

= 1 =

BAREM PROBA SCRISA ORTOPEDIE
05.03.2020

Subiectul 5

Care sunt principalele forme anatomopatologice si clinice in luxatiile mainii si care este examenul paraclinic ce clarifica diagnosticul (pag 554):

Luxatia anterioara a semilunarului 1p

Luxatia retrolunara a carpului 2p

Luxatia trans-scafo perilunara 2p

Luxatia anterioara a semilunarului asociata cu fractura scafoidului 2p

Luxatia retro scafolunara 2p

Radiografia de fata si profil va clarifica diagnosticul 1p

Subiectul 9

Care este tehnica corecta chirurgicala in cazul pseudartrozelor de diafiza humerala? (pag 177)

Tratamentul pseudartrozei are drept scop obtinerea consolidării, alinierea corecta a membrului, reluarea functiei si eliminarea sepsisului atunci cand este prezent. --(1p)

Solutiile care s-au impus in practica au fost osteosinteza cu placa cu autocompactare si aport de grefa autologa sau osteosinteza centromedulara cu tija rigida cu alezaj-- (2p)

O tehnica corecta trebuie sa respecte urmatoorii timpi :

inlaturarea oricarui implant prezent,

excizia zonei de fibroza din focar,

debridarea osoasa pana in tesut sanatos sangerand

, repermeabilizarea canalului medular, realiniere prin corectarea diformitatilor

, fixare ferma cu compresie

, grefa osoasa

(7p, cate 1p fiecare liniuta)

Subiectul 14

Care sunt principalele grupe de clasificare ale fracturilor de semilunar?(pag 254,255)

Marius Niculescu
Cristi

Marius

DR. MARIUS NICULESCU
medic. primar ortoped
cod 088680

CLASIFICARE

Fracturile semilunarelor se pot împărți în cinci grupe:

- fracturi în plan frontal ale polului palmar cu interesarea arterelor nutritive palmare
- fracturi osteocondrale ale suprafeței articulare proximale fără afectarea importantă a vaselor nutritive
- fracturi în plan frontal ale polului dorsal
- fracturi transverse ale corpului
- fracturi în plan frontal ale corpului cu interesare articulară.

2p X 5 = 10

SUBIECTUL 20

Care sunt semnele clinice și care este atitudinea terapeutică în cazul sindromului de compartiment secundară fracturii de diafiză femurală? (pag 412)

Semnele clasice pentru pacientul conștient sunt 1p:

- examinarea palpatorie a tensiunii compartimentului 0,5p
- stretching testul 0,5p
- urmărirea distribuției paresteziilor 1p și pulsul distal comparativ la cele două membre 1p
- efectuarea imediată a fasciotomiilor la o diferență de presiune între presiunea sașină diastolică și presiunea intracompartimentală mai mică de 30 mm Hg descrisă de Whitesides et al [3p]
- fasciotomia coapsei în cadrul sindromului de compartiment al coapsei este largă 1p, în două aborduri, medial – compartiment omonim și lateral 1p – compartiment anterior și posterior 1p [3p]

Subiectul 25

Care sunt principiile tratamentului provizoriu în cazul fracturilor de pilon tibial? (pag 461)

În cazul fracturilor cominutive severe sau deschise se poate folosi provizoriu fixator extern 7-21 zile ce poate obține în unele cazuri reducerea anatomică a fibulei și centrarea talusului sub tibie 2p

Trebuie să asigure stabilizarea primară care este de regulă obținută cu ajutorul fixatorului extern, cu sau fără fixarea fibulei. 1p



Este indicat in prezenta unui edem local marcat 1p

Ajuta la diminuarea durerii si retragerea edemului, usureaza schimbarea pansamentului si vindecarea plagilor in fracturilor deschise, previne retractia partilor moi care altfel ar ingreuna interventia chirurgicala 2p

Scopul este de a mentine alinierea si lungimea si nu de a obtine o reducere perfecta a suprafetei articulare prin ligamentotaxis. 2p

Va fi evitata distractia excesiva a gleznei deoarece ar putea aparea complicatii de tipul sindromului de compartiment sau neuropatiei 2p

SUBIECTUL 27

Care sunt principiile tratamentului postoperator a tehnicii chirurgicale minim-invazive descrisa de Essex-Lopresti si King pentru fracturile calcaneului? (pag 500)

Tratamentul postoperator subliniaza necesitatea mobilizarii precoce. 2p

Pacientul este imobilizat intr-o gheata ortopedica 2p

Se incepe kinetoterapia gleznei si a articulatiei subtalare de trei ori pe zi 2p

Daca se practica si fixarea articulatiei calcaneocuboidiene, pinii percutanati se inlatura la 6-8 saptamani. 2p

Mersul fara sprijin este continuat pana la 10 saptamani 2p

SUBIECT 29

Care sunt principiile de tratament in cazul luxatiilor izolate tarso-metatarsiene? (pag 564)

Reducerea sub anestezie generala sau rahidiana de urgenta prin extensia manuala a metatarsienului in axul piciorului, cu contrasextensie aplicata pe gamba si presiune la baza metatarsienelor luxate in sens invers deplasarii 4p

Imobilizarea in aparat gipsat pentru 4 saptamani in luxatiile simple si de 6-8 saptamani in luxatiile asociate cu fracturi ale metatarsienelor 3p

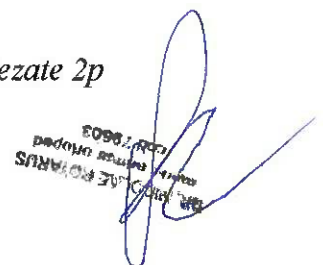
In caz de instabilitate poate fi necesara o fixare temporara cu brosa Kirschner percutan. 3p

SUBIECT 30

avantajele tijelor nealezate folosite pentru tratamentul fracturilor de diafiza femurala in politraumatisme. (pag 88)

Stresul inflamator postoperator este mai redus la tijele ne-alezate fata de cele alezate 2p

Prof. Dr. Mariu Mănescu
Ortopedie - Traumatologie
Cod 388530



Embolizarea cu globule lipidice si modificarile inflamatorii post-operatorii sunt mai reduse la tijele nealezate 2p

Modificarile imunologice- expresia antigenelor HLA-DR pe PMNN periferice si eliberarea de IL-10 sunt mai reduse la tijele nealezate 2p

Nivelul elastazelor in fluxul venos central (care reflecta activitatea PMNN) creste dupa alezaj 2p

Sistemul de tip RIA au micorat incidenta complicatiilor 2p

SUBIECT 33

Descrieti particularitatile anatomo-clinice ale osteitei cronice traumatice (pag 572)

Este o infectie cronica a osului indusa printr-o inoculare directa: in contextul unei fracturi deschise sau in urma unei interventii chirurgicale. 2p

Factori favorizanti: contuzii moi, devascularizarea osoasa. 2p

Infectia este mai putin zgomotoasa la nivelul focarului de fractura, perisotul prezinta o reactie hiperostozanta 2p

Debut clinic: urmeaza unei supuratii imediate posttraumatice sau postoperatorii. 1p

Radiologic: calus hipertrofic cu structura neomogena cu geode si condensari, cu sechestre sau chiar pseudartroza supurata. 3p

SUBIECT 41

Descrieti clasificarea Gustillo- Anderson a fracturilor deschise

Gradul I - energie mica, fractura oblica sa transversa, plaga tegumentara sub 2cm, putin poluata 0,50 x 4 = 2p

Gradul II - energie medie, fractura cominutiva, plaga tegumentara peste 2cm, contuzie tegumentului si musculaturii vecine, poluare mai accentuata 0,40 x 5 p = 2p

Gradul IIIA- energie mare, cominutie importanta, pierdere cutanata, devitalizare musculara, poluare intensa 0,40 x 5 = 2p

Gradul IIIB- energie mare, cominutie importanta, leziuni importante contuze ale partilor moi, smulgerea perisotului, expunerea osului, poluare importanta 0,40 x 6 = 2,4p

Gradul IIIC- fractura deschisa de gradul III la care se asociaza leziuni ale axului vascular principal care, pentru pastrarea membrului, impun repararea chirurgicala 1p+0,3 x 2 = 1,6p