eredése és tapadása egymáshoz közelebb kerül, funkciója romlik, így az a járás során az azonos oldali alsó végtag emelésekor a medencét nem tudja egyenesen tartani, a medence az ellenoldal felé billen.

A femurfej lateral és cranial irányban történő elmozdulása miatt a musculus gluteus medius eredése és tapadása egymáshoz közelebb kerül, funkciója romlik, így az a járás során az ellenoldali alsó végtag emelésekor a medencét nem tudja egyenesen tartani, a medence az azonos oldal felé billen.

A femurfej lateral és cranial irányban történő elmozdulása miatt a musculus gluteus medius eredése és tapadása egymáshoz közelebb kerül, funkciója romlik, így az a járás során az azonos oldali alsó végtag emelésekor a medencét nem tudja egyenesen tartani, a medence az azonos oldal felé billen.

A femurfej epiphysisének dorsal-medial felé történő elcsúszása.

A11A0023

Milyen esetekben indikált a műtéti repozíció csípőficam esetén?

2-3 hetes életkort követően észlelt csípőízületi instabilitás esetén.

Csak kétoldali esetekben.

3 éves kor felett észlelt acetabulum dysplasia esetén.

Csípőídicam eredménytelen konzervatív (Pavlik-kengyeles) kezelését követően 6-9 hónapos kort követően észlelt elvégezhető a mütét.

Csak családi halmozódás esetén.

A11A0024

Perthes-kórban a betegek nem szerinti aránya:

Lány:fiú arány 8:1

Lány:fiú arány 3:1

Lány:fiú arány 1:1

Lány:fiú arány 1:7

Lány:fiú arány 1:8

A11A0025

Mely klinikai tünetek nem fordulnak elő Perthes-betegség esetén?

A csípő mozgásterjedelme, elsősorban a berotatio és az abductio beszűkült.

Drehmann-tünet.

Hetek vagy hónapok óta fennálló, intermittáló furcsa járás vagy sántítás.

Combfájdalom.

Térdfájdalom.

A11A0026

Mely vizsgálatok alapján állítható fel a Perthes-betegség diagnóza?

Fizikális vizsgálat alapján a diagnóza egyértelműen felállítható.

Fizikális és röntgenvizsgálat (összehasonlító csípő AP + Lauenstein felvétel) alapján.

c) Fizikális és UH vizsgálat alapján.

d) Fizikális és röntgenvizsgálat mellett minden esetben szükséges MR vizsgálat is a diagnózishoz.

e) Fizikális vizsgálat és biopszia.

A11A0027

Mely radiológiai tünetek nem észlelhetők Perthes-betegségben?

A femurfej epiphysisének dorsal és medial felé történő elcsúszása.

Scleroticus, ellapult, feltöredezett, deformált femurfej epiphysis.

Subchondralis fissura.

A femurfej subluxatioja.

Metaphysealis cysták.

A11A0028

Melyik kedvező prognosztikai tényező Perthes-betegség esetén?

6 év alatti életkor.

Az epiphysis lateralis harmadának magassága („lateralis pillér”) több mint 50%-kal csökkent.

Subluxált femurfej.

Metaphysealis érintettség.

10 év feletti életkor.

A11A0029

Típusos esetben mely életkorban kezdődik a Perthes-betegség?

Csecsemőkor.

Járáskézdetés.

3-5 éves kor.

10-11 éves kor.

Serdülőkor végén.

A11A0030

A Perthes-betegség legelfogadottabb etiológiai tényezője?

Vascularis teória.

Infekció.

Sportterhelés.

Kényszertartás.

Korai nemi érés.

A11A0031

Mi a műtéti kezelés célja Perthes-betegség esetén?

A femurfej subluxatioja, lateralis kiboltosulása esetén a femurfej centralizálása, optimális fedettség biztosítása femur- és/vagy medence-osteotómia segítségével.

A kontraktúrás m. gluteus medius inának leválasztása által a csípő mozgásterjedelmének javítása.

Az epiphysis vérellátásának fokozása a femurfej felfúrása által.

A femurfej további elcsúszásának megakadályozása.

A femurfej repozíciója.

A11A0032

Mi a serdülőkori combfej elcsúszás esetén választandó kezelés?

Szigorú ágynyugalom, teljes tehermentesítés 6 hétre.

Szoros observatio.

Teljes tehermentesítés a mielőbb műtétiig.

A sportolás intenzitásának csökkentése.

Medencegipsz azonnal.

A11A0033

Mely klinikai tünetek fordulhatnak elő epiphyseolysis capitis femoris esetén?

Típusos éjszakai medencefájdalom.

A csípő mozgásterjedelme megtartott, jelentős mozgásbeszűkülés még súlyosabb fokú elmozdulás esetén sem jellemző.

Comb- és térdfájdalom, járászavar, kifelé rotáló lábtartás, sántítás, a terhelhetőség csökkenése, akut instabil esetben járásképtelenség is előfordulhat.

Állandó jellegű, nyugalomban és éjszaka fokozódó fájdalom, amelyet gyakran láz, hőemelkedés kísér.

Enuresis nocturna, főleg fiúknál.

A11A0034

Epiphyseolysis capitis femoris gyanúja esetén kötelezően elvégzendő röntgenvizsgálatok:

Összehasonlító AP irányú csípő röntgenvizsgálat.

Összehasonlító AP + oldalirányú csípő röntgenvizsgálat.

Összehasonlító AP irányú + Lauenstein csípő röntgenvizsgálat.

Összehasonlító AP irányú csípő röntgenvizsgálat, CT vagy MR vizsgálattal kiegészítve.

Összehasonlító AP+oldalirányú térd röntgenvizsgálat.

A11A0035

Melyek a serdülőkori combfej elcsúszás kialakulásában szerepet játszó tényezők?

Az alsó végtag statikai rendellenességei (pl. lúdtalp, genu valgum).

A növekedési hormon és a nemi hormonok serdülőkori változásának hatása a femur proximalis növekedési porcára.

Korábbi Perthes-betegség, illetve transitoricus vagy szeptikus coxitis.

Gracilis testalkat.

Az inzulin anyagcsere zavara.

A11A0036

Mi a Drehmann-tünet?

Serdülőkori combfej elcsúszás esetén a csípő flexiója során az epiphysis rendellenes helyzete miatt a végtag *addukáló* és *kifelé rotáló* kényszermozgást végez.

Serdülőkori combfej elcsúszás esetén a csípő flexiója során az epiphysis rendellenes helyzete miatt a végtag *abdukáló* és *kifelé rotáló* kényszermozgást végez.

Serdülőkori combfej elcsúszás esetén a csípő flexiója során az epiphysis rendellenes helyzete miatt a végtag *addukáló* és *befelé rotáló* kényszermozgást végez.

Serdülőkori combfej elcsúszás esetén a csípő flexiója során az epiphysis rendellenes helyzete miatt a végtag *abdukáló* és *befelé rotáló* kényszermozgást végez.

Repositiós-luxatiós jel.

A11A0037

Az epiphyseolysis capitis femoris klasszikus klinikai jele:

Ortolani-tünet.

Trendelenburg-tünet.

Lorenz-abductio.

Barlow-tünet.

Drehmann-tünet.

A11A0038

Melyik betegségben fordul elő a Drehmann-tünet?

Csípőficam.

Cerebral paresis.

Perthes-betegség.

Epiphyseolysis capitis femoris.

Pes planovalgus.

A11A0039

Mely panaszok és alkati tulajdonságok esetén gondolunk epiphyseolysis capitis femorisra?

Kissé túlsúlyos serdülő térdtáji panaszokkal.

Kissé túlsúlyos óvodás csípőtáji panaszokkal.

Sovány kisiskolás deréktáji panaszokkal.

Sovány egyetemista mindkét oldali térdfájdalommal.

Sovány kislány lábszárfájdalommal.

A11A0040

Mi a legismertebb etiológiai tényező transitoricus coxitisben?

Serdülőkori hormonális dysfunkció.

Hyperaktív gyermeknél ízületi túlterhelés.

Spasztikus tónusfokozódás.

Anamnézisben velszületett csípőficam.

Felső légúti vírusinfekció.

A11A0041

Mely megállapítások jellemzőek Schlatter-Osgood betegségre?

A tuberositas tibiae szeptikus necrosis.

A klinikai tünetek alapján a diagnózis felállítható, röntgenvizsgálatra differenciáldiagnosztikai szempontból sincs szükség.

Panaszok esetén a tuberositas tibiae felett nyomásérzékenység, illetve gyakran duzzanat is tapintható.

Akut gyulladáisos szakban műtét javasolt.

Óvodás korban fordul elő.

A11A0042

Mely elváltozások nem okozhatják a gyermek- és serdülőkori lúdtalp kialakulását?

Egyes lábtőcsontok közötti csontos összeköttetés (tarsalis coalitio).

A talus verticalis és medial felé diszlokált helyzetével járó veleszületett deformitás (talus verticalis).

A femurnyak fokozott antetorsioja, nagyfokú genu valgum, túlsúly, fokozott terhelés.

Általános ízületi lazaság.

Veleszületett dongaláb.

A11A0043

Melyek nem jellemzők a gyermekkori flexibilis lúdtalpra?

A hosszanti lábboltozat ellapult.

Lábujjhegyre álláskor a hosszanti boltozat kialakul.

A calcaneus varus helyzetben van.

A calcaneus valgus helyzetben van.

A láb pronált helyzetű.

A11A0044

Melyik a lábon előforduló juvenilis osteochondrosisok?

Perthes-betegség

Köhler I. és II. betegség.

Calvé-betegség.

M. Schlatter-Osgood.

M. Scheuermann.

A11A0045

A panaszokat illetve a betegség következményeit tekintve melyik a legsúlyosabb juvenilis osteochondrosis?

Köhler-I. betegség.

Köhler-II. betegség.

Apophysitis calcanei.

Perthes-betegség.

M. Schlatter-Osgood.

A12A0001

Alábbi tumorok közül melyik sugárérzékeny?

Osteosarcoma

Chondrosarcoma
Ewing sarcoma
Csontok óriássejtes tumora
Chondroblastoma

A12A0002
Centrális klasszikus osteosarcoma kezelése:

Csak sebészi
Sebészi + radiotherápia
Sebészi + chemotherápia
Sebészi + radio + chemotherápia
Egyik sem

A12A0003
A chondrosarcoma kezelése:

Sebészi
Sebészi + radiotherápia
Sebészi + radio + chemotherápia
Embolizáció
Egyik sem

A12A0004
A csontsarcomák az összes rosszindulatú betegség hány százalékát teszik ki?

10%-át
20%-át
0,5-1%-át
50%-át
Egyik sem helyes

A12A0005
A lágyrésztumorok az összes rosszindulatú betegség hány százalékát teszik ki?

1,5-3%-át
5-10%-át
20%-át
40%-át
Egyik sem helyes

A12A0006
Az alábbi állítások közül melyik nem igaz?

Osteosarcoma főleg fiatal korban jelentkezik.

Leggyakrabban rövid csöves csontokon fordul elő.

Gyermekek gyakran sérüléssel hozzák összefüggésbe tünetek kezdetét.

Kezelése: sebészi + chemotherapy.

Chemotherapy nélkül túlélés 30% körüli.

A12A0007

Csonttumороk vezető klinikai tünete, kivéve:

Fájdalom

Melegtebb tapintatú bőr

Fogyás, étvágytalanság

Duzzanat

Ízületi mozgáskorlátozottság

A12A0008

Gyakori patológiás törés jellemző a következő csonttumороkra, kivéve:

Juvenilis csontcysta

Vesetumor csontmetstasisa

Prosztata carcinoma csontmetastasisai

Myeloma multiplex

Óriássejtes csonttumor

A12A0009

Csontképző daganatok, kivéve:

Osteoid osteoma

Osteoma

Osteoblastoma

Parossealis osteosarcoma

Fibrosus dysplasia

A12A0010

Tumorszerű csontelváltozások, kivéve:

Aneurysmás csontcysta

Fibrosus dysplasia

Myositis ossificans

Subperiostealis corticalis defektus

Chondromyxoid csontfibroma

A12A0011

Csontsarcomák diagnosztikai módszerei, kivéve:

Kétirányú röntgenfelvétel

Ultrahangvizsgálat

Laboratóriumi vizsgálatok

CT

MR

A12A0012

Típusos periostealis reakcióval járó csontdaganatok, kivéve:

Centrális, nagy malignitású osteosarcoma

Ewing sarcoma

Óriássejtes csonttumor

Eosinophyl granuloma

Egyik sem

A12A0013

Leggyakrabban első két évtizedben előforduló csonttumorok, kivéve:

Parossealis osteosarcoma

Ewing sarcoma

Osteochondroma

Chondroblastoma

Centrális konvencionális osteosarcoma

A12A0014

Háromfázisú csontizotóp vizsgálat indokolt, kivéve:

Csontáttétek kimutatására

Preoperatív chemotherapia hatásosságának megítélésére

Patológiás törés kimutatására

Csonttumor elkülönítése inaktív csontcystáktól

Csontdaganat recidíváinak kimutatására

A12A0015

Centrális, nagy malignitású osteosarcomák ötéves túlélése:

10-15%

20-30%

30-35%

65-75%

90% felett

A12A0016

Radioterápiát alábbi csontsarcomák kezelésénél használjuk:

Osteoid osteoma

Chondrosarcoma
Ewing sarcoma
Adamantinoma
Chordoma

A12A0017

Ewing sarcoma típusos lokalizációja, kivéve:

Hosszú csöves csontok epiphysisei

Medencecsontok
Hosszú csöves csontok diaphysise
Lapos csontok
Mindegyik helyes

A12A0018

Centrális osteosarcoma típusos lokalizációja, kivéve:

Lábtő csontjai

Femur distalis metaphysise
Medencecsontok
Tibia proximalis és distalis metaphysise
Humerus

A12A0019

Óriássejtes csonttumor típusos előfordulási helye:

Hosszú csöves csontok diaphysise
Rövid köbös csontok
Clavicula
Hosszú csöves csontok epi- metaphysise
Koponyacsontok

A12A0020

Az alábbi lágyrészsarcomák közül a leggyakoribb:

Fibrosarcoma
Liposarcoma
Angiosarcoma
Világossejtes lágyrészsarcoma
Neurofibrosarcoma

A12A0021

Rossz prognosztikai faktor lágyrészsarcomák esetén:

Felismeréskor egyidejű tüdőáttét

Grade I. szövettani típus
Tumor nagyság: T1
Superficialis elhelyezkedés
Nyirokcsomók: N0

A12A0022

Jó prognosztikai faktor csontáttétek esetén, kivéve:

Primer tumor helye tüdő

Primer tumor helye prostata

Áttét és primer tumor megjelenése között több mint négy év

Soliter csontáttét

Primer tumor onkológiailag kontrollált

A12A0023

Csontáttétek sebészi kezelésének célja:

Fájdalom csökkentése

Beteg mozgáskéességének helyreállítása

Beteg daganatmentessé tétele

Életminőség javítása

Mindegyik igaz

A12A0024

Amputációt végzünk az alábbi esetekben, kivéve:

A daganat beszűri az ér- idegképleteket

Életet veszélyeztető vérzés a tumorból

Funkcionálisan használhatatlan végtag

Multiplex tüdőáttét

Elviselhetetlen fájdalom, aszociális állapot

A12A0025

Csontáttét esetén a primer tumor helye leggyakrabban:

Máj

Pancreas

Tüdő

Lágyrészek

Agy

A12A0026

Legjobb életkilátásokkal az alábbi tumor csontáttéteinél találkozunk:

Emlő

Melanoma
Tüdő
Hasnyálmirigy
Agy

A12A0027

Mely daganat öt éves túlélése haladja meg a 80%-ot?

Adamantinoma

Grade III. chondrosarcoma

Ewing sarcoma

Synovialis sarcoma

Vesecarcinoma csontáttéte

A12A0028

Nagy malignitású daganat az alábbiak közül:

Chondrosarcoma

Ewing sarcoma

Adamantinoma

Chordoma

Óriássejtes csonttumor

A12A0029

Mely daganatot kezelünk a defektus kikaparásával, csontforgáccsal történő kitöltéssel?

Ewing sarcoma

Parostealis osteosarcoma

Enchondroma

Chordoma

Adamantinoma

A12A0030

Percutan thermocoagulatiót végzünk az alábbi csonttumornál:

Adamantinoma

Chondrosarcoma

Osteoid osteoma

Chondroblastoma

Parostealis osteosarcoma

A12A0031

Lágyrésztumrok diagnózisában fontos szerepe van, kivéve

UH

CT
MR
scintigráfia
angiográfia

A12A0032

Kisméretű, low grade lágyrésztumorok esetén a javasolt műtéttípus:

Amputatio
Marginális kimetszés
Radikális kimetszés
Széles kimetszés
Egyik sem

A12A0033

Melyik tényező nem befolyásolja a postoperatív kemoterápia szükségességét:

A daganat malignitási foka
Metastasis jelenléte
A beteg életkora
A beteg testsúlya
Mindegyik befolyásolja

A12A0034

Postoperatív sugárkezelés célja:

A műtéti seb gyógyulásának elősegítése
Lokális recidíva megakadályozása
Keringés javítása
Gyulladáscsökkentés
Infekció megelőzése

A12A0035

Kemoterápia során melyik mellékhatás **nem** jellemző:

hajhullás
hányinger
csontvelő depresszió
izomfájdalom
hányás

A12A0036

Csontot is érintő malignus lágyrésztumor esetén általában:

A csontot is resecálni kell

A tumor lefejthető a csonttól
Amputálni kell a végtagot
Nem szükséges kemoterápia
Műtét nem szükséges

A12A0037

Ér- idegképleteket is infiltráló malignus lágyrésztumor esetében

A képletek kiperarálhatóak a tumorból

A tumor inoperábilisnak minősül

Az ér- idegképleteket resecálni kell, majd szükség szerint grafftal pótolni

Elkerülhetetlen az amputatio

Kemoterápia nem szükséges

A12A0038

Benignus csonttumorkok röntgen képre **nem** jellemző:

Ép-kóros csonthatár éles

A corticalis gyakran destruált, áttört

Scleroticus szegély

A corticalis gyakran elvékonyodott, előboltosul

A csontdestrukció általában egynemű lyticus vagy meszes gócot tartalmaz

A12A0039

Malignitásra utaló röntgenelváltozások csontdaganatoknál, kivéve:

A corticalis destruált

Ép-kóros csontszövet határa elmosódott

"Molyrágásszerű" finomfoltos csontdestrukció

Scleroticus szegély a lyticus csontlaesio körül

Scleroticus-lyticus csontdestrukció spiculum képződéssel

A12A0040

Óriássejtes csonttumorra jellemző, kivéve:

Tisztán lyticus csontdestrukciót okoz

Periostealis reakció nem kíséri

Malignus daganat

Kis százalékban malignus vagy malignizálódik,

A tipikus szöveti kép ellenére prognózis nem adható

A12A0041

Milyen adjuváns kezelés javasolt óriássejtes csonttumor kezelése során?

Irradiatio

Fenolos átmosás

Kemoterápia
Brachyterápia
Egyik sem

A12A0042

Az óriássejtes csonttumor:

High grade malignus daganat
Benignus elváltozás
Intermedier, lokálisan agresszív viselkedésű tumor
Low grade malignus daganat
Egyik sem

A12A0043

Lágyrésztumor gyanúja esetén aspirációs cytológiai vizsgálat elsőként választandó módszer a diagnózishoz:

Igen, mert rögtön biztos diagnózist ad.
Nem, mindenképpen kell sebészi biopsia is.
Igen, de kétséges eredmény esetén ismételt biopsiára lehet szükség.
Nem, aspiratoria nem lehet alapozni a terápia tervet.
Egyik sem.

A12A0044

MR vizsgálat haszna:

Pontosan felmérhetőek a tumorhatárok, valamint a daganat szerkezete
Pontos diagnózist ad
Egyéb vizsgálatra nincs szükség a műtét megtervezéséhez
Olcsó, könnyen elérhető vizsgálat
Egyik sem

A12A0045

Malignus lágyrésztumoroknál javasolt műtéttípus:

Intralaesionalis kimetszés
Marginális kimetszés
Széles resectio
Amputatio
Egyik sem

A12A0046

Osteoid osteomára jellemző, kivéve:

első két évtizedben fordul elő leggyakrabban
centrális nidussal rendelkezik
hosszu csöves csontok metaphysisét érinti
heves, salicylátra szünő fájdalmat okoz
kezelés nélkül elpusztítja a csontot, ízületi felszint

A12A0047

Mely tumorok közé sorolható a chondrosarcoma

Secundaer malignus csonttumorok
Primaer malignus csonttermelő tumorok
Lágyrésztumorok
Primaer malignus porctermelő tumorok

A12A0048

Végtagmegtartó eljárás, kivéve

Ízületközeli tumor exclochleatiója, a keletkezett üreg kitöltése csontcementtel
Végtag exarticulatiója
Tumoros csont teljes resectiója, tumor endoprotézis beültetés
Tumoros csont széles resectiója , csont allograft beültetés

A12A0049

A sebészi szél onkológiai meghatározása szerint a tumor resectiója lehet, kivéve

Intralaesionalis
Marginalis
Perifériás
Széles

A12A0050

A korszerű kemothepia lehetővé teszi, hogy az arra érzékeny primaer malignus csonttumoroknál ma főként

Intralaesionalis resectiót végezhesünk
Marginalis resectiót végezhesünk
Széles resectió végezhesünk
Radicalis resectiót végezhesünk

A12A0051

A rekonstrukciós műtéteket lehetőv tevő korszerű képalkotó diagnosztikus eljárások közé tartozik, kivéve

PET-CT
MRI

Konvencionális rgt eljárások
CT, angio-CT vizsgálat