

- 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, zakresz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wyciśnij gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłaś/eś poprawnie, zamaz 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 karty odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartami 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



JESIEŃ 2021

EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
DIABETOLOGII

1	A	B	C	D	E
61	A	B	C	D	E

Nr 1. Wskaż prawidłowy sposób diagnostyki cukrzycy wg zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego:

- A. oznaczenie przygodnej glikemii u chorej ze stanem zapalnym narządów moczowo-płciowych.
- B. wykonanie doustnego testu obciążenia glukozą (OGTT, *oral glucose tolerance test*) u chorego z nieprawidłową glikemią na czczo przyjmującego metforminę.
- C. oznaczenie HbA1c w laboratorium za pomocą metod certyfikowanych w Narodowym Programie Standaryzacji Hemoglobiny Glikowanej (NGSP, *National Glycohemoglobin Standardization Program*) u chorej z niedokrwistością z niedoboru żelaza.
- D. oznaczenie HbA1c w laboratorium za pomocą metod certyfikowanych w Narodowym Programie Standaryzacji Hemoglobiny Glikowanej (NGSP, *National Glycohemoglobin Standardization Program*) u chorego leczonego lekami retrowirusowymi.
- E. oznaczenie HbA1c za pomocą analizatora używanego w trybie POCT (*point-of-care testing*) u chorego z nieprawidłową glikemią na czczo.

Nr 2. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące cukrzycy spowodowanej mutacją w genie glukokinazy:

- A. charakterystyczna jest trwale podwyższona glikemia na czczo w zakresie 99-144 mg/dl (5,5-8 mmol/l).
- B. przyrost glikemii w trakcie doustnego testu obciążenia glukozą (OGTT, *oral glucose tolerance test*) jest mniejszy niż 83 mg/dl (4,6 mmol/l).
- C. wartość odsetka HbA1c zwykle przekracza 7,5% (59 mmol/mol).
- D. postępowaniem z wyboru w przypadku defektu glukokinazy spowodowanego pojedynczą mutacją jest zdrowe żywienie z wyłączeniem cukrów prostych.
- E. nosiciele podwójnej mutacji w genie glukokinazy powinni być leczeni insuliną.

Nr 3. 76-letni chory z cukrzycą typu 1 korzysta z systemu ciągłego monitorowania glikemii (CGMS, *continuous glucose monitoring system*). O dobrym wyrównaniu cukrzycy u tego chorego będzie m.in. świadczył czas w zakresie docelowym (TIR, *time in range*) co najmniej:

- A. 8 godzin na dobę.
- B. 10 godzin na dobę.
- C. 12 godzin na dobę.
- D. 14 godzin na dobę.
- E. 16 godzin na dobę.

Nr 4. U osób w najstarszych grupach wiekowych edukacja dietetyczna powinna być indywidualizowana, z zapewnieniem odpowiedniej podaży:

- A. kalorii.
- B. węglowodanów.
- C. tłuszczów.
- D. białek.
- E. soli.

Nr 5. Skala Borga służy ocenie:

- A. stopnia cukrzycowej choroby nerek.
- B. występowania stanów depresyjnych u osoby z cukrzycą.
- C. nasilenia bólu neuropatycznego.
- D. intensywności wysiłku fizycznego.
- E. ryzyka hipoglikemii.

Nr 6. 53-letni mężczyzna z cukrzycą typu 2, leczony skutecznie metforminą i analogiem GLP-1 planuje około godzinną przejażdżkę rowerem. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące tego chorego:

- A. powinien zmierzyć glikemię przed wysiłkiem i jeżeli przekracza ona 250 mg/dl nie powinien podejmować wysiłku.
- B. powinien zmierzyć glikemię przed wysiłkiem i jeżeli przekracza ona 200 mg/dl nie powinien podejmować wysiłku.
- C. powinien zmierzyć glikemię przed wysiłkiem i jeżeli jest ona niższa niż 120 mg/dl powinien spożyć dodatkowy posiłek.
- D. powinien zmierzyć glikemię przed wysiłkiem i jeżeli jest ona niższa niż 100 mg/dl powinien spożyć dodatkowy posiłek.
- E. nie ma konieczności pomiaru glikemii przed planowanym wysiłkiem fizycznym.

Nr 7. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zastosowania inhibitorów SGLT-2:

- A. wszystkie leki z tej grupy są przeciwwskazane u osób z cukrzycą typu 1.
- B. stosując inhibitory SGLT-2 u osób z cukrzycą typu 1 należy spodziewać się istotnej redukcji dobowej dawki insuliny bazowej.
- C. stosując inhibitory SGLT-2 u osób z cukrzycą typu 1 nie należy spodziewać się (w przeciwieństwie do chorych na cukrzycę typu 2) redukcji masy ciała.
- D. stosując inhibitory SGLT-2 u osób z cukrzycą typu 1 nie należy zalecać diety ubogowęglowodanowej, tak aby nie doszło do znaczącej redukcji dobowej dawki insuliny.
- E. stosowanie inhibitorów SGLT-2 u osób z cukrzycą typu 1 zwiększa ryzyko cukrzycowej kwasicy ketonowej, jako najczęstszego ostrego powikłania cukrzycy w przebiegu hiperglikemii.

Nr 8. Który z poniższych leków charakteryzuje się najmniejszą siłą działania hipoglikemizującego?

- A. metformina.
- B. pochodna sulfonilomocznika.
- C. inhibitor DDP-4.
- D. agonista PPAR γ .
- E. inhibitor SGLT-2.

Nr 9. W cukrzycy typu 2 insulinoterapię można rozpocząć od:

- A. analogu ultradługodziałającego.
- B. mieszanki insulinowej.
- C. dwufazowego analogu.
- D. preparatu dwuanalogowego.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 10. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego zaleca się rozpoczęcie terapii (przy braku przeciwwskazań) inhibitorem konwertazy angiotensyny (ACEI, *angiotensin converting enzyme inhibitor*) lub blokerem receptora angiotensynowego (ARB, *angiotensin receptor blocker*) w celu prewencji cukrzycowej choroby nerek:

- A. u wszystkich chorych.
- B. u chorych normotensyjnych z albuminurią ≥ 30 mg/g.
- C. u chorych normotensyjnych z albuminurią ≥ 200 mg/g.
- D. u chorych normotensyjnych z albuminurią ≥ 300 mg/g.
- E. tylko u chorych z nadciśnieniem tętniczym.

Nr 11. Podprogową fotokoagulację siatkówki stosuje się:

- A. w obrzęku plamki bez jej znaczącego pogrubienia i bez pogorszenia ostrości wzroku.
- B. przy obecności zmian początkowych w cukrzycowym obrzęku plamki bez zajęcia dołka.
- C. w rozlanym obrzęku plamki bez zajęcia dołka.
- D. w ciężkiej retinopatii nieproliferacyjnej.
- E. w ciężkiej retinopatii proliferacyjnej.

Nr 12. Ciężką postać neuropatii sercowo-naczyniowej należy rozpoznać, gdy stwierdza się:

- A. nieprawidłowy wynik testu zmienności częstości rytmu serca podczas głębokiego oddychania.
- B. nieprawidłowy wynik testu zmienności częstości rytmu serca w odpowiedzi na pionizację.
- C. nieprawidłowy wynik testu zmienności częstości rytmu serca w odpowiedzi na pionizację i nieprawidłowy wynik testu zmienności częstości rytmu serca w odpowiedzi na próbę Valsalvy.
- D. nieprawidłowy wynik testu zmienności wartości ciśnienia tętniczego w odpowiedzi na pionizację.
- E. nieprawidłowy wynik testu zmienności częstości rytmu serca podczas głębokiego oddychania, nieprawidłowy wynik testu zmienności częstości rytmu serca w odpowiedzi na pionizację, nieprawidłowy wynik testu zmienności częstości rytmu serca w odpowiedzi na próbę Valsalvy i nieprawidłowy wynik testu zmienności wartości ciśnienia tętniczego w odpowiedzi na pionizację.

Nr 13. Wykonanie posiewu krwi zalecane jest u chorego z zespołem stopy cukrzycowej (ZSC):

- A. w stopniu 1 zaawansowania wg klasyfikacji PEDIS.
- B. w stopniu 2 zaawansowania wg klasyfikacji PEDIS.
- C. w stopniu 3 zaawansowania wg klasyfikacji PEDIS.
- D. w stopniu 4 zaawansowania wg klasyfikacji PEDIS.
- E. nie ma wskazań do wykonania posiewu krwi u chorego z ZSC.

Nr 14. Której z kobiet z cukrzycą i powikłaniami kardiologicznymi nie powinno się odradzać zajścia w ciążę?

- A. z kardiomiopatią przerostową.
- B. z ciężkim upośledzeniem funkcji lewej komory.
- C. z kardiomiopatią okołoporodową w przeszłości.
- D. z neuropatią autonomiczną z zajęciem układu bodźcoprzewodzącego serca.
- E. z niewydolnością krążenia III/IV stopnia wg NYHA.

Nr 15. Przyrost masy ciała w pierwszym trymestrze ciąży u kobiety z cukrzycą nie powinien przekroczyć:

- A. 0,5 kg.
- B. 1 kg.
- C. 1,5 kg.
- D. 2 kg.
- E. 2,5 kg.

Nr 16. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące stosowania metforminy w ciąży:

- A. metformina powinna być zastąpiona przez insulinę na etapie planowania ciąży.
- B. metformina przechodzi przez łożysko.
- C. wyniki randomizowanych badań wskazują na negatywny wpływ metforminy na długoterminowy rozwój potomstwa.
- D. metformina przechodzi do mleka kobiecego.
- E. pacjentki z cukrzycą typu 2 mogą bezpiecznie stosować metforminę w okresie laktacji.

Nr 17. Jak należy zmienić podaż insuliny w osobistej pompie insulinowej u osoby z cukrzycą typu 1 poddanej sedacji przed zabiegiem chirurgii szczękowej w sytuacji wystąpienia hipoglikemii?

- A. nie należy dokonywać zmian.
- B. wstrzymać podaż insuliny bazowej (maksymalnie na 30 minut).
- C. wstrzymać podaż insuliny bazowej (maksymalnie na 60 minut).
- D. wstrzymać podaż insuliny bazowej (maksymalnie na 90 minut).
- E. wstrzymać podaż insuliny bazowej (maksymalnie na 120 minut).

Nr 18. Bezwzględny przeciwwskazaniem do kwalifikacji osoby z cukrzycą typu 2 do zabiegu chirurgii metabolicznej nie jest:

- A. brak akceptacji przez chorego chirurgicznego leczenia cukrzycy typu 2.
- B. zwiększenie masy ciała tuż przed zabiegiem operacyjnym wskazujący na brak współpracy z chorym.
- C. brak możliwości udziału w stałej długoterminowej kontroli pooperacyjnej.
- D. choroba endokrynologiczna stanowiąca podłoże dla otyłości.
- E. duże ryzyko sercowo-naczyniowe związane z wykonaniem zabiegu.

Nr 19. Każda osoba z cukrzycą leczona insuliną powinna oznaczyć glikemię każdorazowo przed rozpoczęciem jazdy samochodem i jeżeli ustalenia z prowadzącym diabetologiem nie będą inne, nie powinna jej rozpocząć jeśli aktualna glikemia będzie niższa niż:

- A. 70 mg/dl. B. 80 mg/dl. C. 90 mg/dl. D. 100 mg/dl. E. 110 mg/dl.

Nr 20. 58-letni otyły właściciel firmy cateringowej wykonał na zlecenie lekarza rodzinnego badania laboratoryjne oceniające stan gospodarki węglowodanowej. W doustnym teście obciążenia glukozą otrzymano następujące wyniki:

- glikemia 0' - 105 mg/dl, 60' - 246 mg/dl, 120' - 121 mg/dl;
- insulinemia 0' - 3,5 mIU/l, 60' - 61,8 mIU/l, 120' - 24,3 mIU/l;
- HbA1c 6,7%.

Jakie powinno być rozpoznanie?

- A. prawidłowa tolerancja glukozy.
- B. nieprawidłowa glikemia na czczo.
- C. nieprawidłowa tolerancja glukozy.
- D. cukrzyca.
- E. uzyskane wyniki nie pozwalają na postawienie jednoznacznego rozpoznania, niezbędne jest wykonanie co najmniej jeszcze jednego oznaczenia glikemii na czczo.

Nr 21. U 34-letniej pacjentki z rozpoznaną niedawno celiakią, BMI 21,3 kg/m² oraz utrzymującymi się pomimo leczenia niedokrwistością i biegunkami stwierdzono wartość HbA1c 5,1% i na tej podstawie wykluczono występowanie cukrzycy. Czy słusznie?

- A. tak, bo wartość HbA1c < 6,5% wyklucza występowanie cukrzycy.
- B. nie, bo chora ma celiakię i może mieć cukrzycę typu 1, do stwierdzenia, czy ma cukrzycę niezbędne jest oznaczenie u niej miana przeciwciał anty-GAD.
- C. tak, bo u osoby z BMI 21,3 kg/m² i przy niewystępowaniu klasycznych objawów hiperglikemii cukrzyca nie występuje.
- D. nie, bo u opisanej pacjentki nie można wnioskować o stanie regulacji gospodarki węglowodanowej na podstawie oznaczenia hemoglobiny glikowanej HbA1c.
- E. tak, gdyż cukrzyca nie przebiega z niedokrwistością i biegunkami.

Nr 22. Do diabetologa z powodu nowo rozpoznanej cukrzycy typu 2 zgłosiła się 78-letnia emerytowana urzędniczka skarbowa, dotychczas lecząca się z powodu przewlekłej choroby nerek. BMI wynosi 29,3 kg/m², wartości glikemii w profilu dobowym wahają się u chorej od 150 do 210 mg/dl. Aktualnie czynność nerek określa szacowana filtracja kłębuszkowa wynosząca 23 ml/min/1,73 m². Jakie leczenie należy zastosować u chorej?

- A.** ze względu na w niewielkim stopniu podwyższone wartości glikemii i znaczne upośledzenie czynności nerek wskazane jest niezwłoczne zastosowanie leczenia nefarmakologicznego, przede wszystkim dietetycznego, które powinno być skuteczne.
- B.** ze względu na znaczne upośledzenie czynności nerek należy u chorej niezwłocznie rozpocząć farmakoterapię z zastosowaniem metforminy w dawce 2 x 500 mg/dobę.
- C.** ze względu na znaczne upośledzenie czynności nerek należy u chorej niezwłocznie rozpocząć farmakoterapię skojarzoną z zastosowaniem metforminy 1 x 500 mg/dziennie i linagliptyny 1 x 5 mg/dobę.
- D.** ze względu na znaczne upośledzenie czynności nerek należy u chorej niezwłocznie rozpocząć farmakoterapię z zastosowaniem takiego preparatu inhibitora SGLT-2 lub analogu GLP-1, który można stosować na tym etapie wydolności nerek.
- E.** ze względu na znaczne upośledzenie czynności nerek należy u chorej niezwłocznie rozpocząć insulinoterapię.

Nr 23. Które z niżej wymienionych leków można stosować u pacjenta z cukrzycą typu 2 i przewlekłą chorobą nerek w stadium G5 bez konieczności redukowania dawki tj. w pełnej (maksymalnej) dawce?

- A.** kanagliflozyna, linagliptyna.
- B.** sitagliptyna, wildagliptyna.
- C.** linagliptyna, pioglitazon.
- D.** pioglitazon, sitagliptyna.
- E.** kanagliflozyna, saksagliptyna.

Nr 24. Który ze stanów prowadzi do zmniejszenia zapotrzebowania na insulinę?

- A.** zakażenie SARS-CoV-2 przebiegające z biegunką.
- B.** przejście przewlekłej choroby nerek ze stadium G3a do G4.
- C.** terapia olanzapiną.
- D.** udar mózgu.
- E.** dostawowa steroidoterapia.

Nr 25. 68-letnia lekarka, chorująca na cukrzycę typu 2 od 12 lat, została zakwalifikowana do cholecystektomii w trybie planowym. Przy jakiej wartości hemoglobiny glikowanej HbA1c u chorej będzie trzeba odroczyć zabieg?

- A.** 5,8%. **B.** 7,1%. **C.** 7,9%. **D.** 8,3%. **E.** 8,7%.

Nr 26. Które z poniższych leków są przeciwwskazane u pacjentów w wieku > 80 lat?

- A. metformina.
- B. pochodne sulfonilomocznika.
- C. inhibitory SGLT-2.
- D. analogi GLP-1.
- E. wiek pacjenta nie jest przeciwwskazaniem do stosowania któregośkolwiek z leków przeciwcukrzycowych.

Nr 27. W którym z poniższych badań nie oceniano inhibitorów SGLT-2?

- A. ELIXA. B. VERTIS. C. CREDENCE. D. DECLARE. E. CANVAS.

Nr 28. Które z poniższych zaleceń dla pacjenta ma znaczenie w zapobieganiu wystąpienia euglikemicznej kwasicy ketonowej u osoby z cukrzycą typu 1 przyjmującej inhibitor SGLT-2?

- A. zmniejszenie dawki insuliny o 20%.
- B. nieredukowanie zawartości węglowodanów w diecie.
- C. ograniczenie ilości spożywanych płynów do 2,5 litra/dobę.
- D. ograniczenie wysiłku fizycznego.
- E. unikanie hipoglikemii.

Nr 29. Jakiej insuliny nie należy stosować inicjując insulinoterapię?

- A. insuliny bazowej.
- B. insuliny doposiłkowej.
- C. mieszanki insuliny ludzkiej.
- D. insuliny podawanej dożylnie.
- E. rozpoczynając insulinoterapię można zastosować każdy dostępny preparat insuliny, w zależności od stanu klinicznego pacjenta.

Nr 30. Do rozpoznania ciężkiej kwasicy ketonowej upoważnia stwierdzenie następujących zaburzeń metabolicznych:

- A. glikemia 340 mg/dl, pH krwi >7,115, stężenie wodorowęglanów 13 mEq/l, luka anionowa 8.
- B. glikemia 650 mg/dl, pH krwi >7,204, stężenie wodorowęglanów 18 mEq/l, luka anionowa 7.
- C. glikemia 425 mg/dl, pH krwi >6,982, stężenie wodorowęglanów 4 mEq/l, luka anionowa 17.
- D. glikemia 861 mg/dl, pH krwi >7,109, stężenie wodorowęglanów 11 mEq/l, luka anionowa 14.
- E. glikemia 539 mg/dl, pH krwi >7,091, stężenie wodorowęglanów 11 mEq/l, luka anionowa 13.

Nr 31. Które z poniższych jest przeciwwskazaniem do stosowania ciągłego systemu monitorowania glikemii?

- 1) ciąża;
- 2) częste kwasice ketonowe;
- 3) niedokrwistość;
- 4) nadużywanie alkoholu;
- 5) nowo rozpoznana cukrzyca;
- 6) wiek poniżej 25 lat;
- 7) niewystępowanie hipoglikemii.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. wszystkie wymienione. **B.** żadna z wymienionych. **C.** tylko 3. **D.** 6,7. **E.** 2,3,5,6.

Nr 32. Który z niżej wymienionych leków inkretynowych nie jest dostępny w postaci doustnej?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| A. sitagliptyna. | D. wildagliptyna. |
| B. semaglutyd. | E. saksagliptyna. |
| C. dulaglutyd. | |

Nr 33. U 48-letniego informatyka, BMI 38,3 kg/m², chorującego na cukrzycę typu 2 od 4 lat i przyjmującego z tego powodu metforminę w dawce 3 x 1000 mg, leczonego także z powodu hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego i palącego do 20 papierosów dziennie, a którego ojciec zmarł na zawał serca w wieku 49 lat, stwierdzono wartość hemoglobiny glikowanej 6,5%. Jakie powinno być dalsze postępowanie w zakresie farmakoterapii cukrzycy?

- A.** kontynuacja dotychczasowego leczenia.
- B.** dołączenie do metforminy inhibitora SGLT-2.
- C.** dołączenie do metforminy analogu GLP-1.
- D.** zastąpienie metforminy inhibitorem SGLT-2.
- E.** zastąpienie metforminy analogiem GLP-1.

Nr 34. 66-letni aktywny zawodowo leśnik chorujący na cukrzycę typu 2 od 12 lat przyjmuje metforminę w dawce dobowej 2550 mg oraz mieszaną insulin ludzkich 30/70 w dawce 24 j. przed śniadaniem (tj. ok. godz. 7.00) i 16 j. przed kolacją (tj. ok. godz. 18.00). Jego wartość hemoglobiny glikowanej HbA1c wynosi 7,9%, glikemie na czczo wynoszą 180-230 mg/dl, a glikemie poposiłkowe 90-150 mg/dl. Jakie powinno być dalsze postępowanie w zakresie insulinoterapii?

- A.** kontynuacja dotychczasowego leczenia.
- B.** zamiana mieszanki insulin ludzkich na mieszaną insulin analogowych w tych samych dawkach.
- C.** zwiększenie wieczornej dawki insuliny do 20 j.
- D.** utrzymanie porannej dawki insuliny, a wprowadzenie insuliny krótko działającej przed kolacją i insuliny o przedłużonym czasie działania podawanej przed snem.
- E.** dołożenie do aktualnego schematu insulinoterapii insuliny o przedłużonym czasie działania przed snem.

Nr 35. Który z niżej wymienionych stanów nie należy do objawów cukrzycowej neuropatii autonomicznej?

- A. tachykardia spoczynkowa.
- B. suchość pochwy.
- C. hipotonia ortostatyczna.
- D. bolesne skurcze mięśni łydek.
- E. hiperkeratoza skóry stóp.

Nr 36. U osoby z cukrzycą typu 1 istnieją wskazania do wykluczenia współistnienia niżej wymienionych chorób, z wyjątkiem:

- A. celiakii.
- B. choroby Hashimoto.
- C. choroby Gravesa-Basedowa.
- D. choroby Conna.
- E. choroby Addisona.

Nr 37. W leczeniu zakażeń w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej nie znajdują zastosowania antybiotyki z grupy:

- A. makrolidów.
- B. linkozamidów.
- C. β -laktamowych.
- D. penicylin.
- E. karbapenemów.

Nr 38. Do czynników ryzyka wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej nie należy/a:

- A. palce młoteczkowate.
- B. palenie tytoniu.
- C. obecność modzeli na podszewach stóp.
- D. przyjmowanie inhibitorów SGLT-2.
- E. brak tętna na tętnicy grzbietowej stopy.

Nr 39. Który z poniższych leków obniża stężenie insuliny w osoczu?

- A. glimepiryd. B. empagliflozyna. C. dulaglutyd. D. sitagliptyna. E. liraglutyd.

Nr 40. Wskazaniem do rozpoczęcia insulinoterapii, niezależnie od wartości glikemii jest:

- A. cukrzyca w ciąży.
- B. cukrzyca o innej etiologii, posterydowa.
- C. cukrzyca typu MODY 2.
- D. cukrzyca ciążowa.
- E. cukrzyca u pacjenta z przewlekłą chorobą nerek w stadium G4.

Nr 41. Docelowa wartość ciśnienia tętniczego u kobiet z cukrzycą w ciąży to:

- A. skurczowe 110-139 mmHg oraz rozkurczowe 71-75 mmHg.
- B. skurczowe 110-139 mmHg oraz rozkurczowe 81-85 mmHg.
- C. skurczowe 110-139 mmHg oraz rozkurczowe 91-95 mmHg.
- D. < 130/80 mmHg.
- E. < 130/75 mmHg.

Nr 42. Kwalifikacji do opieki nad osobą z cukrzycą w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) nie posiada:

- A. specjalista chorób wewnętrznych z rocznym stażem zawodowym na oddziale diabetologicznym.
- B. lekarz w trakcie 2. roku specjalizacji z diabetologii.
- C. specjalista z zakresu diabetologii.
- D. specjalista chorób wewnętrznych z co najmniej 2-letnim stażem zawodowym na oddziale diabetologicznym.
- E. pielęgniarka z ukończonym kursem „Edukator w cukrzycy”.

Nr 43. Pochodną sulfonilomocznika nie jest:

- A. gliklazyd. B. glikwidon. C. eksenatyd. D. tolbutamid. E. glibenklamid.

Nr 44. Pilnym wskazaniem do wykonania badania okulistycznego u osoby z cukrzycą nie jest:

- A. retinopatia nieproliferacyjna z cukrzycowym obrzękiem plamki.
- B. wylew do ciała szklistego.
- C. świeże odwarstwienie siatkówki.
- D. ciąża.
- E. świeżo rozpoznana cukrzyca typu 1.

Nr 45. W ocenie ciężkości zakażenia w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej stosowana jest skala PEDIS, która uwzględnia:

- 1) ukrwienie;
- 2) nasilenie infekcji;
- 3) wartość HbA1c;
- 4) czas trwania cukrzycy;
- 5) neuropatię czuciową.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 46. Które z leków hipolipemicznych nie wpływają na obniżenie stężenia triglicerydów?

- A. statyny. B. ezetymib. C. fibraty. D. kwas nikotynowy. E. inhibitory PCSK9.

Nr 47. Początkowa dawka insuliny w leczeniu cukrzycowej kwasicy ketonowej wynosi:

- A. bolus 0,2j./kg mc., a następnie kontynuuje się dożylny wlew insuliny z prędkością 0,1 j./kg mc./godz.
- B. bolus 0,1j./kg mc., a następnie kontynuuje się dożylny wlew insuliny z prędkością 0,1 j./kg mc./godz.
- C. bolus 1 j./kg mc., a następnie kontynuuje się dożylny wlew insuliny z prędkością 0,1 j./kg mc./godz.
- D. bolus 50 j. iv jednorazowo.
- E. bolus 10 j./kg mc., a następnie kontynuuje się dożylny wlew insuliny z prędkością 0,1 j./kg mc./godz.

Nr 48. Czynniki zwiększającymi ryzyko nawrotu cukrzycy ciążowej w następnych ciążach są:

- 1) zwiększona masa urodzeniowa noworodka;
- 2) wiek kobiety;
- 3) wielorództwo;
- 4) rozwiązanie poprzedniej ciąży cesarskim cięciem;
- 5) cholestaza ciążowa;
- 6) wystąpienie cukrzycy przed 24. tygodniem ciąży.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4. B. 1,2,3,4,6. C. 1,2,3,6. D. 1,3,4,5,6. E. 1,4,6.

Nr 49. Gastropareza cukrzycowa (DG, *diabetic gastroparesis*) jest najlepiej poznany powikłaniem cukrzycy w obrębie przewodu pokarmowego. Metodą referencyjną w diagnostyce zaburzeń opróżniania żołądkowego jest:

- A. manometria.
- B. elektrogastrografia.
- C. scyntygrafia radioizotopowa.
- D. test insulinowy.
- E. magnetyczny rezonans jądrowy.

Nr 50. Do preparatów agonistów GLP-1 podawanych 1 x w tygodniu w tkankę podskórną uda, brzucha lub pośladka należą:

- 1) Bydureon; 2) Ozempic; 3) Trulicity; 4) Victoza; 5) Onglyza.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 51. Do czynników ryzyka i progresji retinopatii cukrzycowej nie należy:

- A. czas trwania cukrzycy.
- B. operacja zaćmy.
- C. okres dojrzewania.
- D. nadciśnienie tętnicze.
- E. palenie tytoniu.

Nr 52. Skuteczność inhibitorów SGLT-2 w zmniejszaniu hiperglikemii oraz ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2 została udokumentowana w badaniu:

- 1) Dapa-HF;
- 2) EMPEROR-Reduced;
- 3) EMPA-REG OUTCOME;
- 4) DECLARE;
- 5) VERTIS CV Study.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 53. Czynniki ryzyka zespołu stopy cukrzycowej są:

- 1) niewłaściwe obuwie;
- 2) obecność modzeli;
- 3) neuropatia obwodowa;
- 4) niewłaściwa higiena stóp;
- 5) palenie tytoniu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 54. U pacjenta z cukrzycą typu 2 oraz przewlekłą chorobą nerek w stadium G3b można kontynuować terapię doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi i agonistami receptora GLP-1, z wyjątkiem:

- A.** liraglutydu.
B. dapagliflozyny.
C. linagliptyny.
D. pioglitazonu.
E. gliklazydu.

Nr 55. Hormonem wytwarzanym głównie w białej tkance tłuszczowej, hamującym pobór pokarmu, natomiast zwiększającym termogenezę oraz nasilającym glukoneogenezę w wątrobie jest:

- A.** adiponektyna.
B. tyreotropina.
C. leptyna.
D. interleukina-6.
E. termogenina.

Nr 56. Insulina jest hormonem anabolicznym i reguluje kluczowe enzymy biorące udział w metabolizmie węglowodanów, lipidów i białek, co przejawia się w licznych efektach jej działania w wątrobie, mięśniach szkieletowych, adipocytach oraz mózgu. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące insuliny:

- A. po połączeniu z receptorem insulinowym aktywuje szlak PI-3k/PKB, prowadząc do produkcji glikogenu w wątrobie i mięśniach szkieletowych.
- B. poprzez wpływ na regulację czynnika transkrypcyjnego Fox-O-1 prowadzi do zahamowania wątrobowej produkcji glukozy.
- C. hamuje oksydację kwasów tłuszczowych w mięśniach szkieletowych.
- D. po posiłku hamuje glukoneogenezę.
- E. wzrost stężenia glukozy wywołuje wzrost sekrecji insuliny.

Nr 57. Wskaż **falszywe** stwierdzenie:

- A. chirurgia bariatryczna może spowodować remisję cukrzycy u 40-95% pacjentów.
- B. kwalifikację do zabiegu bariatrycznego rekomenduje się u każdego chorego z cukrzycą typu 2 i BMI ≥ 35 kg/m².
- C. o poprawie przebiegu cukrzycy typu 2 po zabiegu bariatrycznym mówi się, gdy po zmniejszeniu dawek leków redukcja odsetka HbA1c przekracza 20%.
- D. w postępowaniu kwalifikacyjnym do zabiegu bariatrycznego należy wziąć pod uwagę opinię psychologa lub psychiatry.
- E. 30-dniowe ryzyko zgonu po zabiegu bariatrycznym nie przekracza 0,3%.

Nr 58. Przeciwwskazaniem (bezwzględny lub względny) do zabiegu chirurgii bariatrycznej są wszystkie poniższe, **z wyjątkiem**:

- A. przebycia incydentu sercowo-naczyniowego w przeszłości.
- B. endokrynologicznej przyczyny otyłości.
- C. aktywnej choroby wrzodowej.
- D. choroby onkologicznej w wywiadzie.
- E. niepoddającej się kontroli choroby psychicznej.

Nr 59. O ustąpieniu cukrzycy i schorzeń towarzyszących po zabiegu chirurgii bariatrycznej może świadczyć:

- 1) odsetek HbA1c $< 6,5\%$ po odstawieniu leków przeciwcukrzycowych;
- 2) pojawienie się epizodów hipoglikemii;
- 3) utrata masy ciała o ponad 15% w stosunku do stanu w chwili kwalifikacji do operacji;
- 4) stężenie triglicerydów na czczo 180 mg/dl (2,0 mmol/l).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 60. Do poradni diabetologicznej zgłosiła się skierowana przez ginekologa 32-letnia pacjentka w drugiej ciąży, z wynikami doustnego testu obciążenia glukozą (OGTT) wykonanego w 25. tygodniu ciąży: na czczo 117 mg/dl, w 1 h OGTT 245 mg/dl, w 2 h OGTT 212 mg/dl. Przed ciążą BMI pacjentki wynosiło 28,8 kg/m², a glikemia w czasie pierwszej wizyty u ginekologa 91 mg/dl. Pacjentka przytyła od początku ciąży 13 kg. Na tej podstawie należy:

- 1) rozpoznać cukrzycę przedciążową;
- 2) rozpoznać cukrzycę ciążową;
- 3) rozpoznać cukrzycę w ciąży;
- 4) wdrożyć terapię behawioralną (dieta i aktywność fizyczna);
- 5) wdrożyć od razu leczenie insuliną metodą wielokrotnych wstrzyknięć.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 61. Wskaż fałszywe stwierdzenie:

- A. metforminę należy bezwzględnie odstawić w przypadku pojawienia się białkomoczu.
- B. w cukrzycy typu 2 świeżo rozpoznanej lub dotychczas nieleczonej farmakologicznie, przy licznych czynnikach ryzyka sercowo-naczyniowego należy inicjować od razu terapię dwoma lekami przeciwcukrzycowymi niezależnie od odsetka hemoglobiny glikowanej.
- C. pioglitazon może być stosowany bez redukcji dawki w stadium G4 niewydolności nerek.
- D. w cukrzycy typu 2, leczonej dotychczas lekami doustnymi, w przypadku dekompensacji w przebiegu ostrej infekcji COVID-19 leczonej glikokortykosteroidami, należy bezwzględnie zastosować insulinoterapię.
- E. białkomocz nerczycowy u osoby z cukrzycą nie musi oznaczać cukrzycowej choroby nerek.

Nr 62. Zwiększenie częstości hipoglikemii u osób w wieku podeszłym leczonych insuliną lub pochodnymi sulfonilomocznika (PSM) może być spowodowane:

- 1) błędami w dawkowaniu insuliny lub PSM;
- 2) pomijaniem posiłków;
- 3) pogorszeniem funkcji nerek;
- 4) wystąpieniem ostrej choroby infekcyjnej;
- 5) nadużywaniem alkoholu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 63. Jedną z korzyści zastosowania pioglitazonu jest między innymi:

- A. zmniejszenie zawartości tłuszczu w wątrobie.
- B. redukcja ryzyka niewydolności serca.
- C. redukcja ryzyka hipoglikemii.
- D. redukcja ryzyka nowotworów złośliwych, szczególnie raka pęcherza moczowego.
- E. poprawa gęstości mineralnej kości.

Nr 64. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące terapii behawioralnej cukrzycy:

- A. odsetek kalorii z tłuszczów w diecie osoby z cukrzycą powinien mieścić się w granicach 25-40%.
- B. każdy pacjent z cukrzycą powinien suplementować witaminę D.
- C. dla optymalnych efektów wysiłek fizyczny u osoby z cukrzycą powinien być podejmowany codziennie.
- D. obecność powikłań wpływa na skład indywidualnej diety u pacjenta z cukrzycą.
- E. forsowny wysiłek fizyczny może prowadzić do zwiększenia albuminurii.

Nr 65. Cukrzyca skojarzona z otyłością zwiększa ryzyko nowotworów złośliwych poprzez:

- 1) przewlekły stan zapalny związany z otyłością;
- 2) zaburzenia produkcji adipokin tkanki tłuszczowej;
- 3) obniżone stężenie globuliny wiążącej hormony płciowe (SHGB – *sex hormone binding globulin*);
- 4) hiperinsulinemię;
- 5) stres oksydacyjny związany z hiperglikemią.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 66. Otyłość wiąże się z ryzykiem powstania cukrzycy poprzez wszystkie poniższe mechanizmy, **z wyjątkiem**:

- A. wzrostu produkcji TNF- α , IL-1 β i IL-6 w tkance tłuszczowej.
- B. spadku obwodowej utylizacji glukozy spowodowanej insulinoopornością.
- C. zmniejszonego uwalniania czynnika jądrowego κ B (NF- κ B).
- D. spadku stężenia adiponektyny.
- E. zwiększonej ekspresji receptora RAGE.

Nr 67. Najczęstszym działaniem niepożądanym inhibitorów SGLT-2 w monoterapii lub terapii skojarzonej z metforminą jest/są:

- A. infekcja dróg moczowych.
- B. gangrena Fourniera.
- C. zakażenia zewnętrznych narządów płciowych.
- D. hipotonia ortostatyczna.
- E. odwodnienie.

Nr 68. Inhibitory ko-transporterów sodowo-glukozowych-2 w badaniach dedykowanych pacjentom z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową wykazały znamiennej redukcję predefiniowanego punktu końcowego obejmującego pogorszenie niewydolności serca i zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych. Korzyści w tym zakresie wykazano dla:

- 1) empagliflozyny;
- 2) dapagliflozyny;
- 3) kanagliflozyny;
- 4) pacjentów z cukrzycą;
- 5) pacjentów bez cukrzycy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 69. Do poradni diabetologicznej zgłosił się 48-letni pacjent wypisany z kliniki kardiologii po przebyciu pełnościennego zawału m. sercowego, ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 2. W opisie badania echokardiograficznego stwierdzono frakcję wyrzutową (EF - *ejection fraction*) ok. 40%. HbA1c oznaczona w trakcie hospitalizacji 6,5%, eGFR 52 ml/min/1,73 m², BMI 29,3 kg/m². Optymalnym postępowaniem terapeutycznym w tym przypadku będzie:

- A.** zainicjowanie monoterapii metforminą.
- B.** zainicjowanie terapii skojarzonej metformina + inhibitor SGLT-2.
- C.** zainicjowanie terapii skojarzonej metformina + agonista receptora GLP-1.
- D.** zastosowanie monoterapii inhibitorem SGLT-2.
- E.** zainicjowanie monoterapii agonistą receptora GLP-1.

Nr 70. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące metforminy:

- A.** metformina może być stosowana w niewydolności serca o ile nie występują cechy hipoperfuzji obwodowej.
- B.** metformina zmniejsza o ok. 40% ryzyko nowotworów złośliwych m.in. poprzez aktywację kinazy białkowej aktywowanej przez AMP.
- C.** metformina ułatwia zajście w ciążę kobietom z zespołem policystycznych jajników.
- D.** u osób ze stanem przedcukrzycowym, zwłaszcza w wieku <60 lat i/lub II stopniem otyłości, metformina może być stosowana w celu prewencji rozwoju cukrzycy.
- E.** metformina jest przeciwwskazana u dzieci i młodzieży poniżej 15 roku życia.

Nr 71. 52-letni otyły (BMI 37,4 kg/m²) pacjent z cukrzycą typu 2 trwającą 6 lat, ze stłuszczeniem wątroby, dyslipidemią i nadciśnieniem, ale bez jawnej choroby sercowo-naczyniowej, leczony dotychczas metforminą w dawce 3,0 g na dobę, zgłosił się do poradni diabetologicznej z wynikiem badania HbA1c 7,5%.

Wybozem terapeutycznym który może przynieść pacjentowi największe korzyści w kontekście ryzyka sercowo-naczyniowego (nie biorąc pod uwagę wskazań refundacyjnych) jest:

- A. dodanie pioglitazonu zaczynając od dawki 15 mg.
- B. dodanie inhibitora SGLT-2.
- C. dodanie małej dawki pochodnej sulfonilomocznika (optymalnie gliklazydu).
- D. dodanie agonisty receptora GLP-1.
- E. dodanie małej dawki insuliny bazowej.

Nr 72. U 66-letniego otyłego chorego z wieloletnią cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym i hipercholesterolemią rozpoznano przepuklinę pachwinową. Nie stwierdzono cech uwięźnięcia przepukliny i na podstawie konsylium chirurgicznego chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego w trybie planowym. W badaniach laboratoryjnych wykonanych przed zabiegiem z odchyłen stwierdzono podwyższone stężenie kreatyniny (2 mg/dl) i odsetek HbA1c (10,2%). Co powinien zrobić diabetolog, którego poproszono o konsultację przed zabiegiem?

- A. odroczyć zabieg do czasu gdy będzie można zoptymalizować terapię cukrzycy tak, aby odsetek HbA1c zmniejszyć do wartości ≤7%.
- B. odroczyć zabieg do czasu gdy będzie można zoptymalizować terapię cukrzycy tak, aby odsetek HbA1c zmniejszyć do wartości ≤7% oraz wykonać badanie EKG i echokardiografię, Rtg klatki piersiowej, echokardiografię, próbę wysiłkową i badanie EKG metodą Holtera.
- C. odroczyć zabieg do czasu gdy będzie można zoptymalizować terapię cukrzycy tak, aby odsetek HbA1c zmniejszyć do wartości ≤8,5%.
- D. zoptymalizować terapię cukrzycy tak, aby odsetek HbA1c zmniejszyć do wartości ≤8,5% oraz wykonać badanie EKG i echokardiografię.
- E. odroczyć zabieg do czasu gdy będzie można zoptymalizować terapię cukrzycy tak, aby odsetek HbA1c zmniejszyć do wartości ≤8,5% oraz wykonać badanie EKG, Rtg klatki piersiowej, echokardiografię, próbę wysiłkową i badanie EKG metodą Holtera.

Nr 73. 72-letniego pacjenta z cukrzycą typu 2, przyjęto do szpitala z powodu pierwszego w życiu epizodu udaru niedokrwienno-mózgu. Chory był dotychczas leczony za pomocą insuliny. Jakie powinny być optymalne zakresy glikemii w tym okresie?

- A. 90-160 mg/dl.
- B. 110-160 mg/dl.
- C. 140-180 mg/dl.
- D. 160-220 mg/dl.
- E. 220-240 mg/dl.

Nr 74. Chirurg w izbie przyjęć szpitala u 67-letniej pacjentki z cechami wyniszczenia i skrajnego odwodnienia rozpoznał martwicze zapalenie powięzi krocza (zgorzel Fourniera), RR wynosiło 80/60 mmHg, HR 34/min. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono następujące odchylenia: w gazometrii pH 7,1, NaHCO_3 9 uEq/l, luka anionowa >12, obecność ciał ketonowych we krwi i moczu, stężenie glukozy 634 mg/dl, w morfologii WBC 28 tys/uł, CRP 459 mg/l, prokalcytoniny 78 ng/ml. Chirurg ocenił, że chora znajduje się we wstrząsie septycznym i wymaga przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego (nekrektomia) w trybie pilnym. Z tego powodu poprosił o natychmiastową konsultację dyżurnego diabetologa celem ustalenia sposobu optymalnego postępowania. Diabetolog stwierdził, że:

- A.** należy rozpoznać kwasicę ketonową i rozpocząć jej leczenie w trybie natychmiastowym oraz, że stan, w którym znajduje się chora wymaga odroczenia zabiegu do czasu całkowitego wyrównania zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej.
- B.** stan, w którym znajduje się chora wymaga podjęcia natychmiastowych działań zabiegowych, a wyrównanie zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej należy podjąć niezwłocznie po jego wykonaniu.
- C.** należy rozpoznać kwasicę ketonową i rozpocząć jej leczenie w trybie natychmiastowym i po wstępnym wyrównaniu zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej kontynuować je równocześnie z działaniami chirurgicznymi.
- D.** stan, w którym znajduje się chora wymaga odroczenia zabiegu do czasu całkowitego wyrównania zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej.
- E.** należy rozpoznać kwasicę ketonową i rozpocząć jej leczenie w trybie natychmiastowym, a działania chirurgiczne przesunąć do czasu normalizacji zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej (za ok. 48 godzin).

Nr 75. Pacjent z cukrzycą typu 2 został przyjęty do oddziału internistycznego z powodu stanów gorączkowych. We krwi pacjenta zidentyfikowano obecność ziarenkowców Gram-dodatnich. Źródła bakteriemii poszukiwano w obrębie owrzodzenia na stopie, zgorzelinowych zębów, zakażenia cewnika do dializ i zmian na zastawkach serca. Po wykluczeniu cech zakażenia w obrębie zespołu stopy cukrzycowej i cewnika do dializ, uznano, że przyczyną posocznicy jest obecność dużych wegetacji na zastawce trójdzielnej. Konsultujący kardiochirurg ustalił wskazania do leczenia operacyjnego infekcyjnego zapalenia wsierdza. W powyższej sytuacji klinicznej powinno się:

- A.** przeprowadzić zabieg operacyjny w trybie pilnym, a zęby zgorzelinowe usunąć w kilkanaście dni po zabiegu.
- B.** zęby zgorzelinowe usunąć w trybie pilnym i natychmiast po sanacji jamy ustnej przeprowadzić zabieg kardiochirurgiczny.
- C.** zęby zgorzelinowe usunąć w trybie pilnym, a po wygojeniu zębodołów przeprowadzić zabieg kardiochirurgiczny.
- D.** przeprowadzić zabieg operacyjny w trybie pilnym, a zęby zgorzelinowe pozostawić do leczenia stomatologicznego za min. 2-3- miesiące z uwagi na ryzyko krwawienia wynikające z zastosowania antykoagulantów.
- E.** odroczyć zabieg kardiochirurgiczny do czasu decyzji stomatologa o czasie i sposobie leczenia zębów zgorzelinowych.

Nr 76. 61-letni pacjent z otyłością olbrzymią (masa ciała 175 kg, wzrost 187 cm) został przyjęty do oddziału internistycznego z powodu zaostrzenia cech niewydolności serca i towarzyszących obrzękom obwodowym zmian zapalnych w obrębie podudzi o charakterze cellulitis. Chory negował obecność cukrzycy w wywiadach. W badaniach przeprowadzonych w oddziale o różnych porach dnia glikemie ocenione w próbkach krwi żyłnej, przy okazji oceny innych parametrów laboratoryjnych, wynosiły 197 mg/dl, 174 mg/dl, 185 mg/dl, 207 mg/dl. Stężenie kreatyniny przy przyjęciu wynosiło 2,7 mg/dl, po 5 dniach 1,7 mg/dl. Prowadzący pacjenta internista uznał, że przyczyną zwyżek glikemii była obecność cech stanu zapalnego i stwierdził, że po wygojeniu zmian w tkance podskórnej podudzi, a więc już po hospitalizacji powinno się dokonać oceny w kierunku zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Wobec wątpliwości wynikających z obecności zagrażającej życiu otyłości internista zlecił przed wypisem chorego ze szpitala ocenę odsetka HbA1c, który wyniósł 6,5%. Co w powyższej sytuacji powinien zrobić internista?

- A.** wypisać chorego z rozpoznaniem stanu przedcukrzycowego i zalecić stosowanie diety cukrzycowej.
- B.** wypisać chorego z rozpoznaniem przejściowych zaburzeń tolerancji węglowodanowej i zalecić ponowną ich ocenę po wygojeniu zmian w tkance podskórnej podudzi.
- C.** wypisać chorego z rozpoznaniem cukrzycy i zalecić stosowanie insuliny.
- D.** przed wypisem ze szpitala postawić rozpoznanie cukrzycy, zlecić monitorowanie glikemii zgodnie z pełnym profilem (5 lub 7 punktowy) przez minimum 2 dni i rozpocząć leczenie farmakologiczne zgodne ze stanem układu sercowo-naczyniowego, funkcji nerek oraz aktualnym stanem klinicznym zmian zapalnych.
- E.** przed wypisem ze szpitala postawić rozpoznanie cukrzycy i rozpocząć leczenie za pomocą metforminy.

Nr 77. Do oddziału chirurgicznego został przyjęty 37-letni pacjent z wieloletnią cukrzycą typu 1 (rozpoznaną w 4. roku życia) z podejrzeniem krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Konsultujący na prośbę chirurga diabetolog stwierdził w badaniach laboratoryjnych następujące odchylenia: glikemia 445 mg/dl, ketonuria 2+, w gazometrii pH 7,25, HCO₃ 12 mmol/l. Co powinien zrobić zespół lekarzy prowadzących pacjenta?

- A.** zastosować leczenie według algorytmu leczenia kwasicy ketonowej.
- B.** najpierw wykluczyć aktywne krwawienie z przewodu pokarmowego (założenie sondy do żołądka, gastroscopia), a następnie leczyć zaburzenia metaboliczne.
- C.** jednocześnie wykluczyć cechy krwawienia z przewodu pokarmowego i podjąć natychmiast leczenie kwasicy ketonowej.
- D.** pozostawić pacjenta w oddziale chirurgicznym do czasu wykluczenia krwawienia z przewodu pokarmowego i następnie leczyć zaburzenia metaboliczne.
- E.** ustalić potencjalne przyczyny krwawienia z przewodu pokarmowego, w przypadku ich ustalenia podjąć decyzję o wykonaniu gastroscopii i w trakcie zabiegu w razie konieczności podjąć działania mające na celu tamowanie krwawienia, co wpłynie na ustąpienie zaburzeń metabolicznych.

Nr 78. Diabetolog został poproszony o konsultację w oddziale o profilu pulmonologicznym celem pomocy w ustaleniu sposobu diagnostyki i terapii u 29-letniej pacjentki będącej w drugiej w życiu ciąży (I trymestr), u której rozpoznano zespół Churga-Strauss i podjęto decyzję o konieczności rozpoczęcia leczenia za pomocą glikokortykosteroidów. W pierwszej ciąży u chorej rozpoznano cukrzycę i zastosowano dietę cukrzycową jako formę optymalizacji terapii cukrzycy. Jaka powinna być optymalna droga diagnostyki i terapii u tej chorej?

- A.** powinno się od razu rozpoznać cukrzycę typu 2 celem prewencji powikłań u matki i dziecka i prowadzić edukację w zakresie umiejętności podawania insuliny.
- B.** powinno się od razu rozpocząć insulinoterapię za pomocą analogów insuliny.
- C.** powinno się przeprowadzić diagnostykę w kierunku rozpoznania cukrzycy (glikemia na czczo, ew. OGTT) i w przypadku potwierdzenia obecności cukrzycy i glikemii na czczo i przed posiłkami powyżej 90 mg/dl rozpocząć insulinoterapię.
- D.** powinno się poczekać do 24.-28. tygodnia ciąży i wykonać test doustnego obciążenia glukozą, a po uzyskaniu wyniku ocenić czy są obecne zaburzenia gospodarki węglowodanowej.
- E.** powinno się przeprowadzić diagnostykę w kierunku rozpoznania cukrzycy (glikemia na czczo, ew. OGTT) i w przypadku potwierdzenia obecności cukrzycy i glikemii na czczo i przed posiłkami powyżej 90 mg/dl rozpocząć insulinoterapię, a także monitorować glikemie, aby dostosowywać dawki insuliny do wzrostów glikemii indukowanych za pomocą glikokortykosteroidów.

Nr 79. 80-letni pacjent leczony od 5 lat za pomocą insuliny ludzkiej w algorytmie 4 iniekcji zgłosił się do poradni diabetologicznej z powodu złego wyrównania cukrzycy. Glikemie na czczo zawierały się w przedziale 250-280 mg/dl, w ciągu dnia chory obserwował duże wahania glikemii w przedziale 70-313 mg/dl. Jakiego powinno być postępowanie prowadzącego diabetologa?

- 1) powinien poprosić pacjenta o szczegółowy wykaz glikemii w ciągu dnia i w nocy, w tym pomiędzy godziną 2.00 i 3.00 celem wykluczenia nocnych niedocukrzeń;
- 2) powinien zapytać, czy chory nie wybudza się w nocy z powodu bólu głowy i/lub spocenia i/lub uczucia szybkiej pracy serca;
- 3) powinien zapytać, czy chory jednocześnie nie stosuje pochodnych sulfonilomocznika;
- 4) powinien zlecić ocenę stężenia kreatyniny;
- 5) powinien rozważyć zamianę insuliny NPH podawanej na noc na analog długo działający.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 80. 80-letnia otyła pacjentka z wieloletnią cukrzycą typu 2 została przyjęta do oddziału z powodu kolejnego w życiu udaru niedokrwienego mózgu. Chora pozostawała nieprzytomna. Jakie powinno być postępowanie w zakresie kontroli glikemii u pacjentki?

- A. celem normalizacji glikemii powinno się podawać insulinę podskórną w algorytmie 4 iniekcji i dożylnie glukozę.
- B. celem normalizacji glikemii powinno się podawać dożylnie glukozę i doustne leki przeciwcukrzycowe przez sondę do żołądka.
- C. celem normalizacji glikemii powinno się podawać insulinę dożylną w pompie do czasu powrotu świadomości i płyny z glukozą, ew. przy przedłużaniu się zaburzeń świadomości żywienie parenteralne.
- D. celem normalizacji glikemii powinno się podawać insulinę podskórną w algorytmie 2 iniekcji za pomocą mieszanek insulinowych.
- E. celem normalizacji glikemii powinno się podawać raz na dobę insulinę NPH.

Nr 81. Do oddziału internistycznego przyjęto 63-letniego pacjenta, który dotychczas nie był leczony z powodu chorób przewlekłych. Z odchyleń w badaniach laboratoryjnych stwierdzono: glikemię 444 mg/dl, stężenie trójglicerydów 1100 mg/dl, cholesterolu całkowitego 340 mg/dl, AST 57U/l, ALT 46 U/l. Lekarz prowadzący powinien:

- A. rozpoznać cukrzycę, ustalić jej etiologię, włączyć fibrat.
- B. rozpoznać cukrzycę, ustalić jej etiologię, włączyć fibrat i statynę.
- C. rozpoznać cukrzycę, ustalić jej etiologię, włączyć fibrat i statynę, insulinę w pompie do czasu normalizacji glikemii i względnej normalizacji lipemii (ok 2-5 dni), a następnie ustalić optymalny sposób dalszego jej wyrównania.
- D. rozpoznać cukrzycę, ustalić jej etiologię.
- E. żadne z powyższych.

Nr 82. Do poradni diabetologicznej zgłosił się 42-letni otyły pacjent z cukrzycą typu 2, który poprosił o stwierdzenie, czy jego 20-letni otyły syn (BMI 35 kg/m²), znajduje się w początkowym stadium rozwoju cukrzycy. W tym celu diabetolog powinien:

- A. zlecić wykonanie OGTT, o ile wcześniej nie stwierdzono żadnego z kryteriów rozpoznania cukrzycy.
- B. zlecić wykonanie OGTT.
- C. zlecić wykonanie OGTT i ocenę HbA1c.
- D. zlecić wykonanie OGTT, o ile wcześniej nie stwierdzono żadnego z kryteriów rozpoznania cukrzycy, ponadto zlecić ocenę stężenia immunologicznych oraz genetycznych markerów rozpoznania cukrzycy.
- E. zlecić wykonanie OGTT, ocenę HbA1c oraz lipidogramu.

Nr 83. Diabetolog został poproszony o konsultację u chorego po przebytym zawale mięśnia sercowego przebywającego w oddziale kardiologicznym. Chory miał przed dwoma laty rozpoznaną cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię, ale nie przyjmował regularnie zalecanych z tego powodu leków. Chory ponadto palił 1 paczkę papierosów na dobę. W ciągu ostatnich 2 miesięcy zaprzestał stosowania leków przeciwcukrzycowych. Jeżeli nie stwierdza się przeciwwskazań do podstawowych siedmiu grup leków przeciwcukrzycowych, w pierwszej kolejności u tego chorego w leczeniu cukrzycy powinno się zastosować:

- A. metforminę.
- B. metforminę oraz inhibitor SGLT-2.
- C. metforminę oraz agonistę GLP-1.
- D. metforminę oraz inhibitor SGLT-2 lub agonistę GLP-1.
- E. terapię, która będzie miała działanie kardioprotekcyjne (metformina i inhibitor SGLT-2 lub agonista GLP-1), a jeżeli nie spowoduje to jednocześnie wystarczającego wyrównania glikemii dołączenie leków z innych grup leków przeciwcukrzycowych lub insuliny.

Nr 84. U chorego, u którego stwierdzono w wywiadzie owrzodzenie spełniające kryteria zespołu stopy cukrzycowej, ocenę stanu stop powinno się przeprowadzać:

- A. raz w roku.
- B. raz na 1-3 miesiące.
- C. raz na 3-6 miesięcy.
- D. raz na 6-9 miesięcy.
- E. raz na 2 lata.

Nr 85. W leczeniu przyczynowym neuropatii cukrzycowej powinno się rozważyć leczenie za pomocą:

- A. ACE-I, sartanu, kwasu alfa-liponowego.
- B. kwasu alfa-liponowego, benfotiaminy, ACE-I.
- C. benfotiaminy i kwasu alfa-liponowego.
- D. ACE-I, sartanu, antagonistów kanału wapniowego.
- E. diuretyków tiazydopodobnych, ACE-I, sartanu, benfotiaminy.

Nr 86. 55-letni otyły pacjent (masa ciała 95 kg, wzrost 170 cm) z cukrzycą typu 2 rozpoznaną przed 5 laty, leczony za pomocą metforminy i analogu GLP-1 (sema-glutyd), ponadto z nadciśnieniem tętniczym (sartan, diuretyk tiazydopodobny, antagonistą kanału wapniowego) i hipercholesterolemią (statyna), zgłosił się do diabetologa z powodu utrzymywania się podwyższonego stężenia cholesterolu frakcji LDL, które wynosiło 120 mg/dl. Co powinien zrobić diabetolog?

- A. zwiększyć dawkę statyny do maksymalnej dobrze tolerowanej.
- B. zwiększyć dawkę statyny do maksymalnej dobrze tolerowanej, a w razie braku osiągnięcia stężenia cholesterolu frakcji LDL < 55 mg/dl dołączenie ezetimibu.
- C. zwiększyć dawkę statyny do maksymalnej dobrze tolerowanej, a w razie braku osiągnięcia stężenia cholesterolu frakcji LDL < 55 mg/dl dołączenie fibratu.
- D. dokonać zmiany dotychczas stosowanego preparatu statyny na inny.
- E. odstawić statynę, włączyć fibrat.

Nr 87. U chorego z glikemią 69 mg/dl, bez zaburzeń świadomości, prawidłowe postępowanie to:

- A. podanie glukozy i.v. w ilości 10 g/kg mc w formie 20% roztworu.
- B. podanie glukozy i.v. w ilości 15 g/kg mc w formie 20% roztworu.
- C. podłączenie wlewu iv. 10% glukozy.
- D. podanie 15 gram łatwo przyswajalnych węglowodanów doustnie.
- E. podanie 100 gram łatwo przyswajalnych węglowodanów doustnie.

Nr 88. 52-letni chory z cukrzycą typu 2 *de novo* rozpoznaną na podstawie testu OGTT 75 gram glukozy, z HbA1c 5,9 %, z nadciśnieniem tętniczym, nadwagą, z GFR 67 ml/min, który był przyjęty do szpitala z powodu zawału mięśnia sercowego po wypisie powinien być leczony:

- A. insuliną bazalną rano.
- B. SGLT2 inhibitorem i metforminą.
- C. analogiem GLP-1 i pochodną sulfonilomocznika.
- D. metforminą.
- E. akarbozą i pochodną sulfonilomocznika.

Nr 89. Jednemu wymiennikowi węglowodanowemu odpowiada następująca ilość produktu spożywczego:

- 1) 60 gram ziemniaków (1 ziemniak wielkości jajka);
- 2) 20 gram pszennego pieczywa;
- 3) 200 gram ziemniaków;
- 4) 1 szklanka napoju (zawierającego 10 gram węglowodanów w 100 ml);
- 5) 4 łyżeczki cukru.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 90. Leczenie insuliną jest **bezwzględnie** konieczne u pacjenta z:

- 1) cukrzycą typu 1;
- 2) cukrzycą typu MODY 2;
- 3) cukrzycą typu 2 i HbA1c 6,7%;
- 4) zdekompensowaną cukrzycą wtórną (glikemia ponad 300 mg/dl) w przebiegu leczenia dużymi dawkami glikokortykosteroidów;
- 5) zdekompensowaną cukrzycą typu 2, jeśli leki doustne nie mogą być stosowane z powodu niewydolności wątroby.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 91. Główne czynniki sercowo – naczyniowe to wiek i:

- A. nadciśnienie.
- B. dyslipidemia.
- C. nikotynizm.
- D. otyłość.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 92. Bardzo wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe ma:

- A. pacjent z cukrzycą i chorobami układu krążenia.
- B. pacjent z białkomoczem.
- C. pacjent z 3 lub więcej czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego.
- D. pacjent z cukrzycą typu 1 o wczesnym początku i długim czasie trwania.
- E. wszystkie wymienione są prawdziwe.

Nr 93. Glukagon donosowy (3 mg) można podawać u dzieci powyżej:

- A. 1. r.ż.
- B. 2. r.ż.
- C. 3. r.ż.
- D. 4. r.ż.
- E. 12. r.ż.

Nr 94. Kontrola stężenia glukozy po podaniu doustnym węglowodanów (15 gram) z powodu hipoglikemii powinna być wykonana po:

- A. 15 minutach.
- B. 20 minutach.
- C. 30 minutach.
- D. 40 minutach.
- E. 60 minutach.

Nr 95. Ciężką hipoglikemię rozpoznaje się, gdy:

- A. stężenie glukozy wynosi poniżej 63 mg/dl.
- B. stężenie glukozy wynosi poniżej 54 mg/dl.
- C. stężenie glukozy wynosi poniżej 50 mg/dl.
- D. stężenie glukozy wynosi poniżej 20 mg/dl.
- E. konieczna jest pomoc osób trzecich aby ją przerwać.

Nr 96. Ciężką kwasicę ketonową rozpoznaje się, gdy stężenie HCO_3^- w gazometrii wynosi poniżej:

- A. 10.
- B. 12.
- C. 15.
- D. 20.
- E. 22.

Nr 97. W pierwszej godzinie leczenia kwasicy ketonowej należy podać:

- A. 250 ml 0,9% NaCl.
- B. 500 ml 0,9% NaCl.
- C. 1000 ml 0,9% NaCl.
- D. 500 ml 10% glukozy.
- E. 1000 ml 10% glukozy.

Nr 98. Bezpieczna wartość glikemii u chorego na cukrzycę leczonego insuliną dożylnie po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego to:

- A. 200-250 mg/dl.
- B. 120-180 mg/dl.
- C. 100-180 mg/dl.
- D. 90-120 mg/dl.
- E. nie ustalono docelowej wartości glukozy do której należy dążyć.

Nr 99. Pacjent z cukrzycą typu 1 ma większe szanse, niż osoba zdrowa, na wystąpienie:

- A. choroby Haschimoto.
- B. choroby Gravesa – Basedowa.
- C. celiakii.
- D. niedokrwistości złośliwej.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 100. TIR (Time in range (czas spędzony w zakresie docelowym: 70–180 mg/dl)) > 70% u chorego na cukrzycę typu 1 stosującego systematycznie CGM/FGM odpowiada szacowanej wartości HbA1c:

- A. około 5,5%. B. około 6,5%. C. poniżej 7,0%. D. około 7,5%. E. około 8,0%.

Nr 101. Glukagon można podać drogą:

- 1) podskórną;
- 2) domięśniową;
- 3) donosową;
- 4) wziewną;
- 5) dożylną (podczas testu oceniającego rezerwy komórek beta trzustki).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 102. Podczas leczenia pacjenta z kwasicą ketonową nie należy uzupełniać potasu jeśli stężenie we krwi tego pierwiastka wynosi:

- A. powyżej 3,5 mmol/L.
- B. powyżej 4,0 mmol/L.
- C. powyżej 4,5 mmol/L.
- D. powyżej 5,0 mmol/L.
- E. powyżej 5,5 mmol/L.

Nr 103. Powikłania kwasicy ketonowej to:

- 1) *necrobiosis lipoidica*;
- 2) *acantosis nigricans*;
- 3) obrzęk mózgu (częściej występuje u dzieci);
- 4) wstrząs hipowolemiczny;
- 5) ostra niewydolność nerek.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 104. Retinopatię nieproliferacyjną należy rozpoznać jeśli w badaniu dna oka:

- A. widoczne są wyłącznie mikrotętniaki.
- B. widoczne są mikrotętniaki i krwotoczki.
- C. widoczna jest wyłącznie paciorkowatość żylna.
- D. widoczne są krwotoczki i paciorkowatość żylna.
- E. widoczny jest obrzęk plamki.

Nr 105. Do genów sprzyjających rozwojowi cukrzycy typu 2 należą:

- 1) TCF7L2;
- 2) ABCC8 kodujący białko SUR1;
- 3) FTO;
- 4) KCNJ11;
- 5) gen glukokinazy.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 106. Do leków potencjalnie diabetogennych zalicza się:

- 1) morfina;
- 2) cyklosporyna;
- 3) amiodaron;
- 4) tiamazol;
- 5) dopamina.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 107. Do przyczyn hipoglikemii nie zalicza się:

- A. zatrucia alkoholem.
- B. niedoczynności tarczycy.
- C. choroby Cushinga.
- D. przebycia chirurgicznego leczenia otyłości.
- E. niewydolności nerek.

Nr 108. Doustne preparaty złożone stosowane w leczeniu cukrzycy typu 2 i zawierające metforminę i inhibitory DPP-4 wymagają podawania dwa razy dziennie. Traci się wówczas zaletę podawania inhibitorów DPP-4 w monoterapii raz na dobę co nie dotyczy:

- A. alogliptyny.
- B. linagliptyny.
- C. saksagliptyny.
- D. sitagliptyny.
- E. wildagliptyny.

Nr 109. Który z niżej wymienionych mechanizmów działania jest wspólny dla inhibitorów SGLT-2 i agonistów receptora GLP-1?

- A. glukozuria.
- B. natriureza.
- C. hamowanie łaknienia.
- D. hamowanie wydzielania glukagonu.
- E. wzrost stężenia wolnych kwasów tłuszczowych we krwi.

Nr 110. Który z niżej wymienionych objawów niepożądanych nie występuje w przebiegu stosowania inhibitorów SGLT-2?

- A. zakażenia układu moczowego.
- B. grzybica pochwy.
- C. hipotonia.
- D. poliuria.
- E. wzrost hematokrytu.

Nr 111. Do korzyści związanych z zastosowaniem w terapii cukrzycy typu 2 glitazonów należą wszystkie wymienione, z wyjątkiem:

- A. niskiego ryzyka hipoglikemii.
- B. siły hipoglikemizującej.
- C. poprawy wrażliwości na insulinę.
- D. obniżenia ciśnienia tętniczego.
- E. wszystkie wyżej wymienione korzyści obserwuje się podczas terapii glitazonami.

Nr 112. Obrzęki występujące u około 5% chorych leczonych glitazonami spowodowane są:

- A. zwiększoną retencją wody w organizmie.
- B. zwiększoną retencją sodu przez nerki.
- C. redystrubucją wody z przestrzeni śródnaczyniowej do pozanaczyniowej.
- D. redystrubucją osocza z przestrzeni śródnaczyniowej do pozanaczyniowej.
- E. utratą albumin z moczem.

Nr 113. Insuliną charakteryzującą się najdłuższym czasem działania jest:

- | | |
|--------------------|----------------------|
| A. Toujeo. | D. Insulan. |
| B. Lantus. | E. Abasaglar. |
| C. Tresiba. | |

Nr 114. U osób w wieku podeszłym do zaburzeń predysponujących do hipoglikemii należą:

- 1) demencja;
- 2) niewydolność nerek;
- 3) upośledzenie hormonalnej odpowiedzi przeciwregulacyjnej;
- 4) spożywanie alkoholu;
- 5) uszkodzenie autonomicznego układu nerwowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 115. Za docelowe wartości glikemii w samokontroli na czczo i przed posiłkami u kobiety ciężarnej uznaje się:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| A. 60-80 mg/dl. | D. 90-110 mg/dl. |
| B. 70-90 mg/dl. | E. 100-120 mg/dl. |
| C. 80-100 mg/dl. | |

Nr 116. Rekomendowana wartość HbA1c u pacjentki z cukrzycą przedciążową w II trymestrze ciąży wynosi:

- A.** < 5,5%. **B.** < 6,0%. **C.** < 6,5%. **D.** < 7,0%. **E.** < 7,5%.

Nr 117. U 39-letniej pacjentki z cukrzycą i przewlekłym nadciśnieniem tętniczym, będącej w ciąży docelowa wartość ciśnienia tętniczego wynosi:

- A.** <120/70. **B.** <130/80. **C.** <140/90. **D.** <150/100. **E.** <160/110.

Nr 118. W którym z niżej wymienionych badań brali udział tylko chorzy z nowo rozpoznaną cukrzycą?

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| A. ACCORD. | D. EMPAREG-OUTCOME. |
| B. ADVANCE. | E. UKPDS. |
| C. DECLARE-TIMI 58. | |

Nr 119. Utrwalona cukrzyca noworodkowa (PNDM) związana z mutacją genu KCNJ11 charakteryzuje się tym, że:

- 1) ujawnia się zawsze w pierwszym miesiącu życia;
- 2) ujawnia się do 9. miesiąca życia;
- 3) w 20–25% przypadków towarzyszą jej objawy neurologiczne, takie jak padaczka i opóźnienie rozwoju psychomotorycznego;
- 4) może być leczona tylko pochodnymi sulfonilomocznika;
- 5) masa urodzeniowa jest niska;
- 6) masa urodzeniowa jest wysoka.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3,5. **B.** 2,3,5. **C.** 1,4,6. **D.** 2,4,5. **E.** 2,4,6.

Nr 120. Bezwzględny wskazaniem do leczenia insuliną jest:

- 1) cukrzyca typu 1;
- 2) cukrzyca ciążowa nieskutecznie leczona dietą;
- 3) ciąża u pacjentki z cukrzycą typu 2 leczonej metforminą;
- 4) cukrzyca typu MODY 2;
- 5) ciąża u pacjentki z cukrzycą typu 1.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Dziękujemy !