

EGZAMIN TESTOWY
Z
CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH
V ROK I WYDZIAŁ LEKARSKI
WERSJA II

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

2002

1. Remisja całkowita białaczki to:
 - A. synonim wyleczenia
 - B. zmniejszenie liczby komórek poniżej poziomu wykrywalnego klasycznymi metodami
 - C. zmniejszenie liczby komórek o 50%
 - D. zmniejszenie liczby komórek poniżej poziomu wykrywanego metodą PCR
 - E. zmniejszenie liczby komórek poniżej poziomu wykrywanego cytogenetycznie
2. Immunohalacja jest metodą ze wskazań w:
 - A. białaczce limfoblastycznej
 - B. anemii immunohemolitycznej
 - C. aplazji szpiku
 - D. neoplazji nowotworowej
 - E. toczeniu rumieniowatym
3. Powstanie genu fuzyjnego bcr-abl to przyczyna:
 - A. szpiczaka młpłego
 - B. ziarnicy złośliwej
 - C. chłoniaka Burkitta
 - D. przewlekłej białaczki szpikowej
 - E. chłoniaka płaszcza
4. Graniczna zabójcza liczba komórek białaczkowych to:
 - A. powyżej miliona
 - B. powyżej miliarda
 - C. powyżej biliona
 - D. powyżej tryliona
 - E. 100 milionów
5. Która z niżej wymienionych chorób nie jest wskazaniem do przeszczepienia szpiku:
 - A. aplazja szpiku
 - B. neoplazja nowotworowa
 - C. ostra białaczka
 - D. chłoniak
 - E. niedokrwistość hemolityczna
6. Obecność objawów ogólnych w chłoniaku określa się literą:
 - A. A
 - B. B
 - C. C
 - D. D
 - E. E
7. Które z poniższych badań nie jest pomocne w diagnostyce niedokrwistości hemolitycznej:
 - A. stężenie hemoglobiny
 - B. poziom bilirubiny
 - C. dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
 - D. poziom kreatyniny
 - E. badanie morfologii krwi
8. Zieleniak (chloroma) to:
 - A. odmiana ostrej białaczki szpikowej
 - B. rodzaj chłoniaka
 - C. guz, który uległ martwicy
 - D. nowotwór z komórek podścieliska krwiotwórczego
 - E. przybłak

9. Niebezpieczny poziom bezwzględnej liczby neutrofili zaczyna się poniżej:
 - A. 2,5 tysiąca/mikrolitr
 - B. 2 tysięcy/mikrolitr
 - C. 0,5 tysiąca/mikrolitr
 - D. 1,5 tysiąca/mikrolitr
 - E. 0,1 tysiąca/mikrolitr
10. Upusty krwi stosuje się w leczeniu:
 - A. przewlekłej białaczki szpikowej
 - B. czerwienicy prawdziwej
 - C. jest to zabieg wywołany ze współczesnej nadciepności
 - D. siderocemii
 - E. hemofili
11. Podstawowy lek w szpiczaku to:
 - A. busulfan
 - B. leucem
 - C. melfalan
 - D. cysplatyna
 - E. irinotekan
12. Niebezpieczny dla życia poziom bezwzględnej liczby płytek zaczyna się:
 - A. poniżej 100 tys./mikrolitr
 - B. poniżej 1 tys./mikrolitr
 - C. poniżej 50 tys./mikrolitr
 - D. poniżej 10 tys./mikrolitr
 - E. poniżej 150 tys./mikrolitr
13. Wskaźnik nowotworu, który wcześniej wykryty nie jest wskazaniem do rozpoczęcia leczenia:
 - A. przewlekła białaczka szpikowa
 - B. przewlekła białaczka limfatyczna
 - C. ostra białaczka limfoblastyczna
 - D. chłoniak płaszcza
 - E. aneuploidia
14. Bardzo wysokie białko całkowite sugeruje rozpoznanie:
 - A. otyłości
 - B. szpiczaka młpłego
 - C. chłoniaka
 - D. pierwotnej choroby metabolizmu białkowego
 - E. zwiększonego wchłonięcia aminokwasów
15. Najważniejsza informacja przekazywana komórkom przez cytokiny to:
 - A. żyć!
 - B. Długo żyć!
 - C. Rozmnażaj się!
 - D. Lepiej pracuj!
 - E. Przylepaj!
16. Choroby nowotworowe pojawiają się pierwotnie na poziomie:
 - A. 2 komórek
 - B. 100 komórek
 - C. 1 komórki
 - D. 1 miliona komórek
 - E. 1000 komórek

17. Podstawowy marker krwiotwórczych komórek macierzystych to:
A. CD3
B. CD4
C. CD34
D. CD8
E. CD14
18. Liczba erytrocytów wytwarzana i zużywana w ciągu 1 doby to:
A. 2 miliardy
B. 1 bilion
C. 0,2 biliona
D. 1 trylion
E. 50 milionów
19. Podstawowym elementem rozpoczynającym krwiotworzenie jest:
A. komórka macierzysta mezenchymy
B. komórka ukierunkowana
C. komórka macierzysta krwiotworzenia
D. mieloblast
E. komórka prekursorowa
20. Niedokrwistość z niedoborem żelaza to:
A. makrocytarna, niedobrowliwa
B. mikrocytarna, nadbrowliwa
C. normocytarna, normobrowliwa
D. mikrocytarna, niedobrowliwa
E. makrocytarna, nadbrowliwa
21. W ZZSK koniecznym do rozpoznania objawem jest:
A. sacroilitis
B. osteofity
C. zmiany zapalne stawów międzypaliczkowych
D. obecność antygenu H 27
E. wysięk w stawie kolanowym
22. Dla RZS charakterystyczne są:
A. symetryczne zajęcie stawów, sztywność poranna, zmiany radiologiczne w postaci torbieli lub zaniku kostnego w obrębie kości tworzących staw
B. symetryczne zmiany dużych stawów z towarzyszącym wysiękiem
C. niesymetryczne zmiany stawów kończyn górnych i dolnych bez sztywności porannej
D. zapalenie jednego stawu w obrębie kończyn górnych
E. zapalenie jednego stawu w obrębie kończyn dolnych
23. Leczenie RZS lekami modyfikującymi przebieg choroby:
A. powoduje znaczną poprawę długoterminowych wyników leczenia
B. powinno być rozpoczęte bez zwłoki u pacjentów z wczesnymi nadżerkami kostnymi
C. powinno być zastosowane dopiero po właściwie przeprowadzonym leczeniu lekami niesterydowymi przeciwzapalnymi
D. powinno być zarezerwowane dla pacjentów ze złym rokowaniem ze względu na częste objawy niepożądane po tych lekach
E. nie jest zalecane jeśli nie stwierdza się w surowicy czynnika reumatoidalnego
24. Przy podejrzeniu raka nerki wykonaliśmy jako pierwsze następujące badanie:
A. tomografię
B. USG nerek
C. tomografię komputerową
D. arteriografię nerkową
E. poście zdjęcie pęty brzusznej

25. Krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego jest powikłaniem leczenia:
A. cyklosporyną
B. sterydami
C. mitykacją
D. cyklofosfamidem
E. azatiopryną
26. Bez względu na przeciwwskazaniem do wykonania biopsji nerki mającej na celu określenie u chorego z zespołem nerczykowym charakteru glomerulopatii jest stwierdzenie:
A. ciążenia rozkretowego 120 mmHg
B. 65 lat i więcej
C. uprzednio wykonanej biopsji nerki
D. stężenie kreatyniny w surowicy krwi $1,9 \text{ mg\%}$
E. torbieli w dotychczasowym biegu nerki prawej
27. Spośród poniższych twierdzeń dotyczących SLE nieprawdziwe jest:
A. SLE występuje znacznie częściej u kobiet
B. za uwarunkowaniem genetycznym SLE przemawia częstsze występowanie u chorych antygenów zgodności tkankowej HLA DR, DQ 2 i DQ 3
C. częstym objawem są bóle i obrzęki stawów, ale nigdy nie dochodzi do destrukcji stawów
D. jeśli nie stwierdza się przeciwciał przeciwjądrowych nie można rozpoznać SLE nawet przy współistnieniu licznych kryteriów klasyfikacyjnych ARA
E. przeciwciała przeciw natywnemu DNA są uważane za miernik aktywności procesu zapalnego i zanikają pod wpływem leczenia
28. Cechą charakterystyczną zespołu nerczykowego nie jest:
A. białkomocz powyżej 3,5 g/dobę
B. hipalbuminemia
C. nadkrzepliwość
D. bezmocz
E. obrzęki
29. Redukcji przesączania kłębuszkowego do 50% wartości wyjściowej z reguły towarzyszy:
A. podwojenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi
B. podwojenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi
C. brak zmiany stężenia kreatyniny w surowicy krwi
D. bezmocz
E. różne objawy mocznic
30. Krwiotomocz:
A. jest zawsze wskazaniem do biopsji nerki
B. może być objawem gruźlicy układu moczowego
C. wyklucza rozpoznanie odmiedniczkowego zapalenia nerek
D. u osoby z guzem nerki jest wskazaniem do jego biopsji
E. jeżeli jest izolowany - nie wymaga diagnostyki
31. Jakie badania powinien w pierwszej kolejności zalecić choremu z wyznaczonym przelichem tarczycy:
A. USG + RTG klatki piersiowej + TSH
B. USG + biopsja aspiracyjna cienkoigłowa + TSH + FT4
C. Oznaczenie TSH i tyreoglobuliny
D. Przeciwciała p-tiro peroksydazie tarczycowej + TSH
E. USG tarczycy + TSH

32. Następujące objawy sugerują obecność guza wydzielającego insulinę:
 A. chudnięcie, biegunki, wyczuwalny guz w jamie brzusznej
 B. wzmożone łaknienie, napadowe utraty przytomności z potami, stany majaczeniowe
 C. napadowe pocenie się, zwykły ciśnień tętniczego ze zblednięciem i kołataniami serca
 D. napady kołatania serca z dusznością, zaczerwienienie skóry, wzrostem RR, biegunki
 E. niskie wartości glikemii i wysokie stężenie insuliny i niskie stężenie peptydu C
33. Przyczyną niedoczynności przytarczyc jest najczęściej:
 A. przebyta rozległa operacja tarczycy
 B. choroba autoimmunologiczna
 C. rak tarczycy
 D. przedawkowanie witaminy D lub jej analogów
 E. niewydolność nerek
34. Jaki zestaw wyników oznaczeń upoważnia do rozpoznania pierwotnej niedoczynności tarczycy:
 A. TSH, ↑ FT4, ↑ FT3
 B. ↑ TSH, ↓ FT4, ↓ FT3
 C. ↑ TSH, ↑ FT4
 D. ↓ TSH, prawidłowe FT4, ↓ FT3
 E. prawidłowe TSH, ↑ FT4
35. Leczeniem z wyboru w chorobie Cushinga jest:
 A. farmakoterapia analogami somatostatyny
 B. radioterapia
 C. przekłnowe usunięcie guza przysadki
 D. leczenie mitotaniem
 E. obostrzona adrenalektomia
36. Najpoważniejszym działaniem ubocznym leczenia tyreostatykami jest:
 A. przyływanie na wadze
 B. zwiększenie tarczycy
 C. agranulocytoza
 D. świąd skóry
 E. zapalenie śluzówki żołądka
37. Chorobę Cushinga odróżnisz od ektopowego wydzielania ACTH w oparciu o:
 A. badanie ACTH
 B. badanie ACTH i kortyzolu po 1 mg dexamethasonu
 C. badanie ACTH i kortyzolu w długim teście hamowania dexamethasonem
 D. badanie 17-OH progesteronu
 E. wystarczy ocena rytmu dobowego ACTH
38. Najczęstszą przyczyną pierwotnej niedoczynności kory nadnerczy jest:
 A. adenoleukodystrofia
 B. infekcja
 C. proces autoimmunologiczny
 D. gruźlica
 E. przerzuty nowotworowe do nadnerczy
39. Jeden z typowych objawów wtórnej niedoczynności kory nadnerczy to:
 A. hiperkalemia
 B. hiperpigmentacja
 C. hiperpigmentacja skóry
 D. ogólnie osłabienie i uczucie zmęczenia
 E. nadciśnienie tętnicze

40. Chorobę Hashimoto leczy się:
 A. encortonem 1mg/kg wagi ciała
 B. cytostatykami
 C. radiojodem ¹³¹I
 D. podajemy substytucyjne dawki L-tyroksyny w przypadku niedoczynności tarczycy
 E. małymi dawkami propylotiomocylu
41. Dodatni wynik echokardiograficznej próby dobutaminowej wskazuje na obecność:
 A. choroby wieńcowej
 B. zapalenia mięśnia serca
 C. kardiomiopatii przerostowej
 D. prawidłowe A i B
 E. wszystkie prawidłowe
42. W celu określenia prawdopodobieństwa choroby wieńcowej należy brać pod uwagę:
 A. płeć i wiek pacjenta
 B. badanie podmiotowe
 C. spoczynkowe EKG
 D. prawidłowe A i B
 E. wszystkie prawidłowe
43. Hyperhomocysteinemia jest czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej. Witaminami biorącymi udział w procesie metylacji lub katabolizmu homocysteiny są:
 A. witamina B12, B6, kwas foliowy
 B. witamina B12, B1, kwas foliowy
 C. witamina B12, B1, kwas foliowy
 D. witamina B6, B12, kwas foliowy
 E. witamina B12, B12, kwas foliowy
44. U pacjenta z dławicą naczyniową (angina Prinzmetal) do spazmu wieńcowego nie predysponuje następująca sytuacja kliniczna:
 A. ekspozycja na zimno
 B. niedobór magnezu
 C. hiperwentylacja
 D. niedobór wapnia
 E. zasadowica
45. U 50-letniego chorego ze stenozą aortalną z oznaczonym dopplerowskim badaniem echokardiograficznym gradientem nadstymulnym 36 mmHg i średnim 20 mmHg oraz echami niewydolności serca (frakcja wyrzutowa 38%) optymalnym sposobem postępowania jest:
 A. natychmiastowy zabieg wymiany zastawki
 B. kardiomiopatia, a potem wymiana zastawki
 C. próba dobetazyna ocenijana gradient przez zastawkowy celem ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego
 D. test wysiłkowy dla oceny wydolności wysiłkowej
 E. kardiomiopatia z niewyziym pomiaru gradientu przez zastawkę

46. 52-letni mężczyzna z wywiadem rodzinnym w kierunku choroby wieńcowej, bez innych czynników ryzyka, ze stabilną dławicą piersiową w klasie 2 wg CCS, dostarczył wynik próby wysiłkowej: przy obciążeniu 4 METs uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach II, III, aVF z towarzyszącym bólem dławicowym. Zmiany wycofały się w 2-giej minucie odpoczynku. Choremu zaproponujesz:
- koronarografię w trybie pilnym
 - koronarografię w trybie planowym
 - próbę z dobutaminą
 - scyntyografię wysiłkową
 - natychmiast przyjechać do szpitala i podać streptokinazę
47. 51-letnia kobieta palacz papierosy, z łagodnym nadciśnieniem tętniczym, bez innych czynników ryzyka choroby wieńcowej, z wywiadem atypowych bólów w klatce piersiowej, dostarczyła wynik próby wysiłkowej: przy obciążeniu 7 METs obniżenie odcinka ST o 4,5 mm w odprowadzeniach II, III, aVF. Badanie przerwało z powodu duszności, bez bólu w klatce piersiowej. Chorej tej zaproponujesz:
- koronarografię w trybie pilnym
 - koronarografię w trybie planowym
 - scyntyografię wysiłkową
 - 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera
 - 24-godzinny ambulatoryjny pomiar ciśnienia tętniczego
48. U chorego z ostrym zespołem wieńcowym z uniesieniem ST w odprowadzeniach VI-V4 kierowanego na pierwotną angioplastykę wieńcową w okresie okoliczniczym zastosujesz:
- inhibitor glikoproteiny IIb/IIIa
 - streptokinazę
 - tkankowy aktywator plazminogenu
 - kwasi acetylosalicylowy
 - prawidłowe A i D
49. U chorego po pomostkowaniu aortalno-wieńcowym optymalne wartości stężenia lipidów w surowicy powinny wynosić:
- cholesterol całkowity poniżej 250 mg/dl, LDL cholesterol poniżej 230 mg/dl, HDL cholesterol powyżej 30 mg/dl
 - cholesterol całkowity poniżej 230 mg/dl, LDL cholesterol poniżej 180 mg/dl, HDL cholesterol powyżej 40 mg/dl
 - cholesterol całkowity poniżej 200 mg/dl, LDL cholesterol poniżej 100 mg/dl, HDL cholesterol powyżej 55 mg/dl
 - cholesterol całkowity poniżej 200 mg/dl, LDL cholesterol poniżej 130 mg/dl, HDL cholesterol powyżej 40 mg/dl
 - cholesterol całkowity poniżej 160 mg/dl, LDL cholesterol poniżej 130 mg/dl, HDL cholesterol powyżej 30 mg/dl
50. Który chory z objawami ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia ST ma wskazać do leczenia statynami:
- ze stężeniem cholesterolu całkowitego 260 mg/dl, i LDL cholesterolu 180 mg/dl
 - ze stężeniem cholesterolu całkowitego 220 mg/dl, i HDL cholesterolu 30 mg/dl
 - ze stężeniem cholesterolu całkowitego 200 mg/dl, i LDL cholesterolu 120 mg/dl
 - prawidłowe A i B
 - wszystkie prawdziwe

51. Postępowaniem z wyboru w napadzie migotania przedsionków z częstotścią komór 220/min i ciśnieniem tętniczym 85/60 mmHg jest:
- podanie wercapanilu 10 mg iv
 - podanie amiodaronu 300 mg iv
 - podanie digoksyny 0,5 mg iv
 - podanie ajmaliny 50 mg cz
 - wykonanie kardiowersji elektrycznej
52. Wykonanie echokardiografii wysiłkowej w celu diagnostyki choroby niedokrwiennej serca można zaplanować u pacjenta:
- z zespołem preekscytacji (WPW)
 - z zespołem wypadania płotka zastawki mitralnej
 - z obecnością bloku lewej odnogi pęczka Hisa w spoczynkowym badaniu EKG
 - w nadciśnieniu tętniczym
 - we wszystkich wymienionych sytuacjach
53. Skojarzona terapia statynami i fibratami zwiększa ryzyko:
- neuropatii
 - miopatii
 - limfopenii
 - trombocytopanii
 - wszystkie prawdziwe
54. W profilaktyce nawrotu migotania przedsionków u chorego z zespołem WPW nie stosuje się:
- propafenonu
 - wercapanilu
 - sotalolu
 - ajmaliny
 - amiodaronu
55. Przed rozpoczęciem leczenia statynami należy oznaczyć:
- transaminazy
 - fosfokreatynę
 - HbS, HCV
 - prawidłowe A i B
 - wszystkie prawdziwe
56. Najbardziej wiarygodnym nieważącym wykładnikiem reperfuzji po leczeniu abrynołitycznym u chorego z zawałem serca jest:
- ustąpienie bólu
 - normalizacja enzymów
 - szybka redukcja uniesienia ST-T w EKG
 - blok przedsionkowo-komorowy III
 - wolny częstoskurcz komorowy
57. U chorego poniżej 75 roku życia we wstępie kardioinnym w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego leczeniem z wyboru jest:
- podanie streptokinazy i beta-adrenolityku
 - wykonanie angioplastyki wieńcowej z zastosowaniem kontrapulsacji wewnątrzaoarowej (AIPP)
 - zastosowanie krwionpustu
 - dłowieńcowe podanie heparyny i nitrogliceryny
 - jak najszybciej przeszczep serca

58. Jako profilaktykę zakrzepicy w stenozie przez co najmniej miesiąc po zabiegu powinno się podawać:
- hirudynę
 - nitroglicerynę w postaci doustnej
 - amlodypinę
 - tiklopidynę i kwas acetylosalicylowy
 - tirofiban
59. U chorego z zespołami MAS w przebiegu bradykardii w celu przyspieszenia akcji serca można podać:
- Atropinę
 - Orcyprenalinę
 - Verapamil
 - Sotalol
 - prawidłowe A i B
60. Stała stymulacja jednojamowa serca może dotyczyć:
- prawego przedsionka
 - lewego przedsionka
 - prawej komory
 - lewej komory
 - każda odpowiedź jest dobra
61. Leczenie insulinią pacjentów z cukrzycą typu 2 należy rozpocząć:
- u osób ze znaczną otyłością
 - u osób ze świeżo rozpoznaną cukrzycą
 - przy braku skuteczności leczenia dietetycznego
 - przy braku efektu terapeutycznego podczas leczenia biguanidami
 - żadna z powyższych odpowiedzi nie jest prawidłowa
62. W zespole drażliwego jelita może wystąpić oprócz:
- zwężenie jelita ze stanem zapalnym
 - zaparcie niekiedy na zmianę z biegunką
 - domieszka śluzu
 - ból brzucha przed wypróżnieniem
 - zmniejszenie dolegliwości po wypróżnieniu
63. Przetoka pomiędzy jelitem cienkim a pęcherzem moczowym nasuwa podejrzenie:
- wrzodziejącego zapalenia jelita grubego
 - kamicy pęcherzowej
 - choroby Leśniowskiego i Crohna
 - prawdziwe A i B
 - prawdziwe B i C
64. Która z poniższych chorób nie stanowi pewnego wskazywania do eradycji *Helicobacter pylori*:
- chłoniak typu MALT
 - wrzd dwunastnicy
 - objawy dyspepsji
 - stan po krwawieniu z wrzodu trawiennego
 - wrzd żołądka z dodatnim testem na *Helicobacter pylori*
65. Do przyczyn odynofagii zaliczamy:
- zapalenie przełyku wywołane kwasami i zasadami +
 - połkowe zapalenie przełyku +
 - wirusowe i drożdżakowe zapalenie przełyku +
 - refluksowe zapalenie przełyku +
 - prawidłowe A i B

66. Który z czynników pogarsza przebieg choroby Leśniowskiego i Crohna:
- ☒ palenie papierosów
 - doustne leki antykoncepcyjne
 - oba czynniki a i b
 - dieta bogatoreszkowa
 - żaden z czynników nie ma wpływu na przebieg choroby Crohna
67. U osoby z chorobą wrzodową wymagającej przebiegu niesteroidowych leków przeciwzapalnych najkorzystniejsze działanie zapobiegające nawrotom wrzodzeń wykazują:
- H₂-blokery
 - ☒ blokery pompy protonowej
 - syntetyczne prostaglandyny - *misoprostol*
 - preparaty bizmutu
 - Sucralfat
68. Każdy chory, który zakrważył z górnego odcinka przewodu pokarmowego powinien w ciągu 48 godzin:
- mieć wykonaną arteriografię pnia trzewnego
 - mieć wykonane badanie rtg górnego odcinka
 - mieć wykonaną endoskopię górnego odcinka +
 - mieć wykonany test na obecność *Helicobacter pylori*
 - prawidłowe c i d
69. Najczęstszą przyczyną ostrego zapalenia trzustki jest:
- alkohol +
 - kamienie żółciowe +
 - ECPW
 - świnka, leki i urazy
 - ☒ prawdziwe a i b
70. W przebiegu cukrzycy może dojść do powikłań "gastrologicznych" z wyjątkiem:
- nawracającej, niepowściąpliwiej biegunki
 - gastroparezy
 - chorób przyzębia
 - przybicia przewodu pokarmowego
 - przewlekłego zapalenia trzustki
71. Wskazaniem do wykonania przeszłońnej transowej biopsji wątroby nie jest:
- określenie wskaźnika aktywności zapalenia wątroby u osób z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C
 - planowane leczenie przeciwwirusowe u zakażonych HCV
 - rozpoznanie czynnego zakażenia wirusem cytomegalii
 - znikoma opniaskowa w miąższu wątroby
 - ☒ poszukiwanie przyczyny zwiększonej aktywności enzymów wątrobowych
72. 49-letnia pacjentka, od 8 lat leczona insulinią została przyjęta do oddziału chorób wewnętrznych z powodu hiperglikemii (590 mg%) i objawów wynurzeń brzośnatą treścią. Wskaż, które twierdzenie jest prawdziwe.
- u tej chorej wystąpiła atonia żołądka
 - chora krwawi z przewodu pokarmowego
 - najpewniejszym postępowaniem jest podanie omeprazolu doustnie
 - należy rozważyć możliwość leczenia chirurgicznego
 - prawidłowe a i b

73. U 76-letniej pacjentki z wieloletnią chorobą wieńcową, z bólami brzucha po jedzeniu, a ostatnio z biegunką i obecnością świeżej krwi w stolcu najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem jest:
- Choroba Leśniowskiego-Crohna
 - ☒ niedokrwienne zapalenie jelit
 - rak jelita grubego
 - wrzodziejące zapalenie jelita grubego
 - wszystkie nieprawidłowe
74. Która z niżej wymienionych chorób może towarzyszyć wrzodziejącemu zapaleniu jelita grubego:
- ☒ zeszywniakowe zapalenie stawów kręgosłupa
 - kamica żółciowa
 - kamica moczowa
 - gonokokowe zapalenie cewki moczowej
 - maciekowa gruźlica płuc
75. W śpiączce wątrobowej stosuje się między innymi:
- laktulozę doustnie +
 - neomycynę lub metronidazol doustnie +
 - transfuzję wymionną i dializę otrzewnową
 - ☒ prawidłowe a i b
 - prawidłowe b i c
76. U chorego z rozpoznaną sarkoidozą największą przydatność w monitorowaniu przebiegu choroby wykazuje:
- spirometria
 - gazometria krwi tętniczej w spoczynku
 - zdolność dyfuzyjna płuc
 - pletyzmoграфия
 - ergospirometria
77. Badanie nadreaktywności oskrzeli można przeprowadzić wykorzystując:
- fenoterol
 - karbachol
 - brunek ipratropium
 - teofilina
 - sabutamol
78. Charakterystyczne dla POChP zmiany to:
- zmniejszenie D_{50} , zwiększenie FEV_1
 - zmniejszenie D_{50} , zmniejszenie FEV_1
 - zwiększenie D_{50} , prawidłowe VC
 - zwiększenie D_{50} , zmniejszenie VC
 - żaden z odpowiedzi nie jest prawidłowa
79. Badanie spirometryczne nie umożliwia oceny:
- pojemności życiowej płuc
 - zmniejszonego przepływu w drobnych oskrzelach
 - ☒ wydolności oddechowej
 - pomiaru szczytowego przepływu wydechowego
 - rozpoznania restrykcji objętości oddechowego

80. Które z poniższych stwierdzeń dotyczących obturacyjnego bezdechu podczas snu (OHPS) jest nieprawdziwe:
- na OHPS chorują najczęściej dylaty mężczyźni w średnim wieku
 - nasilenie tętno prawie nigdy nie występuje u chorych z OHPS
 - prawidłowa masa ciała nie wyklucza możliwości zachorowania na OHPS
 - chorzy z OHPS częściej niż osoby zdrowe są sprawcami wypadków komunikacyjnych
 - brzośdzwonienie nie powinno być stosowane u chorych na OHPS
81. Podstawowe leki stosowane w leczeniu stanu astmatycznego to:
- teofilina, glikokortykosteroidy, β_2 -mimetyki długodziałające
 - glikokortykosteroidy, β_2 -mimetyki krótkodziałające, cholinolityk
 - β_2 -mimetyki krótkodziałające, glikokortykosteroidy, teofilina
 - glikokortykosteroidy, teofilina, teofilina
 - teofilina, β_2 -mimetyki długodziałające, glikokortykosteroidy
82. Stwierdzenia obecności komórek raka w płynie opłucnowym świadczy o stopniu zaawansowania raka płuc:
- 0
 - II B
 - III A
 - III B
 - IV
83. Najprostszym i możliwym do przeprowadzenia niemal w każdych warunkach działaniem leczniczym, które powinno zostać zastosowane u pacjentów z wentylacją odnaw opłucnej jest:
- zamiana odnaw wentylacji na odnaw otwartą
 - zamiana odnaw wentylacji na odnaw zamkniętą
 - zamiana odnaw wentylacji na odnaw śródpiersiową
 - przeczerpiecie płynów i v.
 - podanie dopaminy i.v.
84. U chorego, u którego przed 6 godzinami przeprowadzono punkcję opłucnej (podczas której ewakuowano z jamy opłucnej 1500 ml płynu) pojawiły się następujące objawy: niepokój, duszność, ból w klatce piersiowej. W tej sytuacji najważniejszymi badaniami dodatkowymi decydującymi o sposobie dalszego leczenia są:
- spirometria i pletyzmoграфия
 - gazometria krwi tętniczej i jonogram
 - ☒ rtg klatki piersiowej i ekp
 - tomografia komputerowa klatki piersiowej i bronchoskopia
 - badanie pojemności dyfuzyjnej płuc (DLCO) i niesymulowanego zużycia tlenu ($V_{O_{2max}}$)
85. Wskaż twierdzenie nieprawdziwe:
- bronchofiberoeskopia jest zabiegiem diagnostycznym i/lub terapeutycznym
 - bronchofiberoeskopia umożliwia uzyskanie materiału tkankowego z oskrzeli
 - bronchofiberoeskopia umożliwia uzyskanie materiału tkankowego z płuc
 - ☒ bronchofiberoeskopia pozwala na przeprowadzenie punkcji igłowej węzłów chłonnych śródpiersia
 - częstym powikłaniem bronchofiberoeskopii jest zapalenie przetyku
86. Które z poniższych stwierdzeń dotyczących leków antycholinergicznych jest prawdziwe:
- wykazują silniejsze działanie rozkurczające mięśniówkę gładką oskrzeli niż β_2 mimetyki
 - wybiórczo blokują receptory M1
 - hamują wydzielanie i produkcję śluzu w drogach oddechowych
 - wykazują działanie addycyjne w stosunku do β_2 mimetyków
 - ☒ prawdziwe C, D

87. Z podanych poniżej przykładów wybierz formę terapii skojarzonej, najwłaściwszej dla chorego na astmę oskrzelową łagodną:
- glikokortykosteroid doustny, teofilina o przedłużonym działaniu, krótkodziałający β_2 -agonista w razie duszności
 - kromony, długodziałający β_2 -agonista, krótkodziałający β_2 -agonista
 - glikokortykosteroid wziewny w średniej lub dużej dawce, długodziałający β_2 -agonista lub teofilina o przedłużonym działaniu, krótkodziałający β_2 -agonista w razie duszności
 - glikokortykosteroid wziewny w małej dawce lub kromony lub teofilina o przedłużonym działaniu, krótkodziałający β_2 -agonista w razie duszności
 - nie ma potrzeby przewlekłego leczenia przeciwzapalnego, jedynie krótkodziałający β_2 -agonista w razie duszności
88. Do oceny aktywności procesu chorobowego w astmie oskrzelowej stosuje się następujące metody z wyjątkiem:
- badania czynnościowych układu oddechowego
 - cytologicznej oceny mazi płucnej drogą płukania oskrzelowo-pęcherzykowego
 - monitorowania poziomu enzymu konwertującego angiotensynę
 - badania tomograficznego o wysokiej rozdzielczości
 - scyntygrafii
89. W leczeniu atypowego zapalenia płuc stosujemy:
- penicyliny, makrolidy, cefalosporyny II generacji
 - makrolidy, chinolony, doksyacykliny
 - aminopenicyliny z inhibitorem β -laktamazy, makrolidy, doksyacykliny
 - makrolidy, aminoglikozydy, chinolony
 - antybiotyk zgodnie z posiewem i antybiogramem
90. Mikoplazmatyczne zapalenie płuc charakteryzuje:
- nagły początek
 - wysoka gorączka
 - objawy grypopodobne
 - ból w klatce piersiowej nasilający się przy oddychaniu
 - objawy skórne
 - objawy ze strony przewodu pokarmowego
 - kaszle suchy
- a, b, c, d, e, f, g
 - a, b, d, g
 - a, c, e, f
 - c, e, f, g
 - a, c, d
91. Niedomykalność aortylna typowo powoduje:
- pełnienie wolnej ściany lewej komory
 - powstanie względnej niedomykalności zastawki pnia płucnego
 - powiększenie lewej komory
 - zmniejszenie amplitudy tętna
 - zwężenie zastawki mitralnej
92. Ryzyko powikłań narządowych nadciśnienia tętniczego jest największe u chorego, u którego nadciśnieniu towarzyszy:
- ciężka cukrzyca
 - nadciśnienie tętnicze u obojga rodziców
 - podwyższone stężenie kwasu moczowego
 - łagodna hipercholesterolemia
 - makroalbuminuria

93. 60-letni mężczyzna z nadwagą, z zawodu kierowca ciężarówki, zgłosił się do szpitala z powodu obrzęku prawego podudzia. Poprzedniego dnia prowadził samochód bez przerwy przez niemal 10 godzin. W badaniu przedmiotowym stwierdzono bolesność prawego podudzia, objaw Homansa był ujemny. Wybierz najwłaściwszy sposób postępowania:
- zastosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych.
 - diuretika krótkodziałowa.
 - wykonanie badania ultrasonograficznego żył kończyn dolnych i oznaczenia stężenia D-dimerów.
 - leczenie heparyną drobnocząsteczkową do czasu wyjaśnienia przyczyny obrzęków.
 - prawdziwe C i D.
94. Częstość występowania nadciśnienia naczyniowo-nerwowego w populacji chorych z nadciśnieniem ocenia się na:
- 0,01%
 - 0,1-5%
 - 20%
 - 50%
 - 70%
95. Badaniem, którego prawidłowy wynik pozwala na wykluczenie zatokowości płucnej jest:
- echokardiografia
 - scyntygrafia płuc
 - spirachlografia komputerowa klatki piersiowej
 - ciężkie badanie ultrasonograficzne żył kończyn dolnych
 - żadne z powyższych
96. 45-letni pacjent od 3 miesięcy odczuwa stopniowo narastające gniotące bóle w klatce piersiowej, związane z wysiłkiem. Która z wad serca najbardziej typowo może być przyczyną opisanych dolegliwości:
- stenoz mitralna
 - stenoz aortalna
 - niedomykalność mitralna
 - czynnościowa niedomykalność trójdzielną
 - żadna z powyższych
97. Odsetek populacji dorosłych w Polsce, u których występuje nadciśnienie tętnicze szacuje się na:
- 5-15%
 - 15-25%
 - 25-35%
 - 35-45%
 - 45-55%
98. Ciężenie tętnicze optymalne wynosi:
- poniżej 110/75 mmHg
 - poniżej 120/80 mmHg
 - poniżej 130/85 mmHg
 - poniżej 140/90 mmHg
 - zależy od wieku badanego i chorób współistniejących

99. Najważniejszym kryterium decydującym o konieczności wymiany zastawki aortalnej u pacjenta ze zwężeniem zastawki aortalnej jest:
- A. wielkość jamy lewej komory
 - B. stopień przerostu lewej komory
 - ☒ C. wysokość gradientu przez zastawkowego
 - D. występowanie typowych objawów klinicznych (duszność, dławica, zaskrobnięcia)
 - E. wielkość lewego przedsionka
100. Najczęstszą przyczyną infekcyjnego zapalenia osierdzia są:
- A. wirusy
 - ☒ B. bakterie
 - C. grzyby
 - D. pasożyty
 - E. prątki gruźlicy