



Lekarski Egzamin Państwowy

180 pytań testowych
z odpowiedziami
i komentarzem

Piotr Domagała, Anna Klimkiewicz,
Jakub Klimkiewicz, Łukasz Małek,
Grzegorz Napiórkowski, Maria Pokorska-Lis,
Paweł Własienko

Lekarski Egzamin Państwowy

180 pytań testowych
z odpowiedziami
i komentarzem

AUTORZY

lek. Piotr Domagała, lek. Anna Klimkiewicz
lek. Jakub Klimkiewicz, lek. Łukasz Małek
lek. Grzegorz Napiórkowski, lek. Maria Pokorska-Lis
lek. Paweł Własienko

OKŁADKA

Zbigniew Cieśliński

KOREKTA

Maria Suda

SKŁAD I ŁAMANIE

Mariola Włodarczyk
Tomasz Kobosz

Wydanie I

© Copyright by Wydawnictwo „Sanitas”
Warszawa, 2007



ZAMÓWIENIA I SPRZEDAŻ WYSYŁKOWA:

„Sanitas” sp. z o.o., ul. Jana Brożka 4, 01-442 Warszawa
tel. (0-22) 836-77-77, tel./fax: (0-22) 836-83-33
www.sluzbazdrowia.com.pl
e-mail: ksiazki@sluzbazdrowia.com.pl

DRUK I OPRAWA
MAGIC Lublin

ISBN 83-911246-3-0

OD WYDAWCY

Książka powstała z myślą o osobach przygotowujących się do Lekarskiego Egzaminu Państwowego, decydującego zarówno o przyznaniu prawa wykonywania zawodu, jak i wyniku postępowania konkursowego na specjalizacje.

Publikacja jest nietypowa; została napisana nie przez autorytety medyczne, ale przez młodych lekarzy, którzy sami niedawno stali przed koniecznością sprostania temu wyzwaniu. Liczymy na to, że ich doświadczenia sprawią, iż niniejsza publikacja pomoże Państwu lepiej przygotować się do egzaminu.

Zamieszczone w książce pytania i komentarze były przez trzy lata publikowane na łamach „Służby Zdrowia”, w dziale LEPetytorium. Teraz zostały zebrane i uaktualnione.



Służba Zdrowia to prawie 60 lat nieprzerwanych, bliskich więzi ze środowiskiem medycznym. Jest nowoczesną gazetą dla lekarzy, wyrażającą poglądy i opinie świata medycyny i polityki zdrowotnej.

Pismo jest indeksowane w Index Copernicus. Czytelnicy i Autorzy uzyskują **punkty edukacyjne** za prenumeratę (5 pkt) i publikowanie artykułów medycznych (20 pkt). Certyfikat Zarządzania Jakością ISO 9001: 2000 zobowiązuje wydawcę do działalności gwarantującej satysfakcję odbiorcom.

Zapraszamy na łamy i do prenumeraty.

1. U 33-letniej pacjentki w 25. tygodniu ciąży wykonano test obciążenia 50 g glukozy, którego wynik to 150 mg%. Prawidłowym postępowaniem będzie:

- A. Rozpoznanie cukrzycy i skierowanie pacjentki do ośrodka diabetologiczno-położniczego.**
- B. Rozpoznanie cukrzycy i wdrożenie leczenia dietetycznego.**
- C. Oznaczenie poziomu hemoglobiny glikowanej i w zależności od wyniku rozpoznanie cukrzycy.**
- D. Wykonanie testu obciążenia 75 g glukozy.**
- E. Wykluczenie cukrzycy ciężarnych.**

Zgodnie z zaleceniami, w celu wykrycia cukrzycy, u wszystkich ciężarnych między 24. a 28. tygodniem ciąży należy wykonać test doustnego obciążenia 50 g glukozy (GCT) i oznaczyć stężenie glukozy w surowicy krwi w 60. minucie. Przy wykonywaniu tego testu bez znaczenia jest pora dnia i czas, jaki upłynął od ostatniego posiłku (ciężarna nie musi być na czczo, wykonuje się oznaczenie poziomu cukru tylko w 60. minucie po doustnym zażyciu 50 g rozpuszczonej w wodzie glukozy). Interpretacja testu oraz postępowanie są następujące:

- stężenie glukozy poniżej 140 mg% jest wartością prawidłową,
- stężenie glukozy między 140 a 199 mg% – należy wykonać test obciążenia 75 g glukozy,
- stężenie glukozy powyżej 199 mg% oznacza rozpoznanie cukrzycy i jest wskazaniem do skierowania pacjentki do ośrodka diabetologiczno-położniczego.

Test diagnostyczny obciążenia 75 g glukozy (OGTT)

WHO zaleca następujące warunki wykonania testu z doustnym obciążeniem 75 g glukozy:

- test powinien być wykonywany na czczo,
- co najmniej przez 3 dni przed wykonywaniem testu badana kobieta powinna mieć nieograniczoną dietę zawierającą minimum 150 g węglowodanów na dobę przy normalnej aktywności fizycznej,
- 75 g glukozy należy rozpuścić w 250–300 ml wody i wypić w ciągu 5 min.

Poziomy glikemii oznacza się przed wypiciem glukozy – na czczo oraz po 1 i 2 godzinach.

Cukrzycę rozpoznajemy, jeżeli przynajmniej jedno oznaczenie glikemii przekracza podane normy:

- 100 mg% na czczo,
- 180 mg% po 1 h,
- 140 mg% po 2 h.

Jeżeli test przesiewowy (GCT) jest nieprawidłowy, a wynik testu diagnostycznego (OGTT) jest prawidłowy – należy wykonać w 32. tygodniu ciąży ponowny test diagnostyczny (OGTT).

Prawidłowa odpowiedź: D



2. Od którego tygodnia ciąży (t. c.) należy podać ciężarnej glikokortykosteroidy w celu stymulacji dojrzwania płuc płodu:

- A. Od 20. t. c.
- B. Od 21. t. c.
- C. Od 22. t. c.
- D. Od 23. t. c.
- E. Od 24. t. c.

Zespół zaburzeń oddychania jest główną przyczyną zachorowalności i umieralności noworodków urodzonych przedwcześnie, występuje u 65% noworodków urodzonych przed 28. tygodniem ciąży i u 20–30% urodzonych pomiędzy 28. a 35. Udowodniono, że podanie sterydów ciężarnej powoduje zmniejszenie częstości oraz ciężkości zespołu zaburzeń oddychania u noworodka przedwcześnie urodzonego. Wskazaniami do podania ciężarnej sterydów w celu stymulacji dojrzwania płuc płodu są:

1. Zagrożający poród przedwczesny między 24. a 34. t. c.
2. Zagrożający poród przedwczesny po 34. t. c., jeśli badania wskazują na niedojrzałość płuc płodu.

Stymulacja polega na podaniu domięśniowym dawki całkowitej 24 mg podzielonej na 2 x 12 mg – podanych co 24 godziny (zalecenie dla betametazonu), lub 4 x 6 mg – dawki co 12 godzin (zalecenie dla deksametazonu). Obecnie stosuje się wyłącznie jednorazową kurację, argumentując to faktem, że wielokrotne podawanie sterydów może powodować powikłania u płodu i noworodka (zaburzenia wzrostu, opóźnienia rozwoju mózgu, zawały łożyska, niewydolność nadnerczy, zakażenia). Według zaleceń amerykańskich, w przypadku przedwczesnego pęknięcia błon płodowych deksametazonu nie powinno się stosować po 32. tygodniu ciąży. Uważa się, że w szczególnych przypadkach można powtórzyć kurs sterydoterapii, jednak warunkiem jest odstęp dwutygodniowy od poprzedniej dawki i wiek ciąży poniżej 32. tygodnia (w momencie podania drugiej dawki). Używanymi preparatami są betametazon i deksametazon. Nie wykazano różnicy w skuteczności betametazonu i deksametazonu w zapobieganiu RDS, jednak uważa się, że stosowanie betametazonu związane jest z mniejszym ryzykiem występowania leukomalacji okołokomorowej.

Prawidłowa odpowiedź: E

3. U pacjentki rozpoznano nowotwór jajnika. Guz jest ograniczony wyłącznie do jajnika, torebka jest nieprzerwana, stwierdzono komórki nowotworowe w płynie otrzewnowym. Jaki to stopień wg klasyfikacji FIGO?:

- A. Ia
- B. Ib
- C. Ic
- D. IIa
- E. IIb

Polska należy do krajów o wysokiej zachorowalności na raka jajnika. Według danych Instytutu Onkologii, w Polsce w 2004 roku na raka jajnika zachorowały 3264 kobiety, a zmarły 2273. Statystyki, zarówno polskie, jak i ogólnoświatowe, wykazują wzrost zachorowalności na raka jajnika. Jednak obserwowana jest bardzo zróżnicowana zachorowalność w zależności od regionów geograficznych, ras, grup etnicznych, poziomu rozwoju gospodarczego. Rak jajnika występuje w każdym wieku – szczyt zachorowalności przypada pomiędzy 60. a 64. rokiem życia. Zazwyczaj rozwija się po 40. roku życia, natomiast u młodszych kobiet jest to choroba rzadka. Klasyfikacja FIGO raka jajnika przedstawia się następująco:

I – guz ogranicza się wyłącznie do jajników

IA – zajęty tylko jeden jajnik, nieprzerwana torebka, bez komórek nowotworowych w wymazie z otrzewnej;

IB – zajęte oba jajniki, nieprzerwana torebka, bez komórek nowotworowych w wymazie z otrzewnej; IC – IA lub IB oraz pęknięta torebka guza lub obecne komórki nowotworowe w wymazach z jamy otrzewnej lub w płynie z jamy brzusznej;

II – guz obejmuje jeden lub oba jajniki oraz narządy miednicy

IIA – przechodzi na macicę i/lub jajowody, bez komórek nowotworowych w wymazie z otrzewnej;

IIB – przechodzi na inne narządy w miednicy, bez komórek nowotworowych w wymazie z otrzewnej;

IIC – IIA lub IIB oraz guz na zewnętrznej powierzchni jajnika i/lub obecne komórki nowotworowe w wymazach z jamy otrzewnowej lub płynie z jamy brzusznej;

III – nowotwór zajmuje jeden lub oba jajniki z wszczepami do otrzewnej poza miednicą

i/lub z zajętych węzłami chłonnymi zaotrzewnowymi lub pachwinowymi

IIIA – wszczepy nowotworowe otrzewnej rozpoznawane w mikroskopie;

IIIB – makroskopowe przerzuty do otrzewnej brzusznej o największym wymiarze poniżej 2 cm;

IIIC – makroskopowe przerzuty do otrzewnej brzusznej o największym wymiarze powyżej 2 cm i/lub zajęte węzły chłonne zaotrzewnowe lub pachwinowe;

IV – guz jednego lub obu jajników oraz obecne odległe przerzuty, wysięk w jamie opłucznej potwierdzony badaniem mikroskopowym lub przerzuty do narządów mięsowych.

Prawidłowa odpowiedź: C



4. Objawami przedwcześnie odklejającego się łożyska są:

- 1) zazwyczaj krwawienie krwią jasną,
- 2) zazwyczaj krwawienie krwią ciemną,
- 3) nasilenie krwawienia w trakcie skurczu,
- 4) zmniejszenie krwawienia w trakcie skurczu,
- 5) wzmożone napięcie macicy,
- 6) prawidłowe napięcie macic,
- 7) przebieg bezbołowy,
- 8) ból o lokalizacji uzależnionej od miejsca usadowienia łożyska.

A. 1, 3, 5, 7

B. 1, 4, 6, 8

C. 2, 4, 5, 8

D. 2, 3, 6, 8

E. 2, 4, 5, 7

Przedwczesnym odklejeniem łożyska nazywamy stan, w którym w czasie trwania ciąży, w drugiej jej połowie (po 20. tygodniu), następuje częściowe lub całkowite oddzielenie od ściany macicy prawidłowo usadowionego łożyska. Przedwczesne odklejenie łożyska oraz łożysko przodujące stanowią dwie najczęstsze przyczyny krwawień z dróg rodnych w drugiej połowie ciąży.

Objawami klinicznymi przedwcześnie odklejającego się łożyska są: krwawienie lub krwotok z dróg rodnych, wzmożone napięcie macicy, bolesność pojawiająca się zazwyczaj w miejscu odklejania, jak również bolesność uciskowa macicy. W większości przypadków występuje krwawienie z pochwy, zazwyczaj krwią ciemnoczerwoną, zmniejszające się w trakcie skurczu. Krwawienie w pierwszym etapie następuje do jamy macicy, a dopiero następnie obserwowane jest krwawienie z pochwy. Dlatego też ciężkość przebiegu nie musi być skorelowana z obfitością krwawienia zewnętrznego. W części przypadków krwawienie z pochwy nie jest obecne.

Do wystąpienia przedwczesnego odklejania łożyska predysponują: gwałtowne zmniejszenie ciśnienia w jamie macicy (poród pierwszego bliźniaka, odejście płynu), nadciśnienie tętnicze, krótka pępowina, nieprawidłowości w budowie macicy, palenie tytoniu, urazy komunikacyjne, wielorództwo, używanie kokainy.

W diagnostyce przedwczesnego odklejania się łożyska zastosowanie ma ultrasonografia, pozwalająca

na uwidocznienia krwiaka pozałożyskowego. Jednak nie we wszystkich przypadkach, szczególnie tych o łagodnym przebiegu, udaje się w badaniu USG go uwidocznnić. Wtedy o rozpoznaniu i decyzjach co do dalszego postępowania decyduje obraz kliniczny. W końcu schorzenie to może mieć tak gwałtowny przebieg, że niemożliwe jest wykonanie badania USG, a zagrażająca zamartwica płodu oraz pogarszający się stan rodzącej wymagają podjęcia decyzji o ukończeniu ciąży poprzez cięcie cesarskie w trybie pilnym.

Prawidłowa odpowiedź: C



5. Jaki tryb wentylacji mechanicznej jest używany najczęściej podczas wentylowania dorosłego pacjenta w trakcie znieczulenia ogólnego?

- A. SIMV – synchronizowana przerywana wentylacja wymuszana.
- B. CPAP – ciągle dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych.
- C. CV – wentylacja kontrolowana.
- D. IMV – przerywana wentylacja wymuszana.
- E. Żadne z powyższych.

Podczas operacji, do wentylowania dorosłych używana jest wentylacja kontrolowana CV. Polega ona na tym, że respirator w stałych odstępach czasu wdmuchuje w płuca pacjenta mieszankę oddechową, a czas pomiędzy jej podawaniem wykorzystywany jest na bierny wydech. Typowy stosunek czasów wdechu do wydechu wynosi 1:2. Najczęściej jest to wentylacja sterowana objętością. Oznacza to, że respirator podaje mieszankę tak długo, aż wtłoczy do płuca pacjenta zaprogramowaną przez anestezjologa objętość. W praktyce początkowo ustawia się następujące parametry: częstość oddechów 10–12/min, objętość oddechowa 10 ml/kg m.c. Przy stosowaniu trybów IMV (Intermittent Mandatory Ventilation – przerywana wentylacja wymuszana) i SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation – synchronizowana przerywana wentylacja wymuszana) zakłada się możliwość własnej czynności oddechowej, która podczas znieczulenia ogólnego zostaje wyeliminowana przez zwiotczenie pacjenta. CPAP (Continuous Positive Airway Pressure – ciągle dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych) to nieinwazyjna metoda wspomaganie oddechu, a nie metoda sztucznej wentylacji.

Prawidłowa odpowiedź: C