

Poniżej zostały omówione pytania na które udzielono najmniejszą liczbę prawidłowych odpowiedzi. Numeracja pytań odnosi się do wersji I testu.

7. Pytanie dotyczyło czasu w jakim od wystąpienia objawów masywnej zatorowości płucnej można podać jeszcze lek fibrynolityczny. Jedynie 24,4% zdających wiedziało, że tromboliza jest skuteczna nawet jeśli zostanie zastosowana do 10 dni od wystąpienia zatorowości płucnej (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 413*)

9. W odniesieniu do nadreaktywności na radiologiczne środki kontrastowe, 87% zdających było przekonanych, że reakcje te występują częściej u chorych na astmę, podczas gdy w tej grupie pacjentów ryzyko wystąpienia jest podobne jak w innych grupach chorych, mogą jedynie wykazywać cięższy przebieg (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str.1828*)

30. Wśród wymienionych chorób stawów nadżerki w badaniu rtg występują, zarówno w reumatoidalnym (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str.1649*), jak i łuszczycowym zapaleniu stawów.

44. W komentarzu do pytania Autor podkreśla, że inhibitory pompy protonowej są jedną z najczęściej stosowanych grup leków. Długotrwałe stosowanie tej grupy preparatów u osób zakażonych H. pylori zwiększa ryzyko zaniku błony śluzowej żołądka. Na tę odpowiedź najczęściej wskazywali zdający. Wiedza ta wydaje się być konieczna u specjalistów chorób wewnętrznych.

59. Pytanie dotyczyło częstości występowania przerzutów w kościach w różnych typach nowotworów. W raku płuca, który był najczęściej zaznaczaną błędną odpowiedzią, przerzuty kostne są rozpoznawane rzadziej, także ze względu na krótszy czas przeżycia chorych z rakiem płuca.

63. W uzasadnieniu Autor pytania zwraca uwagę na kolejność zajęcia układu chłonnego przez chłoniaka ziarniczego począwszy od węzłów śródpiersia.

66. Należało podać najczęstszą przyczynę krwiopłucia (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika tab.II.B.1-3*) a nie chorobę, w przebiegu której najczęściej pojawia się krwiopłucie.

68. Hiperkalemia jest częstym powikłaniem ostrej ale rzadkim przewlekłej niewydolności nerek. Jej wystąpienie wynika ze spadku przesączania kłębuszkowego, uszkodzenie tkanki śródmiąższowej nerki zwykle prowadzi do hipokaliemii. Aktywacja układu RAA oraz podanie beta-agonistów powoduje spadek stężenia potasu w surowicy. Leki z ostatniej grupy stosowane są do doraźnego obniżania stężenia potasu we krwi.

84. Skala ryzyka sercowo-naczyniowego ESC/ESH u pacjenta z nadciśnieniem tętniczym nie posługuje się określeniem zwiększonego ryzyka odnosi je natomiast do ryzyka osoby bez nadciśnienia i innych czynników ryzyka (ryzyko przeciętne) i określa zagrożenie powikłaniami jako ryzyko umiarkowane, znacznie i bardzo znacznie zwiększone. Pacjent z cukrzycą i ciśnieniem wysokim prawidłowym ma ryzyko znacznie zwiększone.

88. Do substancji stosowanych jako odtrutki w zatruciu cyjankami należą: tiosiarczan sodowy, hydroksykobalamina oraz azotan sodu i amyłu. Wersenian sodowy jest stosowany w zatruciach metalami ciężkimi, atropina – pestycydami, acetylocysteina – paracetamolem, błękit metylenowy – w methemoglobinemii (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika tab.XIII.B.3-1.*)

89. Współczesne wytyczne (np. ATP III, Polskie Forum Profilaktyki) zalecają oznaczenie lipidogramu u wszystkich dorosłych powyżej 20 roku życia, jak również u każdego pacjenta z rozpoznaną cukrzycą. Zatem 23-latek, który zgłosił się do lekarza powinien mieć oznaczony profil

lipidów, który należy powtórzyć po 5 latach (o ile nie ma zaburzeń nakazujących większą częstotliwość kontroli)

90. Przyczyną przewlekłego kaszlu (trwającego powyżej 8 tygodni) jest najczęściej przewlekłe zapalenie zatok, astma oskrzelowa czy choroba refluksowa. Jest to także typowe działanie niepożądane leków hamujących ACE. Zakażenie mykoplazmą może powodować kaszel w okresie infekcji i zdrowienia, który zwykle utrzymuje się krócej niż 8 tygodni.

98. Najczęściej występującą wrodzoną trombofilią jest mutacja typu Leiden genu czynnika V (Arg506Glu) powodująca oporność czynnika V na degradację przez aktywne białko C. Szacuje się, że ta mutacja stanowi co najmniej 25% wszystkich wrodzonych postaci trombofilii (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 1579*).

100. Nadpłytkowość może mieć charakter pierwotny lub wtórny. Do częstych przyczyn wtórnej nadpłytkowości należą: zakażenia, zapalenia, niedobór żelaza, krwawienie, zespoły mieloproliferacyjne. Niedokrwistość złośliwa wywołana niedoborem witaminy B12 zwykle przebiega ze skłonnością do małopłytkowości.

104. Zespół lizy (rozpadu) guza obejmuje zaburzenia metaboliczne powstałe w następstwie rozpadu komórek nowotworowych, z których uwalniają się fosforany, potas, kwasy nukleinowe, co powoduje hiperfosfatemię i hiperurykemię, której czasami towarzyszy kwasica mleczanowa. Hiperfosfatemia wywołuje spadek stężenia wapnia, mogący być przyczyną objawów tężyczki (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 2014*).

107. Ponad 80% osób z wrodzonymi wadami serca dożywa okresu dorosłego, mając zwiększone ryzyko rozwoju infekcyjnego zapalenia wsierdza. Nadciśnienie płucne rozwija się u osób z wadami przeciekowymi (np. nierozpoznany ubytek przegrody międzyprzedsionkowej) i może doprowadzić do zespołu Eisenmengera (odwrócenia przecieku). Może pojawić się sinica, wtórna nadkrwistość natomiast ryzyko udaru z powodu samej wrodzonej wady serca jest u dorosłych małe.

111. W krajach gdzie prowadzona jest suplementacja soli jodem, autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (Hashimoto) jest najczęstszą przyczyną jej niedoczynności (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 1069*). W biopsji narządu stwierdza się wówczas nacieki limfocytowe, a we krwi u 90% chorych przeciwciała przeciwko TPO. U bezobjawowych nosicieli przeciwciał anty-TPO ryzyko ujawnienia się niedoczynności jest niewielkie, nie przekracza kilku procent rocznie. Niskie stężenie TSH występuje w niedoczynności wtórnej tarczycy i rozpoznanie wymaga oceny czynności przysadki

114. Hiperprolaktynemia jest najczęściej występującym zaburzeniem czynności przysadki, które może być spowodowane przez obecność guza. Wzrost stężenia prolaktyny może mieć też inne przyczyny, które należy uwzględnić w diagnostyce hiperprolaktynemii, jedną z nich może być niedoczynność lecz nie nadczynność tarczycy (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 1024*).

116. Choroba Pageta należy do względnie częstych chorób kości, szacuje się, że cierpi na nią 3% osób powyżej 40 roku życia. Zwykle pozostaje bezobjawowa i wykrywa się ją przypadkowo w oparciu o badanie radiologiczne kości czy oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 1749*). Hiperkalcemia, zjawisko częste w przerzutach do kości, nadczynności przytarczyc czy szpiczaku, pojawia się w zaawansowanym stadium choroby u pacjentów unieruchomionych. Niedobór witaminy D i osteomalacja powodują bóle kostne, hipofosfatemię i hipokalcemię.

117 i 119. W powyższym pytaniu, które dotyczyło przyczyny pierwotnego hiperaldosteronizmu, większość odpowiadających wskazywała na zespół Conna czyli gruczolak nadnerczy wydzielający aldosteron. Zespół Liddle'a czy Bartera może przypominać hiperaldosteronizm klinicznie, jednak stężenia hormonu we krwi są wówczas niskie. Hiperaldosteronizm odpowiadający na leczenie glikokortykosteroidami charakteryzuje zahamowanie sekrecji aldosteronu w czasie podania deksametazonu. Brak widocznego guzka czyni rozpoznanie zespołu Conna mniej prawdopodobnym niż przerostu nadnerczy, w którym także rzadziej dochodzi do spontanicznej hipokalemii (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 1115*). Należy też zauważyć, że większość zdających miała problem z prawidłowym wyborem testu w diagnostyce zespołu Cushinga (pytanie 117), za którą w chwili obecnej uważa się pomiar stężenia kortyzolu w ślinie lub moczu lub test hamowania małą dawką deksametazonu. Oznaczanie 17-OHKS ma zastosowanie wówczas gdy nie ma możliwości oznaczenia wolnego kortyzolu i nie jest to obecnie badanie podstawowe (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 1100*).

120. Do wskaźników resorpcji kostnej należą m.in. stężenie N-telopeptydu, C-telopeptydu w surowicy, wydalanie hydroksyproliny i wolnej dezoksyrydinoliny. Wskaźnikami tworzenia kości są aktywność fosfatazy alkalicznej, stężenie osteokalcyny, propeptydu prokolagenu typu I (*Choroby wewnętrzne pod red. A. Szczeklika str. 1623*).