

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

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

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **2 godziny 40 minut**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać kartę odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartą odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zachowania.
- h) Porozumiewanie się z sąsiadami oraz korzystanie z jakichkolwiek materiałów pomocniczych pociąga za sobą dyskwalifikację i ocenę niedostateczną z egzaminu.

Twój zestaw zadań testowych został oznaczony jako **WERSJA I**. W związku z tym przypominamy Ci, że Twój numer karty winien być **nieparzysty**. Dla potwierdzenia tego, że rozwiązujesz wersję I **w wierszu 7 górnej części karty** zakreślono pole z **cyfrą 1**. Prawidłowe zaznaczenie widać na rysunku niżej

NUMER KODOWY.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

cem EGZAMIN SPECJALIZACYJNY
Z ENDOKRYNOLOGII
WIOSNA 2021 I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|
| 1 | A | B | C | D | E | 61 | A | B | C | D | E |
| 2 | A | B | C | D | E | 62 | A | B | C | D | E |

Nr 1. Cukrzycowa kwasica ketonowa jest wskazaniem do wykonania w trybie pilnym badań laboratoryjnych takich jak:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1) glikemia z krwi żyłnej; | 6) mocznik, kreatynina; |
| 2) glukozuria i ketonuria; | 7) elektrolity; |
| 3) TSH; | 8) HBA1c (hemoglobina glikowana); |
| 4) równowaga kwasowo-zasadowa; | 9) kortyzol; |
| 5) lipidogram; | 10) morfologia. |

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 2. Diagnoza wczesnej, subklinicznej nefropatii cukrzycowej u dzieci z cukrzycą polega na:

- A.** stwierdzeniu podwyższonych wartości stężenia mocznika i kreatyniny.
- B.** stwierdzeniu wydalania albumin z moczem w ilości 3-30 mg na dobę.
- C.** wykryciu klinicznych cech niewydolności nerek.
- D.** stwierdzeniu wydalania albumin z moczem w ilości ponad 300 mg na dobę.
- E.** stwierdzeniu wydalania albumin z moczem w ilości 30-300 mg na dobę.

Nr 3. U 12-letniego pacjenta z cukrzycową kwasicą ketonową (nowe rozpoznanie cukrzycy), pH = 6,9, stężenie potasu 6 mmol/l, kreatynina 1,1 mg/dl, glikemia 870 mg/dl, z zaburzeniami świadomości w śpiączce/wstrząsie w pierwszej kolejności należy:

- A.** zastosować tlenoterapię, podłączyć chorego do kardiomonitora, rozpocząć natychmiastową podaż 0,9% NaCl w szybkim wlewie dożylnym.
- B.** zastosować tlenoterapię, podłączyć chorego do kardiomonitora, rozpocząć dializoterapię, gdyż ciężki stan pacjenta jest najprawdopodobniej spowodowany niewydolnością nerek.
- C.** zastosować tlenoterapię, podłączyć chorego do kardiomonitora, rozpocząć natychmiastową podaż 0,9% NaCl w szybkim wlewie dożylnym razem z dożylną podażą insuliny.
- D.** zastosować tlenoterapię, podłączyć chorego do kardiomonitora, założyć cewnik do pęcherza moczowego, rozpocząć natychmiastową podaż 0,9% NaCl w szybkim wlewie dożylnym razem z podaniem *sodium bicarbonicum*.
- E.** przekazać pacjenta na oddział intensywnej terapii medycznej.

Nr 4. System monitorowania glikemii metodą skanowania (FGM):

- A.** mierzy glikemię we krwi włosniczkowej.
- B.** jest zarejestrowany od 4. roku życia.
- C.** wymaga wymiany sensora co 6 dni.
- D.** wymaga kalibracji 2 x dziennie.
- E.** dla uzyskania zapisów z całej doby wymaga skanowania minimum co 4 godziny.

Nr 5. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące postępowania w ciężkiej hipoglikemii poinsulinowej u dziecka 4 letniego, z masą ciała 23 kg:

- A. w każdym przypadku ciężkiej hipoglikemii dziecka poniżej 5 roku życia konieczna jest hospitalizacja.
- B. w przypadku ciężkiej hipoglikemii nie należy podawać doustnie pokarmów stałych.
- C. należy podać glucagon domięśniowo w dawce 0,5 mg.
- D. podanie glucagonu można powtórzyć, jeśli pacjent nie odzyska świadomości w ciągu 10 minut.
- E. pacjenta należy ułożyć w pozycji bezpiecznej.

Nr 6. Pacjent 15-letni, z cukrzycą typu 1 od 10 lat, z HbA1c pogarszającą się od dwóch lat, z 6,8% do obecnie 9,5%, z nadmiarem masy ciała – BMI 95 centyl, leczony CPWI (pompa insulinowa) plus SMBG (glukometr), insulina – analog szybkodziałający, aktualna masa ciała 110 kg, dobową dawkę insuliny 100-130 j. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące modyfikacji leczenia w opisanym przypadku:

- A. należy zmienić leczenie na metodę wielokrotnych wstrzyknień za pomocą penów.
- B. do kontroli glikemii należy dołączyć system ciągłego monitorowania glikemii.
- C. do leczenia należy dołączyć preparat biguanidów.
- D. do leczenia należy dołączyć preparat inhibitora SGLT2 (kotransportera sodowo-glukozowego 2).
- E. należy zamienić insulinę na analog ultraszybkodziałający.

Nr 7. U 3-letniego chłopca z cukrzycową kwasicią metaboliczną (przy przyjęciu glikemia 785 mg/dl, pH=6,96) w 12. godzinie leczenia odnotowano bradykardię, bóle głowy, postępujące zaburzenia świadomości. Dziecku należy pilnie podać dożylnie:

- A. 20% mannitol.
- B. wodorowęglan sodu.
- C. w szybkim wlewie 250 ml 0,9%NaCl.
- D. deksametazon.
- E. 20% mannitol, a przy braku poprawy deksametazon.

Nr 8. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące cech charakteryzujących pompę MiniMed 780G:

- A. automatyczna baza, automatyczne bolusy korekcyjne, automatyczne bolusy posiłkowe.
- B. automatyczna baza, automatyczne bolusy korekcyjne.
- C. automatyczna baza, automatyczne bolusy posiłkowe.
- D. automatyczne bolusy korekcyjne.
- E. automatyczna baza.

Nr 9. Do przeciwwskazań do uprawiania sportu przez dzieci z cukrzycą typu 1., wymagających orzeczenia specjalisty medycyny sportowej nie należy/a:

- A. wizyty w poradni diabetologicznej: u dzieci <4/rok.
- B. wystąpienie 1 epizodu ciężkiej hipoglikemii w ostatnich 12 miesiącach.
- C. więcej niż 1 epizod kwasicy ketonowej w ostatnich 12 miesiącach.
- D. HbA1c - średnia z ostatnich 12 miesięcy >8,5% lub aktualny wynik >9%.
- E. samokontrola glikemii: liczba pomiarów <6 pomiarów na dobę za pomocą glukometru u sportowców niekorzystających z CGM, względnie FGM.

Nr 10. Który pacjent z cukrzycą typu 1 spełnia wszystkie wymagania dotyczące parametrów Ambulatoryjnego Profilu Glikemii przy stosowaniu ciągłego pomiaru glikemii?

| | Czas spędzony w zakresie docelowym | Czas poniżej 70 mg/dl | Czas poniżej 54 mg/dl | Czas powyżej 180 mg/dl | Czas powyżej 250 mg/dl | Wsp. zmienności |
|----------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------|
| A | 66 | 7 | 0 | 27 | 8 | 42 |
| B | 73 | 3 | 0 | 21 | 3 | 32 |
| C | 89 | 9 | 2 | 0 | 0 | 28 |
| D | 80 | 6 | 4 | 7 | 3 | 33 |
| E | 77 | 0 | 0 | 19 | 4 | 38 |

Nr 11. 10-letnia dziewczynka z cukrzycą typu 1. leczona przy pomocy osobistej pompy insulinowej MiniMed VEO uprawiająca pływanie, ma rozpocząć intensywniejsze treningi ok. 4 godzin dziennie i częste zawody. Optymalną zmianą terapii, jaką można pacjentce zaproponować będzie:

- A. zmniejszenie dawki insuliny we wlewie podstawowym do ok. 50% i podanie insuliny glargina U100 w dawce równoważnej 50 % dotychczasowej bazy.
- B. zmniejszenie dawki insuliny we wlewie podstawowym do ok. 80% i podanie insuliny glargina U100 w dawce równoważnej 80 % dotychczasowej bazy.
- C. zmniejszenie dawki insuliny we wlewie podstawowym do ok. 60% i podanie insuliny glargina U300 w dawce równoważnej 20 % dotychczasowej bazy.
- D. na czas treningu pływackiego ustawiać tymczasową bazę na poziomie 70% bazy standardowej.
- E. na czas treningu pływackiego ustawiać tymczasową bazę na poziomie 50% bazy standardowej.

Nr 12. U 12-letniej dziewczynki w 7. roku trwania cukrzycy typu 1. odnotowano zwolnienie wzrastania oraz słaby przyrost masy ciała. Okresowo występowały biegunki i bóle brzucha. W badaniach laboratoryjnych odnotowano niedokrwistość niedobarwliwą. W pierwszej kolejności należy oznaczyć:

- A. przeciwciała przeciwko komórkom okładzinowym żołądka.
- B. hormon wzrostu.
- C. przeciwciała przeciw tyreoglobulinie.
- D. przeciwciała przeciw transglutaminazie tkankowej.
- E. przeciwciała przeciwko kinazie tyrozynowej.

Nr 13. U 3-letniego dziecka w przypadku ciężkiej hipoglikemii można podać:

- A. glukagon donosowy w dawce 1 mg.
- B. glukagon donosowy w dawce 3 mg.
- C. glukagon domięśniowy w dawce 1 mg.
- D. glukagon domięśniowy w dawce 0,5 mg.
- E. 20% glukozę w dawce 0,5 ml/kg m.c.

Nr 14. Przy zmianie analogu szybko działającego na insulinę Fiasp (*faster aspart*) u pacjentów z cukrzycą leczonych pompami insulinowymi należy:

- A. nie zmieniać ustawień wlewu podstawowego i kalkulatora bolusa.
- B. zmniejszyć dawkę we wlewie podstawowym o 10%.
- C. zmniejszyć współczynniki posiłkowe i korekcyjne o 10%.
- D. zmniejszyć dawkę we wlewie podstawowym o 10% oraz współczynniki posiłkowe i korekcyjne o 10%.
- E. w kalkulatorze bolusa skrócić czas aktywnej insuliny o 30 minut.

Nr 15. U pacjentów z cukrzycą typu 1. analogi insuliny długodziałające drugiej generacji można podawać:

- A. toujeo – 1 raz dziennie o zmiennej porze dnia.
- B. glargina U300 – 1 raz dziennie o zmiennej porze dnia.
- C. glargina U300 – raz na dwa dni.
- D. deglutec – średnio jeden raz na dobę o zmiennej porze dnia.
- E. deglutec – raz na dwa dni.

Nr 16. U 13-letniego chłopca w badaniach kontrolnych medycyny sportowej stwierdzono glikemię na czczo 115 mg/dl. U matki dziecka i jej siostry cukrzycę rozpoznano w czasie ciąży. Ich ojciec od 35. roku życia choruje na cukrzycę typu 2. o łagodnym przebiegu. Leczeni są metforminą. U chłopca w teście doustnego obciążenia glukozą glikemia na czczo wynosiła 120 mg/dl, po dwóch godzinach - 168 mg/dl. W badaniu przedmiotowym i podmiotowym bez odchyleń. Odnotowano prawidłowe wydzielania insuliny oraz brak przeciwciał przeciwtrzustkowych. W pierwszej kolejności wskazane przeprowadzenie jest badania genetycznych w kierunku mutacji genu:

- A. *KCNJ11*. B. *GCK*. C. *HNF-4A*. D. *HNF-1A*. E. *HNF-1B*.

Nr 17. U 14-letniego chłopca wykonano biopsję cienkoigłową zmiany ogniskowej tarczycy i uzyskano wynik cytologiczny: kategoria III wg Bethesda. Jakiego powinno być dalsze postępowanie?

- A. badanie nediagnostyczne - wskazane powtórzenie BAC za 3-6 miesięcy.
- B. ryzyko raka <1% - wskazane kontrolne USG tarczycy za 12 miesięcy.
- C. ryzyko raka ok. 3% - wskazane kontrolne BAC tarczycy za 12 miesięcy.
- D. ryzyko raka ok. 25-30% - wskazana co najmniej lobektomia wraz z cieśnią.
- E. ryzyko raka ok. 55-60% - wskazana całkowite wycięcie tarczycy.

Nr 18. U 12-letniego chłopca z autoimmunologiczną niedoczynnością przytarczyc zaproponowano podaż 1,25(OH)₂D, preparaty wapnia oraz dietę z ograniczeniem fosforanów. Jakich produktów dziecko powinno unikać?

- 1) podrobów (wątróbka, serca), pasztetów drobiowych, szynki mielonej i ryb (świeżych, solonych, konserw rybnych);
- 2) serów żółtych, topionych, mleka pełnego sproszkowanego;
- 3) suchych nasion roślin strączkowych (fasola, groch, soczewica);
- 4) kaszy gryczanej, płatków owsianych, otrębów pszennych;
- 5) kakao, czekolady.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 19. Który z nowotworów złośliwych gruczołów wydzielania wewnętrznego jest najczęstszy w populacji dziecięcej?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| A. rak tarczycy. | D. rak jajnika. |
| B. rak nadnerczy. | E. rak jąder. |
| C. rak gruczołu piersiowego. | |

Nr 20. Które stwierdzenie dotyczące pegwisomantu jest prawdziwe?

- A.** jest analogiem somatostatyny.
- B.** jest antagonistą somatoliberyny.
- C.** jest antagonistą receptora hormonu wzrostu.
- D.** jest antagonistą receptora IGF-I.
- E.** jest poliklonalnym przeciwciałem skierowanym przeciwko receptorowi somatostatyny.

Nr 21. 17-letni chłopiec z somatotropinową niedoczynnością przysadki zakończył leczenie preparatem hormonu wzrostu (rhGH) z powodu uzyskania wymaganego wieku kostnego (powyżej 18 lat). *Retesting* – czyli ponowną ocenę wydzielania GH można przeprowadzić:

- A.** po co najmniej 4 tygodniach od zakończenia leczenia GH.
- B.** po co najmniej 6 miesiącach od zakończenia leczenia GH.
- C.** po ukończeniu 18. roku życia.
- D.** po ukończeniu 25. roku życia.
- E.** nie zaleca się przeprowadzenia *retestingu*.

Nr 22. Które z wymienionych przyczyn mogą być odpowiedzialne za obniżone stężenie IGF-1 w surowicy krwi u dzieci?

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1) niedobór hormonu wzrostu; | 4) niedożywienie; |
| 2) choroby wątroby; | 5) hiperkortyzolemia. |
| 3) niedoczynność tarczycy; | |

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 23. Po zakończeniu terapii promującej wzrastanie u dziecka, które w okresie dzieciństwa było leczone preparatem rekombinowanego ludzkiego hormonu wzrostu (rhGH) z powodu niedoboru hormonu wzrostu (GH), możliwość odstąpienia od wykonywania testów stymulacyjnych na wydzielanie GH (retestingu) przed kwalifikacją do dalszego leczenia GH w okresie dorosłości, dotyczy chorych:

- 1) z ciężką postacią niedoboru GH definiowaną jako uzyskanie maksymalnego wydzielania GH poniżej wartości 3 ng/ml w testach stymulacyjnych wykonywanych przed rozpoczęciem terapii w okresie dzieciństwa;
- 2) u których rozpoznano niedobór co najmniej 3 innych hormonów przedniego płata przysadki (poza niedoborem GH);
- 3) z potwierdzonymi mutacjami genów kodujących czynniki transkrypcyjne np. *POUF1* (*Pit-1*), *PROP-1*, *HESX-1*, *LHX-3* i *LHX-4*;
- 4) z mutacjami prowadzącymi do izolowanego GHD (np. genu *GH-1*, czy genu receptora GHRH);
- 5) w przypadku stwierdzenia hipoplazji płata przedniego przysadki w badaniu rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. żadnych z wymienionych.
- B. 1,2,5.
- C. 2,3,4.
- D. 1,2,3,4.
- E. wszystkich wymienionych.

Nr 24. Podwyższone stężenie prolaktyny, które nie jest związane z obecnością gruczolaka przysadki może być obserwowane w następujących stanach:

- 1) zespole policystycznych jajników;
- 2) ciężkiej pierwotnej niedoczynności tarczycy;
- 3) ciężkiej pierwotnej niedoczynności kory nadnerczy;
- 4) rzekomej nadczynności przytarczyc;
- 5) zespole nieadekwatnego wydzielania hormonu antydiuretycznego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 25. Stwierdzenie u dziecka gruczolaka przysadki wydzielającego prolaktynę może być manifestacją następujących zaburzeń genetycznych, za wyjątkiem:

- A. zespołu MEN 1.
- B. zespołu Carneya.
- C. zespołu McCune-Albrighta.
- D. rodzinnego zespołu izolowanych gruczolaków przysadki (FIPA).
- E. dysplazji przegrodowo-ocznej.

Nr 26. U 7-letniej dziewczynki ze zwolnieniem tempa wzrastania, narastającą otyłością i owłosieniem łonowym i pachowym oznaczono stężenie kortyzolu o godz. 8:00. Wynik wynosi 16,3 µg/dl (norma: 5,7-21,3 µg/dl). Jakiego należy podjąć dalsze decyzje diagnostyczne?

- A. u dziecka należy przeprowadzić ocenę wydzielania hormonu wzrostu w testach stymulacyjnych i po zaśnięciu.
- B. u dziecka należy wykonać test z GnRH w celu ustalenia postaci przedwczesnego dojrzewania płciowego.
- C. u dziewczynki należy wykonać doustny test tolerancji glukozy (OGTT) z oceną stężenia insuliny w celu diagnostyki insulinooporności.
- D. wynik wyklucza zespół Cushinga, dziecko należy skierować do dietetyka.
- E. wynik nie wyklucza zespołu Cushinga, u dziecka należy wykonać test hamowania z deksametazonem lub skierować do szpitala w celu pogłębienia diagnostyki w kierunku hiperkortyzolemii.

Nr 27. Które ze stwierdzeń dotyczących zespołu Silver-Russell (SRS) jest prawdziwe?

- A. występuje u obu płci z częstością 1:30 tys. do 1:100 tys żywych urodzeń.
- B. badania molekularne mogą potwierdzić rozpoznanie u ok 60% pacjentów z fenotypem SRS.
- C. występuje asymetria budowy ciała tułowia i kończyn.
- D. występuje względna makrocefalia przy urodzeniu.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 28. W którym bloku enzymatycznym wymienionym poniżej nie występuje pełne odwrócenie płci?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| A. lipoidowy przerost nadnerczy. | D. niedobór 17 α-hydroksylazy. |
| B. niedobór 21 α-hydroksylazy. | E. niedobór syntazy aldosteronu. |
| C. niedobór 11 β-hydroksylazy. | |

Nr 29. U 6-letniego chłopca stwierdzono pojawienie się cech przedwczesnego dojrzewania pod postacią powiększenia prącia, owłosienia łonowego w stadium II, *thelarche* - I stadium wg skali Tannera, jądra 15 ml objętości. Wiek kostny oceniono na 8 lat, test z GnRH brak wzrostu wydzielania gonadotropin. Stężenie estradiolu 9 pg/ml, testosteronu 4,3 ng/ml. Stężenia alfa-fetoproteiny i b hCG w zakresie wartości referencyjnych. Można podejrzewać:

- A. przedwczesne dojrzewanie płciowe prawdziwe.
- B. wrodzony przerost nadnerczy z niedoborem 21 α-hydroksylazy.
- C. *leydigoma*.
- D. testotoksykozę.
- E. wrodzony przerost nadnerczy o typie deficytu dehydrogenazy 3 β-hydroksysteoidowej.

Nr 30. Które z preparatów stymulujących wydzielanie hormonu wzrostu podaje się doustnie?

- 1) L-dopa;
- 2) arginina;
- 3) GHRH (somatoliberyna);
- 4) klonidyna;
- 5) glukagon.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 31. Do różnicowania pomiędzy przedwczesnym dojrzewaniem prawdziwym a przedwczesnym powiększeniem sutków wśród badań hormonalnych największe znaczenie mają:

- A.** ocena stężenia estradiolu.
B. ocena stężenia progesteronu.
C. stężenie gonadotropin w teście z gonadoliberyną.
D. ocena stężeń prolaktyny.
E. ocena stężeń testosteronu.

Nr 32. Przy jakim stężeniu TSH z badania przesiewowego wzywa się noworodka do poradni endokrynologicznej na oznaczenia FT4 i TSH z krwi żyłnej?

- A.** 10 mIU/l. **B.** 16 mIU/l. **C.** 18 mIU/l. **D.** ≥ 28 mIU/l. **E.** ≥ 12 mIU/l.

Nr 33. Badanie profilu steroidów z próbki krwi pobranej na bibułę istotnie zwiększa wartość predykcyjną badania, zwłaszcza u wcześniaków i/lub urodzonych z małą masą ciała. Istotnym dla rozpoznania wrodzonego przerostu nadnerczy jest podwyższone stężenie:

- A.** 17-OH progesteronu. **D.** androstendionu.
B. 11 deoksykortyzolu. **E.** kortyzolu.
C. 21-deoksykortyzolu.

Nr 34. Wskazaniem do leczenia analogiem GnRH o przedłużonym działaniu u dzieci jest:

- 1) przedwczesne prawdziwe dojrzewanie płciowe;
- 2) testotoksykoza u przedwcześnie dojrzewającego chłopca;
- 3) hipogonadyzm hipogonadotropowy u dziecka, które ukończyło 15. r.ż.;
- 4) somatotropinowa niedoczynność przysadki u dziecka z zaawansowanym dojrzewaniem płciowym, łącznie z zastosowaniem preparatów hormonu wzrostu;
- 5) wrodzony przerost nadnerczy (blok 21 hydroksylazy) u dziecka z zaawansowanym dojrzewaniem płciowym i wiekiem kostnym oraz niskim przewidywanym wzrostem ostatecznym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 35. Męski kariotyp i żeński fenotyp występuje w:

- A. zespole Swyera.
- B. zespole Beckwith-Wiedemann.
- C. zespole oporności na androgeny.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A i C.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A i B.

Nr 36. Przedwczesne dojrzewanie płciowe GnRH-niezależne w wyniku wrodzonego przerostu nadnerczy u chłopca charakteryzuje się następującymi cechami:

- 1) pojawienie się owłosienia łonowego i pachowego;
- 2) przyspieszenie wzrastania;
- 3) przyspieszenie dojrzewania kośćca;
- 4) powiększenie jąder;
- 5) powiększenie prącia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 37. Wszystkie wymienione stwierdzenia dotyczące pokwitaniowego skoku wzrostowego są prawdziwe, **z wyjątkiem**:

- A. w okresie skoku wzrostowego wzrasta amplituda wydzielania hormonu wzrostu.
- B. w okresie skoku wzrostowego wzrasta produkcja IGF-I.
- C. steroidy płciowe pośrednio stymulują wytwarzanie IGF-I.
- D. w okresie skoku pokwitaniowego zwiększa się gęstość receptorów hormonu wzrostu w wątrobie.
- E. androgeny są najważniejszym czynnikiem dojrzewania chondrocytów i osteoblastów.

Nr 38. Analog GnRH o przedłużonym działaniu u dzieci można podać w przypadkach:

- 1) przedwczesnego prawdziwego dojrzewania płciowego;
- 2) zespołu Kallmanna u obu płci;
- 3) zespołu McCune-Albrighta u przedwcześnie dojrzewającego dziecka;
- 4) somatotropinowej niedoczynności przysadki u dziecka z zaawansowanym dojrzewaniem płciowym, łącznie z zastosowaniem preparatów hormonu wzrostu;
- 5) wrodzonego przerostu nadnerczy (blok 21 hydroksylazy) u dziecka z zaawansowanym dojrzewaniem płciowym i wiekiem kostnym oraz niskim przewidywanym wzrostem ostatecznym.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 39. W rzekomej niedoczynności przysadki nie występuje:

- A. podwyższone stężenie parathormonu.
- B. niedobór wzrostu.
- C. hipogonadyzm.
- D. hipokalcemia.
- E. hiperfosfatemia.

Nr 40. Dziewczynka 8-letnia ma wzrost 98 cm (znacznie poniżej 3SD), szczyt wydzielania hormonu wzrostu (GH) po stymulacji 21,0 ng/ml, w teście spontanicznej sekrecji 20,2 ng/ml, stężenie IGF-I w warunkach podstawowych 40,5 ng/ml (zakres wartości referencyjnych dla wieku od 111 do 563 ng/ml). Można podejrzewać:

- A. zespół Kowarskiego.
- B. somatotropinową niedoczynność przysadki.
- C. ciężki pierwotny niedobór IGF-I.
- D. zespół Biericha.
- E. zespół Sotosa.

Nr 41. U 9-dniowego noworodka płci męskiej urodzonego o czasie, z długością ciała 53 cm, z masą ciała 3600 g, Apg 9 stwierdza się hipoglikemię, mikropenis, jądra w mosznie, przedłużającą się żółtaczkę, stężenie IGF-I jest skrajnie niskie, TSH 0,005 µIU/ml, (norma 0,70-5,97 mIU/ml) FT4 - 0,63 ng/dl (norma 0,96-1,64 ng/dl), 17 OH progesteron 0,2 ng/ml (norma), androstendion 0,4 ng/ml (norma). Można podejrzewać:

- A. wrodzony przerost nadnerczy.
- B. wielohormonalną niedoczynność przysadki.
- C. pierwotną niedoczynność tarczycy.
- D. zespół Turnera.
- E. zespół Beckwitha-Wiedemanna.

Nr 42. Nadmiar kortyzolu powoduje wszystkie wymienione, za wyjątkiem:

- A. zwiększenia wydzielania somatostatyny.
- B. zmniejszenia gęstości receptorów GH w wątrobie (zjawisko *down regulation*).
- C. hamowania wzrostu i proliferacji chondrocytów.
- D. hamowania mineralizacji chrząstki wzrostowej.
- E. hiperkaliemii.

Nr 43. Przeciwwskazaniem do wykonania testu stymulacji wydzielania hormonu wzrostu z klonidyną jest/są:

- A. zespół chorego węzła zatokowego.
- B. hipotensja.
- C. blok przedsionkowo-komorowy II lub III stopnia.
- D. zapalenie gardła z hipertermią.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 44. U 10-dniowego noworodka płci męskiej z ostrą niewydolnością nadnerczy najbardziej właściwe jest podanie:

- A. wlewu kroplowego z glukozy 5% i 0,9 % NaCl w proporcji 2:1 w pierwszej godzinie w dawce 20 ml/kg masy ciała/godzinę.
- B. wlewu kroplowego z glukozy 5% oraz 0,9%NaCl w proporcji 3:1 w pierwszej godzinie w dawce 20 ml/kg masy ciała/godzinę.
- C. wlewu kroplowego z 0,9% NaCl w pierwszej godzinie w dawce 20 ml/kg masy ciała/godzinę.
- D. podania albumin w dawce 10 ml/kg.
- E. podanie płynu Ringera 30 ml/kg na godzinę w pierwszej godzinie leczenia.

Nr 45. W różnicowaniu wtórnej II rzędowej niedoczynności tarczycy i III rzędowej niedoczynności tarczycy zastosowanie ma test z:

- A. CRH.
- B. egzogenną tyreoliberyną.
- C. argininą.
- D. L-dopa.
- E. glukagonem.

Nr 46. Wzrost ciśnienia tętniczego podczas terapii hydrokortyzonem jest spowodowany:

- A. zwiększonym wyrzutem adrenaliny.
- B. zahamowaniem aktywności 11 β -hydroksysteroidowej dehydrogenazy typu 2.
- C. stymulacją receptorów mineralokortykosteroidowych (MR).
- D. zahamowaniem sekrecji 11-deoksykortykosteronu.
- E. zahamowaniem surowiczej glukokortykosteroidowej kinazy białkowej 1.

Nr 47. Który z wymienionych zespołów nie ma patogenetycznego związku z chromosomem X?

- A. zespół autoimmunizacji zależny od mutacji genu *AIRE*.
- B. adrenoleukodystrofia zależna od mutacji genu *ABCD1*.
- C. zespół autoimmunizacji zależny od mutacji genu *FOXP3*.
- D. hipoplazja nadnerczy zależna od mutacji genu receptora jądrowego NR0B1.
- E. zespół Klinefeltera.

Nr 48. Mutacje aktywujące gen *CASR* (receptora wrażliwego na wapń) powodują:

- A. hiperkalcemię i hipokalcurię.
- B. nadczynność przytarczyc.
- C. zaburzenia kliniczne dotyczą tylko mężczyzn, gdyż gen zlokalizowany jest na chromosomie X.
- D. agenezję lub hipoplazję przytarczyc.
- E. hiperfosfatemie i obniżone stężenie 1,25-(OH)₂D₃ we krwi.

Nr 49. Analogi GLP-1:

- A. promują uczucie sytości.
- B. chronią przed hipoglikemią, bo promują sekrecję glukagonu.
- C. nasilają perystaltykę przewodu pokarmowego.
- D. nie mogą być stosowane poniżej 18. r.ż.
- E. hamują proliferację komórek beta.

Nr 50. Chłopiec 10-letni z otyłością został przyjęty do kliniki z powodu rozpoznanej cukrzycy z utratą masy ciała (z 63 do 53 kg/3 mies.) z umiarkowaną keto-kwasicą. Po przejściu na podskórne podawanie insuliny dawka wynosiła początkowo 100 IU/dobę a po tygodniu 70 IU/dobę. Jak należy ocenić tę sytuację kliniczną u chłopca?

- A. cukrzyca typu 2 z ostrym początkiem choroby u dziecka otyłego.
- B. cukrzyca typu 1 z przetrwałą insulinoopornością wywołaną wcześniejszą otyłością.
- C. cukrzyca typu MODY - do ustalenia rodzaj defektu monogenowego.
- D. insulinooporność typu A.
- E. najprawdopodobniej cukrzyca wtórna w przebiegu zespołu Cushinga.

Nr 51. Znaczenie dekarboksylazy kwasu glutaminowego (GAD) w komórkach beta wysp trzustkowych polega na:

- A. tworzeniu kwasu glutaminowego jako substratu dla biosyntezy insuliny.
- B. uszkodzaniu komórek beta, co prowadzi do rozwoju cukrzycy typu 1.
- C. wywoływaniu apoptozy komórek beta, co prowadzi do cukrzycy typu 2.
- D. udziale w sekrecji kwasu gamma-aminomasłowego przez komórki beta.
- E. uczestnictwie w odłączaniu peptydu C od proinsuliny.

Nr 52. 10-letni chłopiec leczony jest od 2 miesięcy tiamazolem w dawce 0,5 mg/kg/dobę z powodu choroby Gravesa-Basedowa. Aktualnie gorączkuje do 38°C w przebiegu anginy paciorkowcowej. Wykonana morfologia z rozmazem ujawniła poziom neutrofilii: 750/ μ l. Co należy zrobić w tym przypadku?

- A. poziom neutrofilii jest wystarczający - należy kontynuować leczenie tiamazolem w tej samej dawce.
- B. dalsze leczenie jest bezwzględnie przeciwwskazane.
- C. należy zamienić tiamazol na propylotiouracyl.
- D. wskazane jest czasowe wstrzymanie leczenia lub zmniejszenie dawki tiamazolu.
- E. leczenie tiamazolem nie ma wpływu na poziom neutrofilii.

Nr 53. Wskazaniem do BACC zmian ogniskowych tarczycy u dzieci **nie jest**:

- A. guzek gorący.
- B. czysta torbiel.
- C. zmiana o średnicy >10 mm.
- D. zmiana o średnicy 6 mm u osoby narażonej wcześniej na promieniowanie jonizujące.
- E. kształt zmiany w USG „wyższy niż szerszy”.

Nr 54. 16-letnia pacjentka z rozpoznaną chorobą Gravesa-Basedowa, leczona tiamazolem w dawce 0,3 mg/kg/24h, zaszła w ciążę. Jakie jest prawidłowe postępowanie?

- A. powyższe leczenie jest prawidłowe. Należy je utrzymać.
- B. należy zastosować metodę „zablokuj i zastąp” polegającą na zahamowaniu produkcji hormonów tarczycy tiamazolem i podawaniu lewotyroksyny w dawce zastępczej.
- C. należy zamienić tiamazol na propylotiouracyl na okres I trymestru ciąży.
- D. należy zastosować leczenie radykalne - wycięcie tarczycy lub podanie ablacyjnej dawki radiojodu.
- E. w czasie ciąży zawsze następuje remisja choroby. Należy odstawić całkowicie leczenie.

Nr 55. Obecność materiału genetycznego chromosomu Y może wiązać się z możliwością rozwoju:

- A. *gonadoblastoma*.
- B. *teratoma*.
- C. *glioma*.
- D. *astrocytoma*.
- E. *testinoma*.

Nr 56. Cukrzycę ciążową rozpoznaje się w oparciu o wyniki glikemii w OGTT rzędu:

- A. na czczo 92-125 mg/dl, w 60 minucie powyżej 180 mg/dl, w 120 minucie 153-199 mg/dl.
- B. na czczo powyżej 100 mg/dl, w 60 minucie powyżej 150 mg/dl, w 120 minucie 200 mg/dl.
- C. na czczo powyżej 130 mg/dl, w 60 minucie powyżej 140 mg/dl, w 120 minucie 226 mg/dl.
- D. na czczo powyżej 120 mg/dl, w 60 minucie powyżej 135 mg/dl, w 120 minucie 160 mg/dl.
- E. na czczo powyżej 90 mg/dl, w 60 minucie powyżej 126 mg/dl, w 120 minucie 150 mg/dl.

Nr 57. U dziecka z poliurią i polidypsją stwierdzono osmolalność surowicy powyżej 300 mOsm/kg H₂O. W tej sytuacji należy w pierwszej kolejności:

- A. wykonać test odwodnieniowo-wazopresynowy.
- B. rozpoznać moczówkę prostą ośrodkową i włączyć leczenie desmopresyną.
- C. oznaczyć stężenie wazopresyny w surowicy.
- D. oznaczyć stężenie kortyzolu w surowicy.
- E. oznaczyć stężenie glukozy w surowicy.

Nr 58. U noworodka płci żeńskiej (kariotyp 46,XX) z prawidłowym rozwojem zewnętrznych narządów płciowych, z utrzymującą się trudną do wyrównania hiponatremią, z prawidłowym wynikiem testu przesiewowego w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy, w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić:

- 1) pierwotną niedoczynność kory nadnerczy;
- 2) wtórną niedoczynność kory nadnerczy;
- 3) wrodzoną hipoplazję nadnerczy;
- 4) pseudohipoaldosteronizm.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 59. U pacjenta z moczówką prostą najbardziej charakterystyczny obraz w badaniu rezonansu magnetycznego sugerujący rozpoznanie *germinoma* to:

- A. dwuogniskowa lokalizacja guza w okolicy nadsiodłowej i w przednim płacie przysadki.
- B. dwuogniskowa lokalizacja guza w obrębie w okolicy nadsiodłowej i w szyszynce.
- C. pogrubienie szypuły przysadki.
- D. duży guz podwzgórza z obecnością zwapnień.
- E. destrukcja struktur kostnych siodła tureckiego.

Nr 60. Który spośród wymienionych działania kontrregulacyjnego w stosunku do insuliny nie wykazuje:

- A. adrenalina.
- B. glukagon.
- C. hormon wzrostu.
- D. insulinopodobny czynnik wzrostu-I.
- E. kortyzol.

Nr 61. Desmopresyna może być wykorzystywana w terapii moczówki prostej ośrodkowej oraz:

- 1) choroby von Willebranda;
- 2) hemofilii A;
- 3) zatrucia metylenodioksymetamfetaminą.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. tylko 1. B. tylko 2. C. 1,2. D. tylko 3. E. wszystkich wymienionych.

Nr 62. Przyczynami oligurii występującej u dziecka kilka dni po zabiegu neurochirurgicznym dotyczącym okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (usunięcie guza okolicy nadsiodłowej) mogą być:

- 1) zwiększone uwalnianie wazopresyny;
- 2) zaburzona regulacja pragnienia;
- 3) wtórna niedoczynność kory nadnerczy;
- 4) wtórna niedoczynność tarczycy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 63. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące zespołu rzekomego nadmiaru mineralokortykosteroidów (AME):

- 1) jest spowodowany mutacją aktywującą receptora mineralokortykosteroidowego;
- 2) dziedziczy się w sposób autosomalny recesywny;
- 3) prowadzi do wystąpienia nadciśnienia tętniczego niskoreninowego;
- 4) wiąże się z paradoksalnym wzrostem ciśnienia tętniczego po podaniu spironolaktonu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 64. U dziecka z moczówką prostą ośrodkową leczonego preparatem desmopresyny może dojść do nasilenia poliurii po zastosowaniu:

- 1) lewoskrętnej tyroksyny;
- 2) hydrokortyzonu;
- 3) fludrokortyzonu;
- 4) niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 65. W drugiej dobie wyrównywania kwasicy ketonowej u dziecka 10 letniego z długim wywiadem polidypsji, poliurii i znaczną utratą masy ciała, nadal utrzymuje się znaczna adynamia, niechęć do jedzenia, podsypianie, oraz okresowo uskarża się na bóle mięśni. Jaką diagnozę należy postawić i co zbadać?

- A.** należy wykonać natychmiast rezonans głowy, bo może to być objaw obrzęku mózgu.
- B.** należy skontrolować jony, bo może to być objaw niedoboru fosforu.
- C.** należy skontrolować tylko glikemie i ewentualnie podać wlew z glukozy, bo prawdopodobnie za szybko była wyrównywana glikemia i dziecko odczuwa objawy hipoglikemii przy wyższym poziomie glikemii.
- D.** prawdziwe są odpowiedzi A i B.
- E.** prawdziwe są odpowiedzi A,B i C.

Nr 66. Które z wymienionych czynników mają związek z rozwojem neuropatii cukrzycowej?

- 1) końcowe produkty glikacji białek (AGE) ↑;
- 2) peptyd C ↑;
- 3) czynnik wzrostu nerwów (NGF) ↑;
- 4) dysmutaza ponadtlenkowa ↑;
- 5) kinaza białkowa C (PKC) ↑.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 67. W przemianach biochemicznych zachodzących na drodze szlaku polioloowego w rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy dochodzi do:

- A.** zwiększenia stosunku $\text{NAD}^+/\text{NADPH}$.
B. zmniejszonego zużycia NADPH i w konsekwencji zmniejszonej produkcji antyoksydantów.
C. wzrostu wytwarzania tlenku azotu.
D. nadprodukcji sorbitolu, który utlenia się do fruktozy.
E. rozwoju kwasicy metabolicznej.

Nr 68. Do powikłań otyłości prostej należą:

- 1) insulinooporność;
- 2) opóźnione dojrzewanie płciowe;
- 3) zespół bezdechu sennego;
- 4) niedoczynność tarczycy;
- 5) refluks żołądkowo-przełykowy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 69. U 4-letniego eutroficznego dziecka z rozpoznaną rok wcześniej cukrzycą typu 1. o bardzo chwiejnym przebiegu stwierdzono 5-krotnie podwyższone poziomy przeciwciał anty-TG2 w klasie IgA przy prawidłowych poziomach przeciwciał IgA całkowitych. Jak należy postąpić z pacjentem?

- A.** wprowadzić dietę bezglutenową.
B. wykonać badania genetyczne w kierunku celiakii.
C. wykonać biopsję jelita cienkiego w trakcie gastroduodenoskopii.
D. ocenić kał na stopień strawienia.
E. obserwować pacjenta.

Nr 70. Do oddziału diabetologicznego zgłosiła się 17-letnia pacjentka z nieprawidłowym testem OGTT, pacjentka jest otyła ($\text{BMI } 32 \text{ kg/m}^2$) dojrzewanie M3P2, dotąd nie miesiączkowała. Na dłoniach i stopach blizny po usunięciu dodatkowych palców. Jakie schorzenie należy podejrzewać?

- A.** zespół Wolframa. **D.** cukrzyca MODY 1.
B. zespół Bardeta-Biedla. **E.** cukrzyca Mody 2.
C. zespół policystycznych jajników.

Nr 71. U pacjenta leczonego prednizonem hiperglikemia jest spowodowana:

- A. zanikiem fizjologicznej insulinowrażliwości.
- B. wzrostem produkcji insuliny.
- C. nadprodukcją glukagonu.
- D. zwiększoną aktywnością hormonu wzrostu.
- E. zmniejszeniem insulinooporności.

Nr 72. Do diabetologa zgłosił się 16-letni pacjent z cukrzycą typu 1 od 2-go roku życia. Obecnie chłopiec ma wyrównaną cukrzycę, Hb A1c 6,2%, używa osobistej pompy insulinowej i CGM, ma podwyższony poziom mikroalbumin w moczu i zmiany minimalne na dnie oka o charakterze retinopatii nieproliferacyjnej. Jaki rodzaj sportu należy mu zdecydowanie odradzić?

- A. kolarstwo.
- B. piłkę nożną.
- C. ćwiczenia na siłowni z podnoszeniem ciężarów.
- D. pływanie.
- E. wspinaczki górskie.

Nr 73. U 10-letniego dziecka leczonego cytostatykami i dużymi dawkami prednizonu z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej odnotowano glikemię 320-450 mg/dl. W badaniach moczu stwierdzono glukozurię bez ketonurii. Jakie leczenie należy zastosować?

- A. wyłącznie dietę z ograniczeniem węglowodanów.
- B. dietę z ograniczeniem węglowodanów i insulinę podskórną w dawce 0,15 IU/kg m.c./24h.
- C. dietę z ograniczeniem węglowodanów i insulinę podskórną w dawce 0,5 IU/kg m.c./24 h.
- D. dietę z ograniczeniem węglowodanów i insulinę dożylną w dawce 0,15 IU/kg m.c.
- E. dietę z ograniczeniem węglowodanów i insulinę dożylną w dawce 0,5 IU/kg m.c.

Nr 74. U 15-letniego pacjenta po wypadku samochodowym, z ciężkimi uszkodzeniami OUN zaobserwowano w 2 dobie w trakcie śpiączki farmakologicznej w oddziale intensywnej terapii obfitą diurezę 6 litrów na dobę. Na jakiej podstawie rozpoznasz u pacjenta moczówkę prostą?

- A. na podstawie niskiego ciężaru właściwego moczu poniżej 1,010 g/ml.
- B. na podstawie testu zagęszczania moczu.
- C. na podstawie zwiększonej osmolalności surowicy powyżej 300 mOsm/kg H₂O, osmolalności moczu poniżej 200 mOsm/kg H₂O) i stosunku osmolalności moczu i surowicy poniżej 1.
- D. na podstawie obniżenia poziomu sodu w surowicy.
- E. na podstawie podwyższonego poziomu sodu i glukozy w surowicy.

Nr 75. Do SOR zgłosił się 6-letni pacjent z cukrzycą leczoną osobistą pompą insulinową od 2 lat. Do tej pory cukrzyca była wyrównana. Obecnie od 4 godzin dziecko skarży się na silne bóle w podbrzuszu, ma gorączkę, wielokrotnie wymiotowało. Znacznie podwyższone CRP. Badaniem usg stwierdzono zmiany zapalne w okolicy wyrostka robaczkowego. Glikemia 310 mg/dl, glukotest +++++, ketotest +++++. Jaką decyzję należy podjąć?

- A. pacjenta trzeba wyrównać metabolicznie przez 24 godziny i poddać go planowej laparoskopii.
- B. pacjenta trzeba natychmiast operować, a po zabiegu operacyjnym stopniowo wyrównywać metabolicznie.
- C. pacjentowi trzeba podać antybiotyki o szerokim spektrum działania i operować po uzyskaniu poprawy.
- D. pacjenta trzeba nawodnić w ciągu kilku godzin przed pilnym zabiegiem operacyjnym, podawać insulinę dożylnie przed, w trakcie i po zabiegu, monitorując glikemię i jonogram.
- E. u pacjenta należy zwiększyć do 200% podaż insuliny osobistą pompą insulinową i skierować na zabieg operacyjny.

Nr 76. Pacjent z wyrównaną cukrzycą typu 1. trenuje na co dzień piłkę nożną. W czasie treningów ma wyrównaną glikemię, spożywa dodatkowe posiłki, korzysta z osobistej pompy insulinowej i ciągłego monitoringu glikemii. W czasie zawodów ma stałe tendencje do hiperglikemii. Co jest tego przyczyną?

- A. zbyt mała dawka insuliny w bolusach doposiłkowych.
- B. zbyt duża dawka insuliny w bolusach doposiłkowych.
- C. duży wyrzut katecholamin i kortyzolu w przebiegu stresu.
- D. duże wyrzuty hormonu wzrostu w przebiegu wysiłku fizycznego.
- E. niemożność spożywania dodatkowych posiłków.

Nr 77. U 17-letniej dziewczynki leczonej na stałe lekami przeciwdepresyjnymi w trakcie diagnostyki wydłużonych cykli miesięcznych (co 35-37 dni) stwierdzono podwyższony poziom prolaktyny 45 ng/dl przy prawidłowym obrazie przysadki w MRI. Jak należy postąpić?

- A. odstawić leki przeciwdepresyjne.
- B. włączyć leczenie kabergoliną.
- C. włączyć leczenie bromokryptyną.
- D. włączyć leczenie chinagolidem.
- E. okresowo oznaczać poziom prolaktyny i obserwować cykle miesięczne pacjentki.

Nr 78. U 11-letniego chłopca zdiagnozowano *craniopharyngioma* o wymiarach 5 x 5 cm powodujący wodogłowie i naciekający komorę III. Jakie postępowanie należy zaproponować pacjentowi?

- A. planowe częściowe usunięcie guza i następową radioterapię oraz substytucję hormonalną.
- B. wyłącznie chirurgiczne usunięcie guza.
- C. wyłącznie radioterapię.
- D. odbarczenie wodogłowia i substytucję hormonalną.
- E. wyłącznie substytucję hormonalną.

Nr 79. Jakie badania diagnostyczne powinny być wykonywane okresowo u pacjenta z rozpoznanym genetycznie zespołem Beckwitha-Wiedemanna?

- A. USG jamy brzusznej, glikemia, enolaza neuronowa, alfa fetoproteina.
- B. USG jamy brzusznej, 17 OHP, elektrolity.
- C. MRI przysadki, gonadotropiny, prolaktyna.
- D. MRI przysadki, ACTH, kortyzol.
- E. TSH, fT4, przeciwciała przeciwarczycowe.

Nr 80. U dziewczynki urodzonej przedwcześnie w 28. tygodniu ciąży stwierdzono powiększenie jajników z obecnością cysty o średnicy 3 cm w lewym jajniku. Pacjentka ma wysokie poziomy estradiolu obniżające się w kolejnych badaniach. Obserwuje się u niej niewielkie powiększenie gruczołów piersiowych i obrzęk sromu. Co należy rozpoznać?

- A. torbiel jajnika czynną hormonalnie wymagającą usunięcia chirurgicznego.
- B. nowotwór jajnika wymagający usunięcia chirurgicznego.
- C. torbiel jajnika wymagającą leczenia luteiną.
- D. nowotwór jajnika wymagający chemioterapii.
- E. zespół hiperstymulacji jajników u wcześniaków wymagający obserwacji.

Nr 81. U 17-letniej dziewczynki stwierdzono pierwotny brak miesiączki, jej wskaźnik masy ciała wynosił 21 kg/m² (50. percentyl). W badaniu fizykalnym bez zmian. Proporcje ciała zachowane. Obraz narządów płciowych zewnętrznych i rozwój gruczołów sutkowych (Th 4/5). Uwagę zwracało dość skąpe owłosienie łonowe (P2/P3). Nie było hirsutyizmu, ani trądziku. Badania laboratoryjne: estradiol w surowicy <180 pmol/l (200-400) testosteron w surowicy 31,7 nmol/l (0,5-3,0) hormon folikulotropowy w surowicy 4,0 IU/l (2,5-10,0) hormon luteinizujący w surowicy 6,0 IU/l (2,5-10,0) Jaka jest najbardziej prawdopodobna diagnoza?

- A. rak kory nadnerczy.
- B. guz jajnika wydzielający androgeny.
- C. całkowity zespół niewrażliwości na androgeny.
- D. nadciśnienie jajników.
- E. zespół policystycznych jajników.

Nr 82. Do hiponatremii z normowolemią może doprowadzić:

- 1) niedoczynność kory nadnerczy;
- 2) niedoczynność tarczycy;
- 3) nadczynność kory nadnerczy;
- 4) nadczynność tarczycy;
- 5) wielohormonalna niedoczynność przedniego płata przysadki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 83. Ginekomastia nie jest powiązana z następującym schorzeniem lub leczeniem:

- A. guzem jąder z komórek Sertoliego.
- B. uszkodzeniem wątroby.
- C. zastosowaniem spironolactonu.
- D. wnetrostwem.
- E. żadnym z wymienionych.

Nr 84. Do czynników zwiększających stężenie prolaktyny we krwi należą następujące czynniki, z wyjątkiem:

- A. ciąży.
- B. cymetydyny.
- C. lewodopy.
- D. sulpirydu.
- E. żadnego z wymienionych.

Nr 85. Która z poniższych chorób nie jest związana ze zwiększonym ryzykiem hiperkalcemii?

- A. nadczynność tarczycy.
- B. nadczynność przytarczyc.
- C. nowotwory.
- D. choroba Leśniowskiego-Crohna.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B i C.

Nr 86. Powikłaniem endokrynologicznym w jadłowstręcie psychicznym u dziewcząt jest:

- A. niedoczynność tarczycy.
- B. hipogonadyzm hipogonadotropowy.
- C. hipogonadyzm hipergonadotropowy.
- D. przedwczesne dojrzewanie.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A i C.

Nr 87. Do kliniki skierowano 16-letniego chłopca z mukowiscydozą. W ostatnich miesiącach jego stan pogorszył się, parametry spirometrii uległy pogorszeniu, stwierdzono spadek masy ciała. 2 tygodnie temu był hospitalizowany z powodu zapalenia płuc. Badania laboratoryjne: doustny test tolerancji glukozy (75 g):
stężenie glukozy w osoczu na czczo 8,2 mmol/l (3,0-6,0)
2-godzinne stężenie glukozy w osoczu 13,5 mmol/l (<7,8)
Które z proponowanych zaleceń jest właściwe?

- A. powtórzyć doustny test tolerancji glukozy po ustąpieniu infekcji klatki piersiowej.
- B. ograniczyć spożycie rafinowanych węglowodanów.
- C. rozpocząć podawanie gliklazydu.
- D. rozpocząć podawanie insuliny.
- E. rozpocząć podawanie sitagliptyny.

Nr 88. Optymalna dawka początkowa lewoskrętnej tyroksyny dla urodzonego o czasie noworodka z wrodzoną pierwotną niedoczynnością tarczycy o masie 3500 g powinna wynosić:

- A. 12,5 µg/dobę.
- B. 25 µg/dobę.
- C. 37,5 µg/dobę.
- D. 75 µg/dobę.
- E. 100 µg/dobę.

Nr 89. Przeciwwskazaniami do leczenia jodem radioaktywnym ^{131}I u chorego z nadczynnością tarczycy w przebiegu choroby Gravesa-Basedowa są wszystkie wymienione, **z wyjątkiem**:

- A. braku jodochwytności tarczycy.
- B. podejrzenia zmiany nowotworowej w tarczycy.
- C. wieku poniżej 5 lat.
- D. ciężkiej orbitopatii.
- E. wola o masie mniejszej niż 30 g.

Nr 90. U noworodka stwierdzono następujące objawy: tachykardia, niepokój i pobudzenie ruchowe, podwyższona temperatura ciała, brak przyrostu masy ciała pomimo wzmożonego apetytu, żółtaczka. Matka dziecka 2 lata wcześniej przebyła leczenie ^{131}I z powodu nadczynności tarczycy w przebiegu choroby Gravesa-Basedowa. W pierwszej kolejności u dziecka należy wykonać badania:

- A. ACTH, kortyzol, aldosteron.
- B. TSH, fT3, fT4.
- C. wapń, fosfor, 25(OH)D, PTH.
- D. LH, FSH, testosteron, estradiol.
- E. glukoza, GH, IGF-1.

Nr 91. Spośród wymienionych chorób tarczycy leczenia operacyjnego **nie wymaga**:

- A. oporność na hormony tarczycy spowodowana mutacją genu receptora beta (*Thyroid Hormone Receptor Beta*).
- B. rodzinna nieautoimmunologiczna nadczynność tarczycy.
- C. potwierdzona mutacja protoonkogenu *RET* i zwiększone stężenie kalcytoniny.
- D. autonomiczny gruczolak tarczycy.
- E. choroba Gravesa-Basedowa przebiegająca z nawrotami nadczynności tarczycy u dziecka w wieku <5 lat.

Nr 92. U chłopca w wieku 5 lat stwierdzono: objętość jąder 8 ml, owłosienie łonowe (PII), wzrost na poziomie 97 centyla, szybkość wzrastania 12 cm/rok, wiek kostny 8 lat. Wykonano test stymulacyjny z analogiem gonadoliberyny stwierdzając stacjonarne stężenie LH przed stymulacją 2 mIU/ml, a maksymalnego stymulacji – 26 mIU/ml. Jakie badanie diagnostyczne należy zlecić w pierwszej kolejności?

- A. USG jąder.
- B. USG jamy brzusznej.
- C. MR okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.
- D. densytometrię kręgosłupa lędźwiowego.
- E. USG tarczycy.

Nr 93. Lekiem hipotensyjnym pierwszego wyboru u chorego z guzem chromochłonnym nadnercza jest:

- A. metoprolol.
- B. amlodypina.
- C. ramipryl.
- D. kandesartan.
- E. fenoksybenzamina.

Nr 94. U 6-letniej dziewczynki stwierdzono wzrost <3. centyla, nadmiar masy ciała w stosunku do wzrostu 24%, obecność owłosienia łonowego (PIL) bez innych cech pokwitania. Według wywiadu dotychczas dziewczynka rozwijała się prawidłowo, 2 lata wcześniej wzrost dziecka odpowiadał 25. centylowi dla płci i wieku, masa ciała była należąca do wzrostu. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić w pierwszej kolejności:

- A. zespół Cushinga.
- B. GnRH zależne (prawdziwe) przedwczesne pokwitanie.
- C. przedwczesne wystąpienie cech pokwitania zależnych od androgenów nadnerczowych - *adrenarche praecox*.
- D. wrodzony przerost nadnerczy - niedobór 11 β -hydroksylazy.
- E. otyłość prostą.

Nr 95. Wskaż nieprawdziwe stwierdzenie dotyczące czaszokardlaka (przewodziaka):

- A. jest najczęściej występującym guzem okolicy podwzgórzowo-przysadkowej u dzieci.
- B. w chwili rozpoznania większość chorych prezentuje objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, w tym bóle głowy i wymioty.
- C. najczęstszym zaburzeniem układu wydzielania wewnętrznego stwierdzanym w chwili rozpoznania jest przedwczesne pokwitanie.
- D. stwierdzana w chwili rozpoznania hiperprolaktynemia jest wynikiem ucisku guza na szypułę przysadki lub bezpośredniego uszkodzenia neuronów dopaminergicznych przez guz.
- E. leczenie operacyjne nie przywraca prawidłowej funkcji przysadki mózgowej.

Nr 96. Niskorosłość stanowi kryterium włączenia do programu terapeutycznego finansowanego ze środków publicznych NFZ dzieci chorujących na poniżej wymienione choroby, z wyjątkiem:

- A. somatotropinowej niedoczynności przysadki.
- B. przewlekłej niewydolności nerek.
- C. zespołu Turnera.
- D. zespołu Pradera-Williego.
- E. ciężkiego, pierwotnego niedoboru IGF-1.

Nr 97. Przyczynami patologicznego zwiększania stężenia prolaktyny mogą być:

- 1) nadczynność tarczycy;
- 2) podaż egzogennych estrogenów;
- 3) pierwotna niewydolność kory nadnerczy;
- 4) stosowanie niektórych leków przeciwpsychotycznych;
- 5) glejaki okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 98. Do objawów sugerujących obecność insulinooporności i hiperinsulinemii u dzieci z otyłością należą:

- 1) trądzik;
- 2) rogowacenie ciemne;
- 3) szybkie zwiększanie wysokości ciała;
- 4) brodawczaki skóry;
- 5) hirsutyzm.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 99. Niedoczynność przytarczyc występuje w:

- 1) zespole DiGeorge typu 1;
- 2) zespole Barakata;
- 3) asocjacji CHARGE;
- 4) zespole Kenny-Caffey typu 1 i 2;
- 5) zespole Dubovitza.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 100. Do przyczyn pierwotnych insulinooporności należą:

- 1) otyłość;
- 2) dysfunkcja mitochondriów;
- 3) zaburzenia w szlaku metabolicznej postreceptorowej regulacji działania insuliny;
- 4) genowy defekt receptora insuliny u heterozygot;
- 5) stres oksydacyjny.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 101. Pierwotna insulinooporność występuje w:

- 1) zespole Rabson–Mendenhall;
- 2) cukrzycy typu 2;
- 3) otyłości;
- 4) leprechaunizmie;
- 5) zespole Sotosa.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 102. Typowy obraz kliniczny u chorych z cukrzycą MODY w wyniku mutacji w genie *HNF1A* obejmuje m.in.:

- 1) wczesny początek cukrzycy;
- 2) brak zależności od insuliny oraz tendencji do kwasicy ketonowej;
- 3) wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy, obejmujący co najmniej 2 pokolenia;
- 4) oznaczalne stężenia peptydu-C mimo kilkuletniego czasu trwania choroby;
- 5) cukromocz większy niż należałoby oczekiwać na podstawie wartości glikemii.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 103. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące szczepień ochronnych u dzieci z cukrzycą to:

- 1) powyżej 6. miesiąca życia zaleca się coroczne szczepienie przeciwko grypie;
- 2) dzieci nieuodpornione powinny być zaszczepione przeciwko ospie wietrznej, różyczce, śwince oraz odrze;
- 3) od 2. do 5. roku życia szczepienie przeciwko *Streptococcus pneumoniae* jest obowiązkowe;
- 4) w sytuacji, gdy u wcześniej zaszczepionych przeciwko WZW typu B dzieci stwierdza się miano przeciwciał anty HBs < 10 IU/l zaleca się rewakcyzację 1–3 dawkami szczepionki;
- 5) u wszystkich obowiązkowe jest szczepienie przeciw meningokokom.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 104. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące adiponektyny:

- 1) jest antagonistą leptyny w zakresie oddziaływania na układ immunologiczny i naczyniowy;
- 2) wykazuje działanie prozapalne;
- 3) jest hormonem o działaniu przeciwcukrzycowym;
- 4) syntetyzowana jest wyłącznie przez adipocyty;
- 5) wiążąc się z kolagenem śródbłónka mięśniówki gładkiej wywołuje efekt antyaterogenny.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 105. Do powikłań otyłości należą:

- 1) insulinooporność;
- 2) ogniskowe stwardnienie kłębuszków nerkowych;
- 3) przyspieszenie wieku kostnego i wzrastania;
- 4) guz rzekomy mózgu;
- 5) hiperandrogenizm pochodzenia jajnikowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 106. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące łagodnej hipertyreotropinemii, określanej również jako subkliniczna niedoczynność tarczycy:

- 1) jest najczęściej wykrywanym zaburzeniem osi tarczycowej stwierdzanym w otyłości;
- 2) dotyczy ponad 20% otyłych dzieci;
- 3) stanowi zwykle konsekwencję, a nie przyczynę, nadmiernej masy ciała;
- 4) przy wartościach TSH powyżej 6 $\mu\text{IU/ml}$ zawsze powinna być leczona tyroksyną;
- 5) często jest procesem samoograniczającym, o niskim ryzyku progresji w kierunku „jawnej” niedoczynności tarczycy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 107. Do klinicznych objawów nadczynności przytarczyc należą:

- 1) brak łaknienia;
- 2) wymioty;
- 3) nadciśnienie tętnicze;
- 4) wydłużenie odcinka QT, w badaniu EKG;
- 5) objawy ostrego zapalenia trzustki.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 108. Do przyczyn wrodzonej niedoczynności nadnerczy należą:

- 1) wrodzony przerost nadnerczy z niedoboru 21 α -hydroksylazy;
- 2) zespół Wolmana;
- 3) zespół 3A;
- 4) zespół Wolframa;
- 5) choroba Addisona.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 109. Do zaburzeń hormonalnych obserwowanych w przebiegu jadłowstrętu psychicznego należą:

- 1) zespół niskiego FT3;
- 2) obniżone stężenie hormonu wzrostu;
- 3) obniżone stężenie IGF-I;
- 4) wtórny hipoaldosteronizm;
- 5) wtórny hiperaldosteronizm.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 110. Zespół SIADH może wystąpić w przebiegu:

- 1) gruźlicy;
- 2) ropnia płuc;
- 3) ropnia mózgu;
- 4) leczenia inhibitorami zwrotnego wychwyty serotoniny;
- 5) mięsaka Ewinga.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 111. Do kryteriów rozpoznania SIADH należy:

- 1) wydalanie sodu z moczem > 40 mmol/l (gdy stosowana jest dieta normosodowa);
- 2) osmolalność surowicy krwi powyżej 300 mOsm/kg H₂O;
- 3) osmolalność surowicy krwi poniżej 275 mOsm/kg H₂O;
- 4) osmolalność moczu powyżej 100 mOsm/kg H₂O;
- 5) hipowolemia.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 112. Do mediatorów odpowiedzialnych za sygnały pobudzające apetyt należą:

- 1) leptyna; 2) grelina; 3) PYY; 4) NPY; 5) insulina.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 113. Najczęstszą przyczyną hiponatremii izowolemicznej jest:

- A.** niedobór aldosteronu.
- B.** moczówka prosta.
- C.** zespół SIADH.
- D.** wrodzony przerost nadnerczy — postać klasyczna z niedoboru 21 α -hydroksylazy.
- E.** pierwotna niedoczynność kory nadnerczy.

Nr 114. Do objawów sugerujących obecność insulinooporności i hiperinsulinemii u dzieci z otyłością należą:

- 1) hirsutyzm;
- 2) rogowacenie ciemne;
- 3) łysienie typu męskiego;
- 4) brodawczaki skóry;
- 5) wcześniejszy wiek *pubarche*, *axillarche* i *menarche*.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 115. Do przyczyn pierwotnej niewydolności jajników należy:

- 1) dysgeneza gonad 45X;
- 2) zespół Mayera, Rokitansky'ego, Kustera i Hausera;
- 3) zespół policystycznych jajników;
- 4) zespół przedwczesnego wygasania czynności jajników;
- 5) terapia cyklofosfamidem.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 116. Do przyczyn hiperandrogenizmu nie należą:

- 1) wrodzony przerost nadnerczy z niedoboru 21 α -hydroksylazy;
- 2) wrodzony przerost nadnerczy z niedoboru 11 β -hydroksylazy;
- 3) zespół policystycznych jajników;
- 4) zespół MIRAGE;
- 5) *pheochromocytoma*.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 117. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące cukrzycy typu 2. u dzieci:

- 1) leczeniem z wyboru jest metformina i/lub insulina;
- 2) w przypadku braku objawów choroby, HbA1c < 9% i braku kwasicy farmakoterapię można rozpocząć od podania metforminy;
- 3) w przypadku występowania objawów choroby i/lub HbA1c \geq 9% i braku kwasicy leczenie rozpoczyna się od podania metforminy i bazalnej insuliny;
- 4) w przypadku występowania kwasicy ketonowej początkowe leczenie powinno być prowadzone jak w cukrzycy typu 1;
- 5) powyżej 5. roku życia można włączyć leczenie liraglutydem.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 118. W skład zespołu Wolframa wchodzi następujące stany, **z wyjątkiem:**

- A. atrofii nerwu wzrokowego.
- B. cukrzycy - *diabetes melitus*.
- C. głuchoty.
- D. SIADH.
- E. moczówki prostej - *diabetes insipidus*.

Nr 119. Dla cukrzycy związanej z mukowiscydozą prawdziwe są wszystkie stwierdzenia, **z wyjątkiem:**

- A. ujawnia się w okresie dojrzewania lub w wieku dorosłym.
- B. rozwija się zwykle bezobjawowo i przez wiele lat.
- C. wymaga zastosowania diety redukcyjnej z ograniczeniem węglowodanów.
- D. zaleca się wykonywanie rutynowych badań co rok u wszystkich dzieci z mukowiscydozą >10. r.ż. w okresie dobrego stanu zdrowia.
- E. leczeniem z wyboru jest insulina.

Nr 120. U 12-letniej pacjentki z otyłością (BMI – 99. centyl) rozpoznano cukrzycę MODY 2, glikemia na czczo wynosiła 120-140 mg/dl, po posiłkach 180-210 mg/dl, HbA1c – 7,1%. Wskaźnik HIMA wynosił – 5. Leczeniem z wyboru jest:

- A. dieta o obniżonej kaloryczności i niskim indeksie glikemicznym.
- B. zastosowanie metforminy.
- C. zastosowanie metforminy i dieta o obniżonej kaloryczności i niskim indeksie glikemicznym.
- D. zastosowanie pochodnych sulfonilomocznika i dieta o obniżonej kaloryczności i niskim indeksie glikemicznym.
- E. zastosowanie insuliny bazalnej i dieta o obniżonej kaloryczności i niskim indeksie glikemicznym.

Dziękujemy !