

- 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, 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 **3 godziny**. 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
GASTROENTEROLOGII
WIOSNA 2021

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. Prawidłowe zalecenia dotyczące przygotowania do rutynowej kolonoskopii obejmują:

- A. wykonanie lewatywy.
- B. wypicie 4 litrów wody w czasie dwóch godzin.
- C. przyjęcie połowy porcji odpowiedniego preparatu przeczyszczającego wieczorem i drugiej rano.
- D. przyjęcie preparatu przeczyszczającego w postaci laktulozy.
- E. stosowanie diety bezresztkowej przez 3 dni przed badaniem.

Nr 2. Która ze skal/klasyfikacji odnosi się do ryzyka krwawienia?

- A. Child-Pugh.
- B. Glasgow.
- C. Glasgow-Blatchford.
- D. APACHE II.
- E. Zubroda.

Nr 3. Wskaż **falszywe** stwierdzenia dotyczące przewlekłego zapalenia trzustki (PZT):

- 1) klasyfikacja etiologiczna PZT nazywa się TIGER;
- 2) w klasyfikacji etiologicznej litera G – oznacza czynniki genetyczne;
- 3) w ciężkiej niewydolności zewnątrzwydzielniczej stwierdza się poniżej 100 µg elastazy w 1 g kału;
- 4) suplementacja enzymami trzustkowymi jest zalecana jako leczenie bólu w PZT;
- 5) nawroty choroby po leczeniu występują głównie w typie II autoimmunologicznego zapalenia trzustki;
- 6) skuteczność zabiegów chirurgicznych jest większa niż zabiegów endoskopowych w leczeniu chorych z zaawansowaną postacią PZT.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 4. Wskaż prawdziwe stwierdzenia w oparciu o aktualne zalecenia:

- 1) *gastritis* związane z Hp powinno być wykluczone przed ustaleniem rozpoznania dyspepsji czynnościowej;
- 2) potrójna terapia z klarytromycyną i IPP powinna być zaniechana w regionach, w których oporność na klarytromycynę jest większa niż 25%;
- 3) poczwórna terapia z bizmutem aktualnie należy do terapii pierwszoplanowych;
- 4) terapia poczwórna bez bizmutu może trwać 7 dni;
- 5) po niepowodzeniu dwóch terapii anty-Hp, wskazane jest wykonanie hodowli bakteryjnej z oznaczeniem lekooporności.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 5. W klasyfikacji montrealskiej choroby Leśniowskiego-Crohna pacjent, który ma 45 lat, zajęłą okrężnicę z widocznym zwężeniem w zstępnicy, bez zmian okołodobytowych powinien być opisany jako:

A. A2B1L3. **B.** A2B2L2. **C.** A3L3B2. **D.** A3L2B2. **E.** A1L2B3.

Nr 6. Wskaż **falszywe** stwierdzenia dotyczące opornej na leczenie choroby refluksowej:

- 1) objawy choroby refluksowej utrzymują się mimo leczenia standardową dawką IPP powyżej 12 tygodni;
- 2) objawy choroby refluksowej utrzymują się mimo leczenia podwójną dawką IPP przez 4 tygodnie;
- 3) postać tej choroby występuje rzadko (poniżej 5% przypadków GERD);
- 4) w tej postaci choroby najczęściej występuje refluks kwaśny;
- 5) chorzy z tą chorobą są idealnymi kandydatami do leczenia operacyjnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 7. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zespołu dolegliwości poposiłkowych (PDS):

- A.** nie występował w kryteriach rzymskich III.
- B.** jest to podtyp zespołu bólowego w nadbrzuszu (EPS).
- C.** w kryteriach rzymskich IV (aktualnych) musi występować co najmniej 1 raz w tygodniu aby móc postawić to rozpoznanie.
- D.** w kryteriach rzymskich IV (aktualnych) musi występować co najmniej 3 dni w tygodniu aby móc postawić to rozpoznanie.
- E.** podstawą leczenia są leki antysekrecyjne.

Nr 8. Wskaż **falszywe** stwierdzenia dotyczące zespołu jelita nadwrażliwego (wg aktualnych kryteriów rzymskich IV):

- 1) nawracający dyskomfort brzucha występujący co najmniej 1 raz w tygodniu;
- 2) dolegliwości powinny: mieć związek z defekacją, współistnieć ze zmianą częstości wypróżnień, mieć związek ze zmianą wyglądu stolca (wszystkie 3 elementy łącznie konieczne do rozpoznania);
- 3) objawy powinny występować w ostatnich 3 miesiącach;
- 4) początek objawów powinien wystąpić co najmniej 6 miesięcy przed rozpoznaniem;
- 5) występują dwie postacie kliniczne choroby: IBS-C i IBS-D.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 9. Zwiększone ryzyko raka trzustki **nie występuje** w zespole:

- A.** FAMMM.
- B.** Li i Fraumeniego typ I.
- C.** Lynch.
- D.** Peuts-Jeghersa.
- E.** Ehlersa-Danlosa.

Nr 10. Torbiel trzustki o średnicy 25 mm u 50-letniej kobiety. W EUS nie ma łączności z przewodem trzustkowym, w płynie jest duża lepkość, podwyższone stężenie CEA, a stężenie amylazy niskie. Wskaż najbardziej prawdopodobne rozpoznanie:

- A. IPMN – wewnątrzprzewodowy brodawkowaty nowotwór śluzowy.
- B. MCN – śluzowy nowotwór torbielowaty.
- C. SCN – surowiczy nowotwór torbielowaty.
- D. pseudotorbiel pozapalna.
- E. rak trzustki torbielowaty.

Nr 11. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące mikroskopowego zapalenia jelita grubego:

- A. częstość wypróżnień jest zwykle prawidłowa.
- B. w kolagenowym zapaleniu warstwa kolagenu ma grubość powyżej 20 μm .
- C. w limfocytowym zapaleniu liczba limfocytów/100 komórek nabłonkowych wynosi 20 lub więcej.
- D. podstawowym lekiem jest mesalazyna.
- E. podstawowym lekiem jest budesonid w dawce 18 mg/dobę.

Nr 12. Która z poniższych procedur nie znajduje uzasadnienia w rutynowej profilaktyce ostrego zapalenia trzustki po ECPW?

- A. adekwatne nawodnienie w okresie okołozabiegowym.
- B. doodbytnicze podanie diklofenaku w dawce 100 mg bezpośrednio przed lub po zabiegu.
- C. dożylny wlew inhibitorów proteaz w trakcie i po zabiegu.
- D. cewnikowanie dróg żółciowych z zastosowaniem prowadnicy.
- E. profilaktyczne protezowanie dróg trzustkowych protezą plastikową 5F.

Nr 13. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące paliatywnego protezowania dróg żółciowych u chorych z tzw. guzem Klatskina zajmującym spływ przewodów wątrobowych:

- A. dla osiągnięcia optymalnych wyników protezowania konieczny jest drenaż >50%, tj. przynajmniej 2 z 3 sektorów miąższu wątroby.
- B. czas drożności protez samorozprężalnych jest dłuższy niż protez plastikowych.
- C. jedynym typem protez samorozprężalnych, jakie mogą być zastosowane w przypadku nacieku na spływ przewodów wątrobowych, są protezy częściowo pokrywane.
- D. wprowadzenie protez samorozprężalnych jest dopuszczalne jedynie po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu w badaniu histopatologicznym i dyskwalifikacji chorego od leczenia operacyjnego.
- E. protezowanie dwoma protezami samorozprężalnymi w układzie Y i dwoma protezami samorozprężalnymi wprowadzonymi równolegle daje podobne wyniki kliniczne.

Nr 14. Wg wytycznych PTG-E i PTCH średni czas zastosowania fluoroskopii podczas ECPW dla danego endoskopisty na jedno badanie nie powinien przekraczać:

- A. 2 minut. B. 5 minut. C. 7 minut. D. 10 minut. E. 15 minut.

Nr 15. Wskazaniem do wykonania ECPW jest:

- A. napadowy ból w prawym podżebrzu.
B. kamica pęcherzyka żółciowego bez cech cholestazy przed planowaną cholecystektomią.
C. kliniczne podejrzenie kamicy dróg żółciowych dużego stopnia, bez jej potwierdzenia w badaniach obrazowych.
D. PSC.
E. żółtaczka o nieznannej etiologii.

Nr 16. Wskaźnikiem jakości ECPW jest odsetek selektywnego cewnikowania. Jaki odsetek selektywnego cewnikowania powinien osiągnąć endoskopista przed dopuszczeniem do samodzielnego wykonywania ECPW?

- A. 50%. B. 60%. C. 70%. D. 80%. E. 90%.

Nr 17. W profilaktyce OZT przy ECPW oprócz czopka doodbytniczego z indometacyny lub diklofenaku powinno się także:

- A. podać nitroglicerynę podjęzykowo przed zabiegiem.
B. podać somatostatynę podskórną przed zabiegiem.
C. podać inhibitory proteaz w okresie okołozabiegowym.
D. dodać gentamycynę do ośrodka kontrastowego.
E. zapewnić adekwatne nawodnienie, najlepiej roztworem Ringera wzbogaconym w mleczan.

Nr 18. Wskazaniem do endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego jest:

- A. ocena wygojenia niepowikłanego wrzodu dwunastnicy.
B. krótkotrwała (ok. 2 tygodnie), ustępująca samoistnie dyspepsja u osoby w wieku 40 lat.
C. ocena skuteczności rozszerzania wpustu balonem w achalazji.
D. trądzik różowaty z zakażeniem *Helicobacter pylori*.
E. przebyte leczenie raka gardła.

Nr 19. 20-letni pacjent z rozpoznaniem przed 2 laty wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego o rozległym zasięgu, od roku leczony 6-merkaptopuryną z powodu steroidozależności, jest hospitalizowany z powodu ciężkiego rzutu choroby. Infekcje towarzyszące zostały wykluczone. Po 5 dobach dożylnego podawania hydrokortyzonu w dawce 4x 100 mg na dobę liczba wypróżnień wynosi 10 na dobę, a stężenie CRP 10,2 g/dl. Nie ma cech *Megacolon toxicum*; stężenie hemoglobiny jest równe 10,2 g/dl. Który lek należy podać?

- A. tofacytinib doustnie. D. adalimumab podskórną.
B. cyklosporyna dożylną. E. wedolizumab dożylną.
C. infliksimab dożylną.

Nr 20. 23-letni mężczyzna z chorobą Leśniowskiego-Crohna po resekcji kilkunastu centymetrów jelita krętego wraz z kątnicą przed 12 miesiącami, do tej pory nieleczonej farmakologicznie, ma potwierdzony endoskopowo nawrót choroby w okolicy zespolenia. CDAI (wskaźnik aktywności choroby Crohna) wynosi 210 punktów. W leczeniu należy zastosować:

- A. infliksimab w połączeniu z tiopuryną.
- B. wedolizumab.
- C. budezonid.
- D. budezonid w połączeniu z tiopuryną.
- E. prednizon.

Nr 21. 30-letnia pacjentka z nikotynizmem w wywiadach przebyła właśnie resekcję końcowego odcinka jelita krętego i kątnicy oraz odcinkową resekcję esicy z powodu guza i przetoki jelitowo-jelitowej. Badanie histopatologiczne materiału resekcyjnego wskazuje na chorobę Leśniowskiego-Crohna. Wskaż, które zalecenie dotyczące dalszego postępowania u tej pacjentki jest **niewłaściwe**:

- A. zaprzestanie palenia papierosów.
- B. rozpoczęcie leczenia mesalazyną.
- C. rozpoczęcie leczenia tiopuryną.
- D. kolonoskopia w ciągu 6-12 miesięcy po operacji.
- E. intensyfikacja leczenia w przypadku endoskopowych cech zapalenia jelita.

Nr 22. W mikroskopowym zapaleniu jelita grubego może występować:

- A. normalny lub prawie normalny endoskopowy obraz jelita.
- B. bezpostaciowa, kwasochłonna błona pod nabłonkiem pokrywnym.
- C. zwiększenie liczby komórek zapalnych w blaszce właściwej.
- D. degeneracja lub odwarstwienie nabłonka.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 23. 20-letni pacjent z chorobą Leśniowskiego-Crohna jelita grubego (postać zapalna) i steroidozależnym przebiegiem choroby oraz nietolerancją tiopuryn w wywiadach (zapalenie trzustki) nie był dotąd leczony innymi lekami. Planując dalsze postępowanie, którego leku **nie stosuje** się na tym etapie choroby?

- A. infliksimab.
- B. wedolizumab.
- C. tofacytynib.
- D. metotreksat.
- E. ustekinumab.

Nr 24. Do oceny aktywności wrzodziejącego zapalenia jelita grubego służą badania laboratoryjne, endoskopowe, histopatologiczne i radiologiczne. Które z wymienionych działań **nie ma** zastosowania w tym kontekście?

- A. klasyfikacja montrealaska wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
- B. ocena stężenia kalprotektyny w kale.
- C. ocena stężenia CRP we krwi.
- D. ocena w endoskopowej skali Mayo.
- E. ocena w histologicznej skali wg Geboesa.

Nr 25. Wskaż, która z cech opisujących zmiany endoskopowe w przewodzie pokarmowym nie jest typowa dla choroby Leśniowskiego-Crohna

- A. zmiany nieciągłe.
- B. obecność zwężeń lub przetok.
- C. wyraźna granica między zmienioną i niezmienioną śluzówką.
- D. zajęcie okolicy odbytu.
- E. wszystkie wymienione cechy są typowe dla choroby Leśniowskiego-Crohna.

Nr 26. Pojedyncze lub mnogie owrzodzenia odbytnicy mogą wystąpić w przebiegu:

- A. zespołu wrzodu samotnego.
- B. zakażenia wirusem cytomegalii.
- C. popromiennego zapalenia odbytnicy.
- D. raka jelita grubego.
- E. wszystkich wymienionych.

Nr 27. Która z opisanych sytuacji klinicznych dotyczących wrzodziejącego zapalenia jelita grubego nie stanowi wskazania do rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego?

- A. zajęcie całego jelita grubego i współistniejące pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych.
- B. nietolerancja pochodnych kwasu 5-aminosalicylowego.
- C. nawrót objawów po 10 tygodniach od zakończenia systemowej steroidoterapii z powodu pierwszego rzutu choroby.
- D. trzeci w ciągu roku nawrót choroby wymagający systemowej steroidoterapii.
- E. skuteczne leczenie ciężkiego rzutu choroby z zastosowaniem cyklosporyny.

Nr 28. Wskaż badania obrazowe niezbędne do oceny zasięgu choroby Leśniowskiego-Crohna wg klasyfikacji montrealskiej:

- 1) duodenogastroduodenoskopia;
- 2) enterografia metodą rezonansu magnetycznego/tomografii komputerowej;
- 3) ileokolonoskopia;
- 4) endoskopia kapsułkowa;
- 5) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 29. Wskaż elementy, które uwzględnia się przy uproszczonej ocenie endoskopowej aktywności choroby Crohna (SES-CD)?

- 1) obecność i wielkość owrzodzeń;
- 2) powierzchnia zajęta przez owrzodzenia;
- 3) obecność przetok;
- 4) powierzchnia zajęta przez zmiany zapalne;
- 5) obecność zwężeń.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 30. Wskaż rozpoznanie postawione na podstawie następującego obrazu histologicznego: przerost warstwy mięśniowej błony śluzowej, przebudowa włóknista właściwej błony śluzowej ze wzrostem ilości kolagenu oraz zaburzenia architektoniki krypt:

- A. choroba Leśniowskiego-Crohna.
- B. zespół wrzodu samotnego.
- C. kolagenowe zapalenie jelita grubego.
- D. zapalenie jelita grubego w chorobie uchyłkowej.
- E. zapalenie przewodu pokarmowego w chorobie przeszczep przeciw gospodarzowi.

Nr 31. Młoda kobieta z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) o zasięgu lewostronnym jest leczona przewlekłe mesalazyną 2 g dziennie *per os*. W 15. tygodniu ciąży zaostrzenie choroby: naglące parcie, 4-5 krwistych wypróżnień na dobę, większość rano. Nie ma bólów brzucha i gorączki. Badanie kału na toksynę *Cl. difficile* jest ujemne. Morfologia, żelazo i CRP w normie. Zaproponuj leczenie pierwszego wyboru:

- A. zamiana mesalazyny w tabletkach na inny preparat zawierający kwas 5-aminosalicylowy.
- B. zwiększenie dawki mesalazyny doustnie.
- C. uzupełnienie dotychczasowego leczenia o mesalazynę we wlewkach.
- D. budezonid MMX 9 mg dziennie przez 2 miesiące.
- E. encorton początkowo 0,75 mg na kilogram wagi ciała i stopniowa redukcja dawki.

Nr 32. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi europejskimi (ESGE, 2016) nie ma potrzeby przerywania leczenia kwasem acetylosalicylowym przed procedurami endoskopowymi, z wyjątkiem:

- 1) sklerotyzacji żylaków przełyku;
- 2) dyssekcji endoskopowej (ESD);
- 3) mukozektomii (EMR) zmian > 20 mm w jelicie grubym;
- 4) usuwania zmian > 10 mm w jelicie grubym;
- 5) opaskowania żylaków przełyku.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 33. Działanie metoklopramidu (jednego z leków pro kinetycznych) związane jest z jego wpływem na konkretne receptory. Jest on:

- 1) antagonistą receptora dopaminowego D2;
- 2) agonistą receptora dopaminowego D2;
- 3) antagonistą receptora dopaminowego D1;
- 4) agonistą receptora serotoninowego 5-HT4;
- 5) agonistą receptora serotoninowego 5-HT3.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 34. Klasyfikacja DICA jest:

- A. oparta na wynikach oceny histopatologicznej (biopsji) i ocenia rokowanie u pacjentów z polekowym uszkodzeniem wątroby.
- B. oparta na endoskopii i ocenia ryzyko wystąpienia powikłań u pacjentów z chorobą uchyłkową okrężnicy.
- C. oparta na danych klinicznych i ocenia ciężkość czynnościowego zaparcia.
- D. oparta na danych klinicznych i ocenia ciężkość czynnościowej biegunki.
- E. żadne z wymienionych.

Nr 35. Skala Eckardta służy do:

- A. oceny endoskopowej eozynofilowego zapalenia przełyku.
- B. oceny ciężkości objawów achalazji wpustu.
- C. oceny ciężkości zapalenia uchyłków w obrazowaniu metodą tomografii komputerowej.
- D. opartej na endoskopii oceny ryzyka wystąpienia powikłań u pacjentów z chorobą uchyłkową okrężnicy.
- E. oceny ryzyka wystąpienia zmian dysplastycznych w przełyku Barretta.

Nr 36. Do podstawowych metod diagnostycznych stosowanych do oceny opróżniania żołądka u pacjentów z podejrzeniem gastroparezy należą:

- A. gastroscopia, scyntygrafia z posiłkiem znaczącym technetem, test oddechowy z posiłkiem znaczącym węglem ^{13}C .
- B. kapsułka bezprzewodowa z oceną pH, test oddechowy z posiłkiem znaczącym izotopem strontu, tomografia komputerowa z kontrastem doustnym.
- C. scyntygrafia z posiłkiem znaczącym technetem, tomografia komputerowa z kontrastem doustnym i dożylnym, test oddechowy z posiłkiem znaczącym węglem ^{13}C .
- D. scyntygrafia z posiłkiem znaczącym technetem, kapsułka bezprzewodowa z oceną pH, test oddechowy z posiłkiem znaczącym węglem ^{13}C .
- E. tomografia komputerowa z kontrastem doustnym i dożylnym, kapsułka bezprzewodowa z oceną pH, gastroscopia.

Nr 37. Skala Oakland oceniająca ryzyko interwencji i wskazania do hospitalizacji u pacjentów z krwawieniem z dolnego odcinka przewodu pokarmowego uwzględnia m.in.:

- 1) płeć pacjenta;
- 2) saturację tlenem krwi tętniczej/włośniczkowej;
- 3) wynik badania *per rectum*;
- 4) przyjmowanie leków upośledzających krzepnięcie krwi;
- 5) wcześniejsze hospitalizacje z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 38. Zespół jelita nadwrażliwego (ZJN), zgodnie z Kryteriami Rzymskimi IV rozpoznaje się, gdy objawy, jakimi jest ból brzucha i zaburzenia rytmu wypróżnień występują:

- A. nagle i przebiegają z wysoką temperaturą.
- B. pojawiły się w ciągu ostatnich 3 miesięcy i towarzyszy im utrata wagi oraz anemia.
- C. z największym nasileniem pojawiają się w godzinach nocnych budząc pacjenta ze snu.
- D. zawsze są skutkiem przebytej kuracji antybiotykowej.
- E. występują przynajmniej raz w tygodniu przez ostatnie 3 miesiące, z początkiem objawów przynajmniej pół roku wcześniej.

Nr 39. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące zespołu jelita nadwrażliwego (ZJN):

- A. ZJN jest chorobą rzadką i występuje z częstością podobną do choroby Whipple'a.
- B. ZJN dotyczy około dwukrotnie częściej kobiet aniżeli mężczyzn.
- C. w przebiegu ZJN mogą występować objawy spoza przewodu pokarmowego takie jak zespół przewlekłego zmęczenia, bóle głowy i pleców, częstomocz.
- D. część przypadków zespołu jelita nadwrażliwego rozwija się po przebyciu ostrej infekcji przewodu pokarmowego.
- E. zespół jelita nadwrażliwego obniża jakość życia, ale nie usposabia do chorób organicznych.

Nr 40. W patogenezie objawów dyspepsji czynnościowej uczestniczą wymienione czynniki, **z wyjątkiem**:

- A. zaburzenia akomodacji żołądka.
- B. zmniejszonego wydzielania enzymów trawiennych w soku trzustkowym.
- C. nadwrażliwości żołądka i dwunastnicy na rozciąganie, kwas i tłuszcze.
- D. eozynofilii dwunastniczej.
- E. czynników psychospołecznych.

Nr 41. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące diagnostyki zespołu jelita nadwrażliwego (ZJN):

- A. we wszystkich przypadkach podejrzenia ZJN konieczne jest na wstępie wykonanie kolonoskopii.
- B. w diagnostyce różnicowej pomocne mogą być testy oddechowe i badanie przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej.
- C. tomografia komputerowa jamy brzusznej przesądza o rozpoznaniu ZJN.
- D. konieczne jest poszukiwanie zakażenia *Helicobacter pylori* w żołądku.
- E. istotne znaczenie diagnostyczne ma badanie radiologiczne jelita grubego z podwójnym kontrastem.

Nr 42. Która z wymienionych diet może mieć znaczenie w leczeniu objawów zespołu jelita nadwrażliwego (ZJN)?

- A. dieta z ograniczeniem fermentujących oligo-, dwu- i monosacharydów oraz alkoholi cukrowych, czyli polioli.
- B. dieta z ograniczeniem cukrów prostych.
- C. dieta z ograniczeniem soli kuchennej.
- D. dieta elementarna.
- E. dieta „ścista”.

Nr 43. W leczeniu dyspepsji czynnościowej zastosowanie znajdują następujące grupy leków, z wyjątkiem:

- A. inhibitorów pompy protonowej i H₂-blokerów.
- B. trójcyklicznych leków antydepresyjnych.
- C. leków pochodzenia roślinnego (np. STW5, siemię lniane).
- D. niesteroidowych leków przeciwzapalnych i kortykosteroidów.
- E. leków prokinetycznych i ułatwiających akomodację dna żołądka.

Nr 44. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia zespołu jelita nadwrażliwego (ZJN):

- A. rifaksymina znajduje zastosowanie w terapii ZJN w postaci przebiegającej z biegunką i mieszaną.
- B. mesalazyna w ZJN stanowi podstawową metodę leczenia.
- C. w leczeniu dolegliwości bólowych we wszystkich postaciach ZJN należy podawać leki spazmolityczne.
- D. bardzo ważne w uzupełnieniu farmakoterapii jest postępowanie psychoterapeutyczne.
- E. do skutecznych interwencji terapeutycznych wg EBM należy stosowanie hipnoterapii.

Nr 45. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące dyspepsji czynnościowej:

- A. w przeciwieństwie do zespołu jelita nadwrażliwego (ZJN), w patogenezie dyspepsji czynnościowej ostre zakażenie żołądkowo-jelitowe nie może być czynnikiem wywołującym wystąpienie choroby.
- B. klinicznie dyspepsja czynnościowa występuje pod postacią zespołu bólu w nadbrzuszu (EPS) oraz zespołu zaburzeń poposiłkowych (PDS).
- C. dyspepsja czynnościowa stanowi większość wszystkich przypadków dyspepsji.
- D. wśród czynników psychospołecznych należących do przyczyn dyspepsji czynnościowej istotne jest znaczenie lęku i depresji.
- E. z dyspepsją mogą współistnieć inne objawy z górnego odcinka przewodu pokarmowego (uciążliwe odbijanie, nudności, wymioty).

Nr 46. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące echoendoskopii (EUS):

- A. jest cenną metodą w diagnostyce przewodowej kamicy żółciowej.
- B. jest cenną metodą we wczesnej diagnostyce przewlekłego zapalenia trzustki.
- C. ablacja alkoholem pod kontrolą EUS to bardzo skuteczna i bezpieczna metoda terapii *insulinoma* trzustki, u pacjentów z wysokim ryzykiem leczenia operacyjnego.
- D. może być stosowana w połączeniu z laserową mikroskopią konfokalną, głównie w diagnostyce różnicowej zmian litych w trzustce.
- E. może być stosowana w połączeniu z laserową mikroskopią konfokalną, głównie w diagnostyce różnicowej zmian torbielowatych w trzustce.

Nr 47. Do leków alternatywnie stosowanych u chorych ze steroidoopornym autoimmunizacyjnym zapaleniem wątroby nie należy:

- A. sirolimus.
- B. cyklosporyna.
- C. metotreksat.
- D. mykofenolan mofetylu.
- E. takrolimus.

Nr 48. Wskaż prawdziwe stwierdzenie odnośnie gradientu albuminowego (ang. SAAG; *serum ascitic fluid albumin gradient*), tj. różnicy stężeń albumin w surowicy i płynie puchlinowym:

- A. nie pozwala na rozpoznanie marskości wątroby.
- B. SAAG $>1,5$ g/dl jest charakterystyczny dla autoimmunizacyjnych uszkodzeń wątroby.
- C. SAAG $<1,1$ g/dl wskazuje na nadciśnienie wrotne.
- D. SAAG $>1,1$ g/dl wskazuje na brak nadciśnienia wrotnego.
- E. SAAG $<0,9$ g/dl wyklucza etiologię nowotworową wodobrzusza.

Nr 49. Na konsultację specjalistyczną zgłasza się 42-letnia ciężarna. Jest w 22. tygodniu pierwszej ciąży. Pacjentka ma od tygodnia bóle głowy, nudności i wymioty. W wywiadach i obecnie jest nadciśnienie tętnicze. Nie ma utraty masy ciała. Badania laboratoryjne: AST - 60 U/l, ALT - 70 U/l, bilirubina - 2,8 mg/dl, ALP - 1,5 x górnej granicy normy (GGN), GGTP- w normie, Hemoglobina – 11 g/dl, WBC - 7 000/ μ l; płytki, INR, LDH oraz stężenie kwasów żółciowych w surowicy – w normie. Białkomocz 400 mg/24 godz. Na podstawie przedstawionych danych najbardziej prawdopodobne rozpoznanie to:

- A. niepowściągliwe wymioty ciężarnych.
- B. stan przedrzucawkowy/rzucawka.
- C. wewnątrzwątrobowa cholestaza ciężarnych.
- D. ostre stłuszczenie wątroby ciężarnych.
- E. zespół HELLP.

Nr 50. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące epidemiologii zespołu jelita nadwrażliwego (IBS; *irritable bowel syndrome*):

- A. częstość występowania IBS na świecie wynosi 20-23% populacji ogólnej i różni się znacznie na poszczególnych kontynentach.
- B. pierwsze objawy IBS u połowy pacjentów pojawiają się przed 35. rokiem życia.
- C. IBS stwierdza się dwukrotnie rzadziej u mężczyzn niż u kobiet.
- D. częstość występowania IBS po zapaleniu żołądkowo-jelitowym jest 7 razy większa niż bez epizodu infekcyjnego.
- E. udokumentowany jest udział czynników genetycznych w tej chorobie.

Nr 51. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące chorób wątroby w dobie pandemii COVID-19:

- A. chorzy z niewyrównaną marskością wątroby nie należą do grupy ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19.
- B. u chorych na przewlekłe zapalenie wątroby typu C i zakażonych SARS-CoV-2 zaleca się przerwanie dotychczas stosowanego leczenia przeciwwirusowego.
- C. u chorych na przewlekłe zapalenie wątroby typu B i zakażonych SARS-CoV-2 zaleca się przerwanie dotychczas stosowanego leczenia przeciwwirusowego.
- D. u chorych na autoimmunizacyjne zapalenie wątroby zaleca się kontynuowanie dotychczasowego leczenia immunosupresyjnego.
- E. brak wyniku badania RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 u biorcy jest przeciwwskazaniem do wykonania przeszczepienia wątroby.

Nr 52. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące tzw. zespołu pouпустowego, który może wystąpić po paracentezie terapeutycznej masywnego wodobrzusza:

- A. występuje 1-2 godziny, a najpóźniej 6 godzin po zabiegu.
- B. po upustach niewielkich objętości (<5 litrów) pojawia się równie często jak po masywnej paracentezie.
- C. charakteryzuje się nasileniem obwodowej wazokonstrykcji z następowym spadkiem ciśnienia wrotnego.
- D. skutkiem zaburzeń hemodynamicznych jest wzrost kreatyninemii.
- E. przy upustach dużej ilości płynu (>5 litrów) jako prewencję zespołu należy podać roztwór albuminy w ilości 80 gramów na każdy litr upuszczonego płynu.

Nr 53. Wskaż nieprawdziwe zalecenie dotyczące biopsji wątroby u chorych z niealkoholowym stłuszczeniowym uszkodzeniem wątroby (NAFLD):

- A. należy rozważyć w przypadku dużego prawdopodobieństwa obecności niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby (NASH).
- B. należy wykonać w przypadku włóknienia wątroby (F1 – F4) stwierdzonego badaniami nieinwazyjnymi.
- C. należy wykonać w przypadku podejrzenia hemochromatozy współistniejącej z NAFLD.
- D. należy wykonać w celu oceny udziału NAFLD w patologii wątrobowej w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu B.
- E. należy wykonać w celu oceny udziału NAFLD w patologii wątrobowej w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Nr 54. 46-letni mężczyzna leczony z powodów kardiologicznych amiodaronem ma od 4 dni zażółcenie białówek (bilirubina w surowicy 2,6 mg%), osłabienie i poboiewania w prawym nadbrzuszu oraz stan podgorączkowy. Powiększona nieco wątroba ma w badaniu USG cechy stłuszczenia. Jest nieco powiększona śledziona. Aktualna aktywność GGTP w surowicy – 75 U/l. Aktywności AST i ALT są podwyższone. Pacjent podaje, że od miesiąca nie spożywa alkoholu, a wcześniej - „tylko okolicznościowo”. Wybierz zestaw badań dodatkowych, który będzie wskazywać na alkoholową etiologię przewlekłego uszkodzenia wątroby u tego pacjenta i jednocześnie będzie wskaźnikiem alkoholowej przyczyny obecnego pogorszenia stanu zdrowia:

- 1) AST i ALT;
- 2) GGTP;
- 3) wielkość krwinki czerwonej;
- 4) stężenie IgG w surowicy;
- 5) test na obecność glukuronianu etylowego w moczu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 55. Które z poniższych zaburzeń nie dotyczy przełyku według IV Kryteriów Rzymskich?

- A. czynnościowy ból w klatce piersiowej.
B. zgaga czynnościowa.
C. nadwrażliwość na refluks.
D. zaburzenia odbijania.
E. gałka.

Nr 56. Który z poniższych leków nie ma zastosowania w leczeniu czynnościowego bólu w klatce piersiowej?

- A. amitryptylina. D. pregabalina.
B. sertralina. E. gabapentyna.
C. eluksadolina.

Nr 57. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące nadwrażliwości na refluks:

- 1) w diagnostyce różnicowej w pierwszej kolejności należy uwzględnić GERD;
- 2) prawidłowy obraz endoskopowy w gastrokopii jest wskazaniem do wykonania pH-metrii lub impedancji przełyku;
- 3) wykazanie prawidłowej ekspozycji przełyku na kwas wyklucza to rozpoznanie;
- 4) brak korelacji objawów z refluksem fizjologicznym potwierdza to rozpoznanie;
- 5) możliwe jest współistnienie GERD z nadwrażliwością na refluks.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 58. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące zespołu cyklicznych wymiotów:

- A. epizody wymiotów wstępują co najmniej 2 dni w tygodniu przez ostatnie 3 miesiące.
- B. występowanie migrenowych bólów głowy u chorego stanowi kryterium pomocnicze.
- C. występowanie migrenowych bólów głowy w wywiadzie rodzinnym stanowi kryterium pomocnicze.
- D. w leczeniu stosuje się leki przeciwdepresyjne.
- E. do substancji zapobiegających kolejnym epizodom wymiotów należą leki przeciwdrgawkowe i β -adrenolityki.

Nr 59. 23-letni pacjent zgłosił się do lekarza z powodu kolejnego epizodu bólu odbytu. W wywiadzie chory zgłasza napadowy ból odbytu trwający zazwyczaj kilka minut. Objawy nie mają związku z wypróżnieniem, niekiedy występują także w nocy. Między epizodami bólu nie występują żadne dolegliwości. Na podstawie wyników dotychczasowych badań wykluczono organiczną przyczynę dolegliwości. Które z poniższych rozpoznań jest najbardziej prawdopodobne u tego pacjenta?

- A. nieokreślony czynnościowy ból odbytu i odbytnicy.
- B. napadowy ból odbytu.
- C. zespół dźwigaczy odbytu.
- D. zespół dźwigaczy odbytnicy.
- E. dyssynergia dna miednicy.

Nr 60. 22-letni mężczyzna leczony z powodu zaburzeń lękowo-depresyjnych jest konsultowany z powodu nawracającego cofania się treści pokarmowej do jamy ustnej z jego następczym ponownym żuciem i połykaniem. Cofanie pokarmu występuje bez wysiłku i nie jest poprzedzone nudnościami. Jakie rozpoznanie sugerują powyższe objawy?

- A. gałka.
- B. czynnościowa dysfagia.
- C. zaburzenia odbijania.
- D. nadmierne odbijanie nadżołądkowe.
- E. zespół przeżuwania.

Nr 61. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące zespołu bólu brzucha ośrodkowo-zależnego:

- A. ból brzucha jest ciągły lub prawie ciągły.
- B. ból nie jest symulowany.
- C. ulgę przynosi zwykle długi gorący prysznic.
- D. ból ogranicza codzienne funkcjonowanie chorego.
- E. w leczeniu stosuje się leki przeciwdepresyjne.

Nr 62. 52-letnia kobieta zgłosiła się na SOR z powodu kolejnego ataku silnego bólu zlokalizowanego w prawym podżebrzu z promieniowaniem do prawej łopatki. Ból trwa zazwyczaj ponad godzinę, nie wykazuje wyraźnego związku ze zmianą pozycji ciała. W badaniu USG jamy brzusznej oraz gastroskopii nie stwierdzono nieprawidłowości. Na podstawie wyniku endoskopowej ultrasonografii wykluczono kamice żółciową oraz zmiany organiczne w drogach żółciowych. Nie stwierdzono także poszerzenia przewodu żółciowego wspólnego. Wyniki badań stężenia bilirubiny, enzymów wątrobowych oraz trzustkowych są prawidłowe, podobnie jak podczas wcześniejszych epizodów bólu. Które z poniższych rozpoznań jest najbardziej prawdopodobne u tej chorej?

- A. kolka żółciowa.
- B. zapalenie pęcherzyka żółciowego.
- C. zaburzenia czynnościowe zwieracza Oddiego.
- D. zaburzenia czynnościowe pęcherzyka żółciowego.
- E. zaburzenia czynnościowe wątroby.

Nr 63. Które z poniższych leków mogą mieć zastosowanie w leczeniu wzdęcia czynnościowego?

1) ryfaksymina; 2) itopryd; 3) prukalopryd; 4) amitryptylina; 5) α -galaktozydaza.
Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 64. Dla jakiego schorzenia charakterystyczna jest tkliwość podczas pociągania mięśnia łonowo-odbytniczego w badaniu *per rectum*?

- A. napadowy ból odbytu.
- B. nieodpowiednia siła propulsyjna podczas defekacji.
- C. defekacja dyssynergiczna.
- D. zespół dźwigaczy odbytu.
- E. nieokreślony czynnościowy ból odbytu i odbytnicy.

Nr 65. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące diagnostyki serologicznej celiakii:

- A. w przypadku podejrzenia celiakii u dzieci badaniem pierwszego wyboru jest oznaczenie stężenia przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w klasie IgA.
- B. w przypadku podejrzenia celiakii u dorosłych badaniem pierwszego wyboru jest oznaczenie stężenia przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w klasie IgA.
- C. w przypadku oznaczania anty-tTG w klasie IgA, konieczne jest określenie stężenia całkowitego IgA.
- D. u pacjentów z izolowanym niedoborem IgA zaleca się oznaczanie przeciwciał przeciwgliadynowych w klasie IgG.
- E. diagnostyka serologiczna powinna być przeprowadzana u pacjentów na diecie zawierającej gluten.

Nr 66. Najczęstszą onkologiczną przyczyną zgonu w przebiegu celiakii jest:

- A. gruczolakorak jelita cienkiego.
- B. przewlekła białaczka limfocytowa.
- C. rozlany chłoniak z dużych komórek B (DLBCL – ang. *diffuse large B-cell lymphoma*).
- D. chłoniak T-komórkowy związany z enteropatią (EATL – ang. *enteropathy associated T-cell lymphoma*).
- E. gruczolakorak przełyku.

Nr 67. U 15-40% chorych z ostrym wirusowym zapaleniem wątroby C (WZW-C) po 4-6 miesiącach od zakażenia dochodzi do spontanicznej eliminacji wirusa i ustąpienia ostrego zapalenia wątroby. U takiej, już zdrowej, osoby jedynym „śladem” przebytego zakażenia HCV jest:

- A. osłabienie utrzymujące się przez wiele miesięcy.
- B. obecność, nawet do końca życia przeciwciał anty-HCV we krwi.
- C. okresowa, niewielkawyżka ALT w surowicy.
- D. podwyższone stężenie immunoglobuliny A (IgA) w surowicy krwi.
- E. okresowy nawrót niewielkiej wirerii HCV.

Nr 68. Do Poradni Gastroenterologicznej zgłosił się 32-letni pacjent z powodu występowania od około 3 miesięcy luźnych stolców bez domieszek patologicznych. Objawom tym nie towarzyszą inne symptomy. Pacjent przed wizytą wykonał badanie na obecność kalprotektyny w kale, które wykazało podwyższoną wartość tego kopromarkera (130 µg/g kału). Najmniej prawdopodobną przyczyną objawów chorego jest:

- A. gruczolakorak odbytnicy.
- B. celiakia.
- C. zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego.
- D. alergia pokarmowa.
- E. choroba Leśniowskiego-Crohna z izolowaną lokalizacją zmian w dwunastnicy.

Nr 69. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące tofacytynibu:

- A. przeciwwskazaniem do terapii jest stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl.
- B. do typowych działań niepożądanych należy hiperlipidemia.
- C. stosowany jest u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz postacią okrężniczą choroby Leśniowskiego-Crohna.
- D. mechanizm działania polega na hamowaniu kinaz janusowych.
- E. zaliczany jest do tzw. leków małocząsteczkowych i stosowany jest w formie doustnej.

Nr 70. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące wodorowo-metanowego testu oddechowego:

- A. jako substratu używa się glukozy (10 g) lub laktulozy (75 g).
- B. po pobraniu wyjściowej próbki powietrza, kolejne pomiary wykonuje się w odstępach dwugodzinnych.
- C. przeciwwskazaniem do badania jest stosowanie inhibitorów pompy protonowej.
- D. za wynik dodatni w teście metanowym uważa się wzrost stężenia metanu powyżej 20 ppm w 60. minucie testu.
- E. przed wykonaniem badania konieczne jest odstawienie na co najmniej 7 dni leków prokinetycznych i przeczyszczających.

Nr 71. 23-letni chory z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego pozostawał w długotrwałej remisji. Oddawał średnio 2 uformowane stolce na dobę, bez domieszek patologicznych. Od 3 tygodni zauważył pogorszenie przebiegu choroby. Aktualnie zgłasza występowanie pięciu nieuformowanych stolców na dobę, w większości z domieszką świeżej krwi. W wykonanej sigmoidoskopii stwierdzono samoistne krwawienie oraz obecność owrzodzeń. Konsultujący gastroenterolog ocenił aktywność choroby jako średnią. Oceń aktywność choroby, posługując się zmodyfikowaną skalą Mayo (*Total Mayo Score*):

- A. 2 punkty – łagodna postać choroby.
- B. 3 punkty – łagodna postać choroby.
- C. 6 punktów – choroba o umiarkowanej aktywności.
- D. 9 punktów – choroba o dużej aktywności.
- E. 12 punktów – choroba o dużej aktywności.

Nr 72. Zespół Heyde'a charakteryzuje się występowaniem:

- A. krwawienia z przewodu pokarmowego z powodu uchyłka Meckla u chorego z chorobą Leśniowskiego-Crohna.
- B. guza stromalnego przewodu pokarmowego typu GIST u pacjenta z samoistnym włóknieniem płuc.
- C. krwawienia z przewodu pokarmowego z powodu angiodysplazji u chorego ze stenozą aortalną.
- D. krwawienia z przewodu pokarmowego z powodu angiodysplazji u chorego z niedomykalnością mitralną.
- E. krwawienia z przewodu pokarmowego z powodu angiodysplazji u chorego z wadą rozwojową w postaci zdwojenia jelita cienkiego.

Nr 73. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące mikroskopowych zapaleń jelita grubego:

- A. średni wiek w momencie rozpoznania choroby wynosi 20-30 lat.
- B. nigdy nie stwierdza się żadnych makroskopowych nieprawidłowości w kolonoskopii.
- C. cechą histologiczną kolagenowego zapalenia jelita grubego jest pogrubienie warstwy kolagenu u podstawy komórek nabłonka $>100\ \mu\text{m}$.
- D. w leczeniu stosuje się budesonid, a także niekiedy inhibitory TNF-alfa lub tiopuryny.
- E. cechą typową jest znaczne zwiększenie wydalania kalprotektyny w kale ($>1000\ \mu\text{g/g}$ kału).

Nr 74. Według wytycznych European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) z 2017 roku pacjent z wieloletnim wywiadem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, u którego w kolonoskopii stwierdza się polipy zapalne bez innych dodatkowych czynników obciążających jest:

- A. pacjentem dużego ryzyka onkologicznego, kolejną kolonoskopię należy wykonać za rok.
- B. pacjentem dużego ryzyka onkologicznego, kolejną kolonoskopię należy wykonać za 2-3 lata.
- C. pacjentem pośredniego ryzyka onkologicznego, kolejną kolonoskopię należy wykonać za 2-3 lata.
- D. pacjentem pośredniego ryzyka onkologicznego, kolejną kolonoskopię należy wykonać za 5 lat.
- E. pacjentem niskiego ryzyka onkologicznego, kolejną kolonoskopię należy wykonać za 5 lat.

Nr 75. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące pierwotnego zapalenia dróg żółciowych (zwanego dawniej pierwotną marskością żółciową wątroby – PBC):

- A. najczęściej dotyczy młodych mężczyzn cierpiących równocześnie na chorobę zapalną jelita grubego.
- B. badaniem diagnostycznym z wyboru jest ECPW (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna).
- C. biopsja wątroby NIE JEST konieczna do postawienia rozpoznania.
- D. leczeniem pierwszego rzutu są steroidy.
- E. w diagnostyce serologicznej kluczową rolę odgrywają przeciwciała przeciwjądrowe (ANA).

Nr 76. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zespołu wątrobowo-nerkowego:

- A. jest łagodnym powikłaniem marskości wątroby, zwykle ustępującym spontanicznie.
- B. występuje najczęściej u pacjentów bez wodobrzusza lub z minimalnym wodobrzuszem.
- C. leczeniem z wyboru jest forsowanie diurezy tak aby uzyskać przynajmniej 500-800 ml moczu w dobowej zbiórce.
- D. jest często konsekwencją spontanicznego bakteryjnego zapalenia otrzewnej.
- E. stosowanie analogów wazopresyny (np. terlipresyny) jest bezwzględnie przeciwwskazane.

Nr 77. W ostrej (piorunującej) niewydolności wątroby:

- A. w przypadku wzrostu wartości INR powyżej 3,0 należy niezwłocznie podać preparat osocza.
- B. skala Nazera jest przydatna w ustaleniu wskazań do transplantacji wątroby u pacjentów z autoimmunologicznym zapaleniem wątroby.
- C. według Kryteriów King's College wartość INR powyżej 4,0 stanowi sama w sobie wskazanie do pilnej transplantacji wątroby.
- D. narastanie poziomu mleczanów jest złym czynnikiem rokowniczym.
- E. pacjenci mają skłonność do hyperglikemii, dość często konieczne jest podawanie insuliny.

Nr 78. 60-letnia pacjentka została skierowana z objawami przewlekłego zmęczenia i dość mocno nasilonego świądu skóry. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: AST 68 U/l (norma 5-35), ALT 76 U/l (norma 5-35), ALP 356 U/l (norma 30-120); GGTP 316 U/l (norma 5-35); bilirubina 1,6 mg/dl (norma 0,2-1,0). Płytki krwi 302 tys./ μ l (norma 150-450). Najbardziej prawdopodobne rozpoznanie to:

- A. pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych (PSC) z uwagi na świąd skóry i typowy wiek w momencie pojawienia się objawów.
- B. choroba Wilsona z uwagi na podwyższoną ALP oraz typowy wiek w momencie rozpoznania.
- C. pierwotne żółciowe zapalenie wątroby (PBC) z uwagi na wiek, płeć i biochemiczne cechy cholestazy.
- D. hemochromatoza z uwagi na płeć i podwyższone transaminazy.
- E. marskość w przebiegu stłuszczeniowej choroby wątroby z uwagi na cechy cholestazy biochemicznej i ALT wyższy niż AST.

Nr 79. W encefalopatii wątrobowej:

- A. określenie czynnika wyzwalającego nie ma istotnego znaczenia ponieważ nie ma wpływu na standardowe leczenie.
- B. w przypadku pobudzenia psychoruchowego leczeniem z wyboru jest haloperidol.
- C. obrazowym badaniem diagnostycznym z wyboru jest tomografia komputerowa.
- D. testy psychometryczne odgrywają kluczową rolę u pacjentów z zaawansowaną encefalopatią w stadium III i IV skali New Heaven.
- E. L-asparaginian L-ornityny (LOLA) nie odgrywa żadnej roli w leczeniu pacjentów, którzy mają podwyższony poziom amoniaku we krwi.

Nr 80. 32-letni mężczyzna zgłosił się do SORu z objawami bólów brzucha, świądu skóry, żółtaczki i biegunki z liczbą wypróżnień około 8-10 dziennie. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono AST - 80 U/L (norma 5-35), ALT - 118 (norma 5-35); ALP - 1088 U/l (norma 30-120); GGT - 673 U/l (norma 5-35); bilirubina 8,0 mg/dl (norma <1,0) Najbardziej prawdopodobne rozpoznanie to:

- A. choroba Wilsona.
- B. hemochromatoza z uwagi na podwyższone transaminazy, biegunkę, żółtaczkę i wiek pacjenta.
- C. zespół Gilberta manifestujący się żółtaczką po zatruciu pokarmowym, które spowodowało biegunkę.
- D. PSC z uwagi na typowy wiek pacjenta i podejrzenie współwystępującej choroby zapalnej jelita grubego.
- E. reakcja polekowa głównie z uwagi na płeć pacjenta, współwystępowanie biegunki z żółtaczką.

Nr 81. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące choroby Wilsona:

- A. najczęściej obserwuje się zwiększenie stężenia miedzi w surowicy.
- B. chorobę rozpoznaje się najczęściej w 6.-7. dekadzie życia.
- C. postępowaniem z wyboru jest terapia preparatami żelaza, które zwiększają wydalanie miedzi z organizmu.
- D. pierścienie Kaisera-Fleischera występują praktycznie u wszystkich pacjentów.
- E. obniżone stężenie ceruloplazminy we krwi oraz zwiększenie wydalania miedzi z moczem należą do istotnych testów diagnostycznych.

Nr 82. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące transplantacji wątroby:

- A. rak wątrobowokomórkowy (HCC) w marskości o podłożu alkoholowym stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do zabiegu.
- B. limit wieku do zabiegu to w większości ośrodków 65 lat.
- C. alkoholowe uszkodzenie wątroby nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazanie do zabiegu.
- D. roczne okresy przeżycia po zabiegu wynoszą aktualnie około 90%.
- E. wskazaniem do rozważenia zabiegu jest niewydolność wątroby w stopniu C w skali Child-Pugh.

Nr 83. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące chorób wątroby w ciąży:

- A. najczęstszym objawem wewnątrzwątrobowej cholestazy ciężarnych jest świąd skóry.
- B. pierwsze objawy zespołu HELLP pojawiają się najczęściej w III trymestrze ciąży.
- C. wewnątrzwątrobową cholestazę ciężarnych z definicji ustępuje w krótkim okresie po porodzie.
- D. wzrost stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi jest podstawowym kryterium rozpoznania wewnątrzwątrobowej cholestazy ciężarnych.
- E. ostre stłuszczenie wątroby ciężarnych jest łagodnym powikłaniem i najczęściej nie stanowi zagrożenia ani dla matki ani dla płodu.

Nr 84. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych (PSC):

- A. rak dróg żółciowych (*cholangiocarcinoma*) może wystąpić u około 10-12% pacjentów z PSC.
- B. przy współistnieniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG) ryzyko dysplazji/raka jelita grubego jest u tych pacjentów podobne jak u pacjentów z WZJG ale bez PSC.
- C. ryzyko raka jelita grubego u pacjentów z PSC i WZJG nie zwiększa się po przeszczepieniu wątroby.
- D. ryzyko raka trzustki u pacjentów z PSC jest porównywalne do ryzyka tego nowotworu w populacji ogólnej.
- E. palenie papierosów najprawdopodobniej nie zwiększa ryzyka raka dróg żółciowych (*cholangiocarcinoma*) u pacjentów z PSC.

Nr 85. Rozpoznanie przełyku Barretta opiera się na:

- A. wyłącznie obrazie endoskopowym.
- B. stwierdzeniu nabłonka walcowatego w badaniu mikroskopowym wycinków z przełyku, w korelacji z obrazem endoskopowym.
- C. stwierdzeniu metaplazji jelitowej w badaniu mikroskopowym wycinków z przełyku, w korelacji z obrazem endoskopowym.
- D. stwierdzeniu dysplazji małego lub dużego stopnia w badaniu mikroskopowym wycinków z przełyku, w korelacji z obrazem endoskopowym.
- E. wywiadzie choroby refluksowej przełyku.

Nr 86. 67-letni pacjent ma planowaną gastroskopię diagnostyczną z powodu podejrzenia raka żołądka. Z powodu przebytego trzy miesiące wcześniej ostrego zespołu wieńcowego z implantacją stentu powlekanego pacjent przyjmuje przewlekłe podwójną terapię przeciwplatekową: aspirynę w dawce 75 mg oraz kłopidogrel w dawce 150 mg. Konieczność pobrania wycinków w trakcie badania jest wysoce prawdopodobna. W związku z tym, przed gastroskopią należy (przy założeniu optymalnych odstępów zgodnie z ChPL):

- A. przerwać leczenie aspiryną, utrzymać leczenie kłopidogrelem.
- B. przerwać leczenie kłopidogrelem, utrzymać leczenie aspiryną.
- C. przerwać leczenie oboma lekami przeciwplatekowymi, nie stosując leczenia pomostowego heparyną drobnocząsteczkową.
- D. przerwać leczenie oboma lekami przeciwplatekowymi, stosując leczenie pomostowe heparyną drobnocząsteczkową.
- E. żadnego z leków nie należy odstawiać.

Nr 87. Refluksowe zapalenie przełyku endoskopowo opisywane jest zgodnie z klasyfikacją Los Angeles. W którym przypadku wskazana jest kontrolna endoskopia po leczeniu antyrefluksowym?

- A. w stopniu A.
- B. w stopniu B.
- C. w stopniu C.
- D. w stopniu D.
- E. w stopniu C i D.

Nr 88. W zespole Zollingera i Ellisona dochodzi do nadmiernego wydzielania gastryny. Następstwem nadmiaru gastryny jest/są:

- A. owrzodzenia dwunastnicy.
- B. zapalenie przełyku.
- C. przerost fałdów żołądkowych.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A i B.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A, B i C.

Nr 89. U 78-letniego pacjenta wykryto w trakcie gastroskopii dwa niezależne ogniska raka żołądka. Zmiana zlokalizowana w środkowej części trzonu ma rozmiar 20 mm, owrzodzenie w części centralnej oraz stopień zróżnicowania G1. Zmiana zlokalizowana w części przedodźwiernikowej żołądka ma rozmiar 45 mm, nie ma owrzodzenia oraz stopień zróżnicowania G2. Do leczenia endoskopowego (endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa; ESD) kwalifikuje/a się:

- A. obie zmiany.
- B. tylko zmiana w trzonie.
- C. tylko zmiana w części przedodźwiernikowej.
- D. żadna ze zmian nie kwalifikuje się do endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej.
- E. obie zmiany kwalifikują się do endoskopowej resekcji śluzówkowej (EMR), która powinna być metodą z wyboru.

Nr 90. U pacjenta ze zdekompensowaną alkoholową marskością wątroby stwierdzono stężenie kreatyniny wynoszące 2,1 mg/dl. U tego pacjenta należy w pierwszej kolejności:

- 1) zastosować wlewów terlipresyny i albuminy;
- 2) zastosować wlew dożylny albuminy;
- 3) zwiększyć dawki leków diuretycznych;
- 4) odstawić czasowo leki moczopędne;
- 5) przetoczyć 2.-3. opakowania świeżo mrożonego osocza.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 91. U pacjenta ze zdekompensowaną marskością wątroby na podłożu infekcji HCV i cukrzycą aktywność ALT wynosi 190 IU/l, a przesączanie kłębuszkowe (GFR) <45 ml/min. Stwierdzono zwiększone stężenie alfa-fetoproteiny (wynik 25 ng/ml; norma <7 ng/ml). W badaniu USG nie znaleziono zmiany ogniskowej w wątrobie. Co należy zalecić choremu?

- A. wykonanie TK jamy brzusznej.
- B. wykonanie scyntygrafii kości.
- C. zaplanowanie kolejnego badania AFP za 1-2 miesiące.
- D. wykonanie RTG klatki piersiowej.
- E. wykonanie elastografii wątrobowej.

Nr 92. Którego zjawiska nie należy się spodziewać po wykonanej splenektomii?

- A. wysokiej liczby płytek krwi.
- B. hemobilii.
- C. zakrzepu żyły wrotnej.
- D. infekcji bakteryjnych.
- E. zatorowości płucnej.

Nr 93. Które przeciwciała przeciwjądrowe są swoiste dla pierwotnego zapalenia dróg żółciowych (PBC)?

- A. anty-Scl 70.
- B. anty-DSF 70.
- C. anty Ro-52.
- D. anty-gp210.
- E. przeciwrybosomalne.

Nr 94. U jakiego odsetka chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit pojawia się pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych (PSC)?

- A. mniej niż 1%.
- B. około 5%.
- C. około 8%.
- D. około 15%.
- E. 20% i więcej.

Nr 95. Które stwierdzenie dotyczące gruczolaka wątrobowokomórkowego jest falszywe?

- A. czynnikiem ryzyka powstania guza jest przewlekłe stosowanie preparatów antykoncepcyjnych.
- B. nie posiada zdolności wydalania do żółci kontrastu hepatobiliarnego w badaniu metodą rezonansu magnetycznego.
- C. może ulec przekształceniu do raka wątrobowokomórkowego.
- D. guz o średnicy powyżej 5 cm wymaga leczenia resekcyjnego.
- E. posiada bliznę centralną w badaniach radiologicznych.

Nr 96. Które twierdzenie dotyczące diagnostyki lub leczenia alkoholowej choroby wątroby jest falszywe?

- A. stężenie ferrytyny powyżej 1000 ng/ml nie wyklucza etiologii alkoholowej choroby wątroby.
- B. liczba leukocytów powyżej 12 tys/ μ l u pacjenta z alkoholowym zapaleniem wątroby nie jest wskazaniem do włączenia szerokspektralnego antybiotyku.
- C. odstawienie alkoholu w stadium zdekompensowanej marskości wątroby nie ma wpływu na długość życia pacjenta.
- D. obecność przeciwciał przeciwjądrowych (ANA) nie wyklucza etiologii alkoholowej choroby wątroby.
- E. nie należy ograniczać spożywania białka przez chorych z marskością wątroby.

Nr 97. Bardzo wysokie stężenie ferrytyny jest cechą charakterystyczną dla:

- A. zespołu hemofagocytarnego.
- B. uszkodzenia wątroby spowodowanego azatiopryną.
- C. ostrej niewydolności wątroby spowodowanej muchomore mromotnikowym.
- D. zespołu niedrożności naczyń zatokowych.
- E. zapalenia wątroby w przebiegu układowego toczenia trzewnego.

Nr 98. Która z wymienionych nie jest cechą choroby ferroportynowej?

- A. zwiększone gromadzenie żelaza w śledzionie i szpiku.
- B. dziedziczenie autosomalne dominujące.
- C. obecność żelaza w makrofagach wątrobowych.
- D. prawidłowy wskaźnik wysycenia transferyny.
- E. występowanie choroby u dzieci i młodzieży.

Nr 99. Przeciwwskazaniem do przeszczepienia pacjentowi mikrobioty jelitowej jest:

- A. leczenie w warunkach intensywnej terapii.
- B. toksyczne rozdęcie okrężnicy.
- C. wrzodziejące zapalenie jelita grubego w okresie zaostrzenia (aktywność w pełnej skali Mayo 6 pkt.).
- D. przebyte w czasie krótszym niż 6 miesięcy infekcyjne zapalenie wsierdza.
- E. stwardnienie rozsiane.

Nr 100. 29-letni mężczyzna wybrał się w wakacje na rodzinny kamping z dziećmi. Jedną z atrakcji dla dzieci było czerpanie wody ze strumieniami. W pierwszym tygodniu września pacjent i jego dzieci rozwinęły, trwające 2 tygodnie, samoograniczające się objawy jelitowe, manifestujące się głównie łagodną wodnistą biegunką z towarzyszącym wzdęciem i okresowo bólem brzucha. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono istotnych odchyleń, nikt nie gorączkował. Test na krew utajoną w kale ujemny. Jaki patogen był najprawdopodobniej odpowiedzialny za wystąpienie objawów?

- A. *Giardia intestinalis*.
- B. *Entamoeba histolytica*.
- C. *Shigella flexneri*.
- D. *Vibrio cholerae*.
- E. *Rotavirus*.

Nr 101. Ze względu na fizjologiczne zmiany występujące w ciąży, których parametrów nie można brać pod uwagę w ocenie ciężkości rzutu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego wg kryteriów Truelove'a-Wittsa?

- 1) liczby wypróżnień;
- 2) temperatury ciała;
- 3) tętna;
- 4) stężenia hemoglobiny;
- 5) OB.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 102. Klasyfikacja DICA (skala oceny zapalenia i powikłań uchyłków) uwzględnia:

- A. płeć.
- B. wiek pacjenta.
- C. liczbę uchyłków w każdym segmencie.
- D. obecność innych patologii w jelicie grubym.
- E. obraz histopatologiczny materiału pobranego z rejonu zmienionego uchyłkowato.

Nr 103. Na podstawie typowych objawów klinicznych i nieprawidłowości w podstawowych badaniach laboratoryjnych u ciężarnej silnie podejrzewa się chorobę trzewną. Zgodnie z obecnie obowiązującymi wytycznymi, w tej sytuacji do rozpoznania wystarczy (anty-tTG: przeciwciała przeciwko transglutaminazie tkankowej):

- A. podwyższone stężenie anty-tTG w klasie IgA.
- B. podwyższone stężenie anty-tTG w klasie IgA oraz obecność mutacji w genach *DQ 2/DQ 8*.
- C. podwyższone stężenie anty-tTG w klasie IgA i IgG oraz obecność mutacji w genach *DQ 2.5*.
- D. podwyższone stężenie anty-tTG w klasie IgA oraz typowy obraz mikroskopowy (Marsh 3) wycinków z dwunastnicy.
- E. ze względu na możliwe powikłania endoskopii należy odroczyć diagnostykę do zakończenia ciąży.

Nr 104. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące opieki nad pacjentką w okresie prokreacyjnym z zaawansowaną marskością wątroby:

- A. przed i w czasie ciąży powinno się stosować zbilansowaną dietę, wynoszącą ok. 25-40 kcal/kg m.c./dobę, bez restrykcji białkowych natomiast z ograniczeniem sodu.
- B. optymalnie przed zajściem w ciążę powinno się wykonać gastroskopię pod kątem obecności żylaków przełyku.
- C. w ciąży, o ile to możliwe powinno się unikać spironolaktonu ze względu na potencjalną feminizację płodu męskiego.
- D. rybawiryna jest przeciwwskazana w ciąży.
- E. ze względu na możliwość powikłań maczyno-płodowych należy bezwzględnie odradzać prokreację.

Nr 105. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące krwawienia z uchyłka u pacjentów z chorobą uchyłkową:

- A. manifestuje się masywnym krwotokiem jelitowym.
- B. występuje u ok. 1-3% pacjentów.
- C. zazwyczaj nie wymaga przetaczania krwi.
- D. w 70-80% przypadków niezbędna jest interwencja zabiegowa w celu zatrzymania krwawienia.
- E. jest jedną z najczęstszych przyczyn utajonego krwawienia z przewodu pokarmowego.

Nr 106. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące uchyłkowatości:

- A. dotyczy ok. 60% osób w 50. r.ż.
- B. najczęściej jest bezobjawowa.
- C. wikła się zapaleniem w 25-30% przypadków.
- D. najczęściej jest spowodowana dietą ubogą w białko zwierzęce.
- E. objawowa wymaga przewlekłego systematycznego leczenia mesalazyną.

Nr 107. Jakiej mutacji nie należy spodziewać się w zespole Lyncha?

- A. *MLH1*. B. *MSH2/EPCAM*. C. *MSH6*. D. *PMS2*. E. *BMPT1A*.

Nr 108. Klasyfikacja NICE ułatwia odróżnienie zmian nienowotworowych od gruczolaka i raka w oparciu o ocenę:

- A. drobnych naczyń krwionośnych.
B. obecności zmian typu *chicken skin*.
C. koloru zmiany.
D. dystrybucji i kształtu ujść gruczołów jelitowych.
E. prawdziwe są odpowiedzi A, C i D.

Nr 109. Rozpoznanie refluksowego zapalenia przełyku stopnia A (LA), jest możliwe w oparciu o stwierdzenia w gastrokopii:

- A. jednej lub więcej oddzielnych nadżerek o długości ponad 5 mm.
B. jednej lub więcej oddzielnych nadżerek o długości do 5 mm.
C. co najmniej dwóch nadżerek o długości do 5 mm.
D. uniesienia linii Z o >3 cm ponad górny brzeg fałdów żołądkowych.
E. żadnego z powyższych.

Nr 110. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące chromoendoskopii:

- A. jest pomocna w nadzorze onkologicznym w nieswoistych chorobach zapalnych jelit (NChZJ).
B. jest przydatna w ocenie zmian nowotworowych w przełyku.
C. nie wymaga dodatkowej aparatury endoskopowej.
D. wymaga oceny klirensu kreatyniny.
E. nie wymaga podania barwnika dożylnie.

Nr 111. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące siedzących gruczolaków ząbkowanych (SSA):

- A. wykazują niskie ryzyko rozwoju raka.
B. stwierdzane są przeważnie w proksymalnym jelicie grubym.
C. posiadają zdolność wydzielania śluzu.
D. w klasyfikacji paryskiej należą do typu IIa.
E. mogą być leczone endoskopowo.

Nr 112. W endoskopowej klasyfikacji zmian nowotworowych w przewodzie pokarmowym (paryskiej), typ IIa/IIc oznacza zmiany:

- A. płaskie nieznacznie zapadnięte.
B. siedzące z centralnym zapadnięciem.
C. płaskie nieznacznie uniesione.
D. płaskie nieznacznie uniesione z centralnym zapadnięciem.
E. płasko-wyniosłe o niegranulowanej powierzchni.

Nr 113. Typ III L wzoru *pit pattern*, wg klasyfikacji Kudo jest najbardziej charakterystyczny dla:

- A. polipa zapalnego.
- B. raka.
- C. gruczolaka.
- D. guzka neuroendokrynnego.
- E. tłuszczaka.

Nr 114. NLS czyli brak uniesienia zmian płaskich po podśluzówkowym podaniu płynu (np. soli fizjologicznej), oznacza:

- A. brak możliwości usunięcia endoskopowego.
- B. nieprawidłowe wklucie igły.
- C. głębokie naciekanie błony podśluzowej/mięśniowej właściwej.
- D. włóknienie u podstawy zmiany.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B, C i D.

Nr 115. U 65-letniego mężczyzny podczas ECPW nie udało się usunąć złoгу. Brodawka Vaterowa była położona na brzegu dużego uchyłka. Stwierdzono poszerzenie głównego przewodu żółciowego do ok. 17-18 mm, z pojedynczym złoگem wielkości ok. 20 x 15-16 mm. Ze względu na lokalizację brodawki na brzegu uchyłka nie udało się wykonać odpowiednio szerokiej sfinkterotomii. Zaprotezowano drogi żółciowe czasowo protezą typu *double-pig-tail*. Jakie postępowanie zaleca się w takiej sytuacji w pierwszej kolejności?

- A. zastosowanie kwasu ursodeoksycholowego w dawce 500 mg/d przez 3 miesiące dla rozpuszczenia złoгу.
- B. kolejna ECPW z usunięciem proteazy, dilatacją balonową brodawki balonem wysokociśnieniowym o dużej średnicy (15-18 mm) i próbą usunięcia złoгу sposobem standardowym.
- C. kolejna ECPW z usunięciem protezy i próbą litotrypsji mechanicznej.
- D. kolejna ECPW z usunięciem protezy, cholangioskopią i próbą litotrypsji techniką EHL pod kontrolą cholangioskopii.
- E. wykonanie chirurgicznej choledochotomii.

Nr 116. U 49-letniej kobiety wykonano kolonoskopię w ramach programu badań przesiewowych. Jej ojciec zmarł na raka jelita grubego w wieku 59 lat. Przygotowanie do badania oceniono na BBPS = 6/9 (1+2+3). Badanie wykonał lekarz, którego ADR (wyliczony na podstawie badań wykonanych w uprzednim roku) wynosił 38%. Czas wycofywania endoskopu (bez polipektomii) wynosił 8 minut. We wstępnicy stwierdzono obecność trzech płaskich polipów wielkości od 7 do 11 mm, w poprzecznicy kolejnych 4 polipów wielkości od 6 do 9 mm. W badaniu histopatologicznym wszystkie polipy okazały się być gruczolakami cewkowymi z niskim stopniem dysplazji. Kiedy powinno być wykonane badanie kontrolne?

- A. za 12 miesięcy.
- B. za 2 lata.
- C. za 3 lata.
- D. za 5 lat.
- E. za 10 lat.

Nr 117. U 25-letniego pacjenta z codziennymi poposiłkowymi bólami brzucha i utratą 10% masy ciała w ciągu kilku miesięcy podczas kolonoskopii stwierdzono nieprzepuszczające aparatu zwężenie w obrębie zastawki krętniczo-kątniczej; badanie histopatologiczne sugeruje chorobę Leśniowskiego-Crohna. W trakcie leczenia prednizonem doszło do ustąpienia objawów i przyrostu masy ciała, ale przy redukcji dawki leku bóle powróciły. W enterografii widoczne jest pogrubienie ściany i zwężenie końcowego odcinka jelita krętego na długości 10 cm z wyraźnym poszerzeniem jelita przed zwężeniem. Dalsze postępowanie to:

- A. leczenie operacyjne.
- B. rozpoczęcie leczenia immunosupresyjnego.
- C. rozpoczęcie leczenia biologicznego.
- D. ponowna ocena endoskopowa.
- E. kontynuacja leczenia prednizonem w najniższej dawce, przy której nie występują objawy.

Nr 118. 39-letni mężczyzna miał wykonaną kolonoskopię w ramach nadzoru onkologicznego ze względu na dodatnie wywiady rodzinne w kierunku występowania raka jelita grubego. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono odchyleń, z badań dodatkowych dodatni był jedynie test na obecność krwi utajonej w kale. W kolonoskopii stwierdzono łącznie 7 polipów we wstępnicy, w tym 3 uszypułowane gruczolaki cewkowe o śr. <5 mm, 3 gruczolaki cewkowo-kosmkowe o śr. ok. 10 mm oraz 1 płaski, 20 mm gruczolak kosmkowy w kątnicy z ogniskiem wysoko zróżnicowanego raka gruczolowego. Jakiego jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie?

- A. zespół związany z mutacją *PTEN*.
- B. pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych.
- C. rodzinna polipowatość gruczolakowata.
- D. dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością.
- E. zespół Peutz-Jeghersa.

Nr 119. U 70-letniego mężczyzny w badaniu MR kręgosłupa lędźwiowego stwierdzono obecność torbieli trzonu trzustki o średnicy 18 mm. Chory nie zgłasza żadnych objawów klinicznych ze strony jamy brzusznej. Po 6 miesiącach wykonano badanie TK j. brzusznej z dożylnym podaniem środka kontrastowego oraz EUS z biopsją, a po kolejnych 6 miesiącach badanie MR jamy brzusznej. W tym czasie wielkość torbieli nie uległa zmianie; po 6 i 12 miesiącach wynosiła odpowiednio 18 i 17 mm. Ściany torbieli były gładkie, bez grudek przyściennych. Stężenie antygenu CEA w płynie z torbieli wyniosło 145 ng/ml. Średnica głównego przewodu trzustkowego wynosiła 4,5 mm w głowie i 2-3 mm w trzonie. Stężenie antygenu Ca 19.9 w surowicy w kolejnych badaniach było stabilne w zakresie 14-19 U/ml. Jaką techniką i kiedy należy wykonać najbliższe badanie kontrolne?

- A. EUS z ewentualną biopsją po 6 miesiącach.
- B. TK z dożylnym podaniem środka kontrastowego po 1 roku.
- C. MR po 2 latach.
- D. EUS z ewentualną biopsją po 3 latach.
- E. MR po 5 latach.

Nr 120. Które modyfikacje techniki endoskopowej są zalecane dla zmniejszenia ryzyka ostrego zapalenia trzustki po ECPW?

- 1) cewnikowanie dróg żółciowych z użyciem prowadnicy;
- 2) unikanie niezamierzonego (zwłaszcza wielokrotnego) podania środka kontrastowego do dróg trzustkowych;
- 3) rutynowe profilaktyczne protezowanie przewodu trzustkowego;
- 4) wczesne zastosowanie nacięcia wstępnego techniką fistulotomii nadbrodawkowej w przypadku tzw. trudnego cewnikowania;
- 5) niestosowanie rutynowej sfinkteroplastyki balonowej zamiast sfinkterotomii.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Dziękujemy !