

- 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 odpowiedzi delikatną kropką. Gdy przekonasz się, że dobrze wybrałeś/eś, zakreślisz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wymaż gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłeś/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 karty odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartami odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zarachowania.
- 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
JESIEŃ 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. Polipy z gruczołów dna żołądka są typowo związane z:

- 1) przewlekłym stosowaniem inhibitorów pompy protonowej;
- 2) zespołem Peutz-Jeghers;
- 3) zespołem polipowatości gruczolakowatej rodzinnej;
- 4) zespołem Lyncha;
- 5) zespołem mnogich nowotworów układu wydzielania wewnętrznego typu 1 (MEN 1).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 2. Hamartomatyczne polipy jelita grubego typowo występują w zespole:

- 1) Cowden;
- 2) Peutz-Jeghers;
- 3) Lyncha;
- 4) polipowatości ząbkowanej;
- 5) polipowatości młodzieńczej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 3. Owrzodzenia stresowe (tzw. wrzody Curlinga) zazwyczaj zlokalizowane są w:

- A.** przełyku.
B. dnie i trzonie żołądka.
C. części przedodźwiernikowej żołądka.
D. opuszce dwunastnicy.
E. części zstępującej dwunastnicy.

Nr 4. Jednym z badań wykonywanych w ramach diagnostyki przyczyn biegunki jest oznaczenie pH kału. Prawidłowe pH kału wynosi:

- A.** 6,5-7,0.
B. 7,0-7,5.
C. 7,5-8,0.
D. 8,0-8,5.
E. żadne z wymienionych.

Nr 5. Do czynników sprzyjających rozwojowi grzybiczych zakażeń przełyku nie należy:

- A.** farmakoterapia: antybiotyki o szerokim zakresie działania, leki immunosupresyjne.
B. niewyrównana cukrzyca.
C. podeszły wiek.
D. alkoholizm.
E. choroba refluksowa przełyku.

Nr 6. U pacjenta lat 72, z chorobą niedokrwienną serca, który przyjmuje kwas acetylosalicylowy, planowany jest zabieg ampullektomii. Wskaż właściwe postępowanie okołozabiegowe w tym przypadku:

- A. należy przerwać stosowanie kwasu acetylosalicylowego 5 dni przed zabiegiem, a następnie ponownie włączyć go w 3. dobie po zabiegu.
- B. nie należy przerywać podawania kwasu acetylosalicylowego ze względu na niskie ryzyko krwawienia związane z zabiegiem.
- C. należy odstawić kwas acetylosalicylowy 7 dni przed zabiegiem i zastosować terapię pomostową heparyną drobnocząsteczkową.
- D. należy odstawić kwas acetylosalicylowy 7 dni przed zabiegiem i zastosować terapię pomostową heparyną drobnocząsteczkową, ale opuścić dawkę w dniu zabiegu i włączyć go ponownie 1 dobę po zabiegu.
- E. należy przerwać stosowanie kwasu acetylosalicylowego 7 dni przed zabiegiem, a następnie ponownie włączyć go w 5. dobie po zabiegu.

Nr 7. Wskaż zalecenia dotyczące profilaktyki antybiotykowej u 43-letniego pacjenta ze zdekompensowaną alkoholową marskością wątroby (Child-Pugh B) i kolejnym epizodem krwawienia z żylaków przełyku:

- A. ampicylina 1,0 mg/kg m.c. oraz gentamycyna 1,5 mg/kg m.c. *i.v.* jednorazowo.
- B. ceftriakson 1,0 g *i.v.* 1x/24h lub norfloksacyna 400 mg po 2x/24h przez 5 dni.
- C. cyprofloksacyna 500 mg *p.o.* lub 200-400 mg *i.v.* przez 3 dni.
- D. amoksycylina z kwasem klawulanowym 1,2 g *i.v.* przez 3 dni.
- E. antybiotykoterapia nie jest zalecana.

Nr 8. Wskaż, na jakiej podstawie ustala się rozpoznanie niepowściągliwych wymiotów ciężarnych:

- 1) nudności i wymiotów występujących co najmniej 3 razy na dobę;
- 2) odwodnienia;
- 3) występowania ketonurii;
- 4) występowania zmniejszonego stężenia tyreotropiny;
- 5) małego ciężaru właściwego moczu;
- 6) utraty masy ciała przekraczającej 3 kg lub 5% przedciążowej masy ciała;
- 7) braku efektu po zastosowaniu witaminy B6 i doksyminy;
- 8) wykluczenia innych rozpoznań.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 9. U pacjentki lat 52, bez wywiadu rodzinnego raka żołądka, stwierdzono w gastrokopii ze wzmocnieniem obrazu w części przedodźwiernikowej i kącie żołądka zanik błony śluzowej żołądka i metaplastę jelitową. Pobrano wycinki zgodnie z protokołem z Sydney. Ze względu na zakażenie *Helicobacter pylori* przeprowadzono skuteczne leczenie eradykacyjne. Dalsze postępowanie polega na:

- A. kontrolnej endoskopii za 3 miesiące.
- B. kontrolnej endoskopii za rok.
- C. kontrolnej endoskopii za 3 lata.
- D. kontrolnej endoskopii za 3 miesiące i skierowanie do poradni genetycznej.
- E. nadzór endoskopowy nie jest zalecany.

Nr 10. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące polipów żołądka:

- A. w przypadku polipów hiperplastycznych zalecana jest przede wszystkim diagnostyka i leczenie zakażenia *H. pylori*.
- B. leczenie endoskopowe jest metodą z wyboru w przypadku gruczolaków żołądka.
- C. pobieranie wycinków z błony śluzowej żołądka u chorych z polipami hiperplastycznymi w celu oceny histologicznej w kierunku zaniku błony śluzowej, metaplazji jelitowej nie jest zalecane.
- D. stwierdzenie polipów z gruczolów dna żołądka wymaga nadzoru endoskopowego jedynie u pacjentów z FAP.
- E. kontrolną endoskopię oceniającą efekt eradykacji w przypadku polipów hiperplastycznych powinno się wykonać 3-6 miesięcy po leczeniu.

Nr 11. Klasyfikacja praska (składnik *C-circumferential extent* i składnik *M-maximal extent*) służy do oceny:

- A. stopnia zmian zapalnych w przełyku w przebiegu choroby refluksowej przełyku.
- B. zasięgu metaplastycznej błony śluzowej w przełyku Barretta.
- C. stopnia zaawansowania zmian radiologicznych w achalazji.
- D. endoskopowej oceny zmian polipowatych w przewodzie pokarmowym.
- E. endoskopowej oceny zaawansowania zmian w chorobie Crohna.

Nr 12. Najczęstszą przyczyną krwawienia z jelita cienkiego jest/są:

- A. przetoki aortalno-jelitowe.
- B. żylaki jelita cienkiego.
- C. zmiany naczyniowe.
- D. zmiana Dieulafoy.
- E. chłoniaki.

Nr 13. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące postępowania z chorym, u którego rozpoznano zespół krótkiego jelita:

- A. należy wdrożyć suplementację niedoborów wody, elektrolitów i składników pokarmowych.
- B. przeciwwskazane jest stosowanie inhibitorów pompy protonowej.
- C. chorzy z zespołem krótkiego jelita wymagają indywidualnego doboru diety, przyjmowania właściwie przygotowanych, ale skąpych posiłków, suplementacji witamin i pierwiastków śladowych.
- D. chorzy u których pozostało < 100 cm jelita cienkiego powinni mieć włączone żywienie pozajelitowe.
- E. stałego żywienia pozajelitowego wymaga około 10% chorych.

Nr 14. Zalecane dawkowanie ryfksyminy alfa w SIBO to:

- A. 2x 400 mg/d przez 14 dni.
- B. 4x 400 mg/d przez 14 dni.
- C. 3x 200 mg/d przez 14 dni.
- D. 4x 400 mg/d przez 10 dni.
- E. 2x 400 mg/d przez 10 dni.

Nr 15. W przypadku infekcji SARS-CoV-2 możliwa jest manifestacja ze strony przewodu pokarmowego. Wskaż **falszywe** stwierdzenie:

- A. pozytywne wyniki testów w kierunku obecności RNA SARS-CoV-2 w kale stwierdza się u 36-56% chorych.
- B. dodatni wynik testu ze stolca na obecność RNA wirusa stwierdza się przez 1-16 dni, również po uzyskaniu ujemnego wyniku wymazu z nosogardzieli.
- C. dodatni testu wynik na obecność wirusa w badaniu stolca może występować dłużej u osób leczonych glikokortykosteroidami.
- D. istnieje możliwość transmisji fekalno-oralnej.
- E. dodatni wynik testu na obecność SARS-CoV-2 w badaniu stolca koreluje z obrazem klinicznym, ciężkością choroby i występowaniem objawów żołądkowo-jelitowych.

Nr 16. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące objawów ze strony przewodu pokarmowego występujących w trakcie infekcji SARS-CoV-2:

- A. możliwe jest jednoczesne występowanie objawów ze strony przewodu pokarmowego (GI) z objawami ze strony układu oddechowego.
- B. objawy GI mogą poprzedzać objawy ze strony układu oddechowego.
- C. mogą występować tylko objawy GI.
- D. w przypadku wystąpienia jedynie objawów ze strony przewodu pokarmowego, zawsze występuje biegunka.
- E. ból brzucha wiąże się z większym ryzykiem ciężkiego przebiegu choroby.

Nr 17. Szkodliwy wpływ SARS-CoV-2 na organizm gospodarza związany jest wymienionymi zjawiskami, **z wyjątkiem**:

- A. wywierania efektu cytolitycznego i cytopatycznego na komórki poszczególnych narządów i układów.
- B. hamowania układu immunologicznego i ogólnoustrojowego procesu zapalnego.
- C. wywoływania niekorzystnych następstw, np. zakrzepicy, włóknienia.
- D. zaburzenia mikrobioty i przepuszczalności bariery jelitowej.
- E. pobudzania układu immunologicznego i ogólnoustrojowego procesu zapalnego.

Nr 18. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące badania kału na krew:

- A. dodatni wynik badania kału na krew utajoną bez dostrzegalnych objawów klinicznych krwawienia (może występować niedokrwistość) definiuje się jako krwawienie utajone.
- B. polipy ząbkowane rzadko powodują utajone krwawienie z przewodu pokarmowego, stąd badanie stolca na krew utajoną nie jest w odniesieniu do nich skutecznym badaniem przesiewowym.
- C. testy gwajakowe (*guaiac fecal occult blood tests* – gFOBT) wykorzystują peroksydazową aktywność hemu do utlenienia kwasu gwajakowego przez H_2O_2 z wytworzeniem barwnego produktu; wykrywają krew (hemoglobinę) pośrednio.
- D. testy immunochemiczne (*faecal immunochemical test* – FIT) - wykrywają ludzką hemoglobinę w kale w sposób bezpośredni za pomocą swoistych przeciwciał skierowanych przeciwko jej białkowym podjednostkom; dodatni wynik testu wskazuje na źródło krwawienia w górnym odcinku przewodu pokarmowego.
- E. fałszywie dodatni wynik gFOBT może wystąpić w przypadku spożycia niektórych warzyw (chrzan, rzodkiewka, warzywa zielone) lub preparatów żelaza.

Nr 19. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące postępowania okołozabiegowego u chorego leczonego przeciwkrzepliwie:

- A. u chorego leczonego przewlekłe warfaryną ze stabilnym INR 2.5 nie ma potrzeby modyfikacji leczenia przed polipektomią 2 cm uszypułowanego polipa esicy.
- B. u chorego przyjmującego leki przeciwplatekcyjne, tj. aspirynę i tikagrelor 2 tyg. po wszczęciu stentu naczyniowego uwalniającego lek można wykonać septotomię z powodu uchyłka Zenkera bez modyfikacji leczenia.
- C. większość zabiegów endoskopowych (poza mukozektomią zmian > 2 cm w jelicie grubym, mukozektomią w górnym odcinku przewodu pokarmowego, dyssekcją podśluzówkową i ampulektomią) może być wykonana w trakcie leczenia niskimi dawkami aspiryny.
- D. u chorego z upośledzoną czynnością nerek (eGFR 30–50 ml/min) leczonego dabigatranem z powodu niezastawkowego migotania przedsionków przed zabiegiem sfinkterotomii endoskopowej należy przerwać leczenie na tydzień i zastosować leczenie pomostowe heparyną niefrakcjonowaną.
- E. u chorego leczonego rywaroksabanem z powodu nawracających incydentów mózgowo-naczyniowych należy odstawić leczenie na 5 dni przed diagnostyczną endoskopią górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Nr 20. U chorego z alkoholową marskością wątroby i masywnym krwotokiem z górnego odcinka przewodu pokarmowego celowe jest zastosowanie wymienionych metod leczniczych, **za wyjątkiem**:

- A. wlewu dożylnego somatostatyny w dawce 10 mg/h przez 2-5 dni.
- B. ceftriaksonu 1,0 g/d i.v. przez 5 dni.
- C. przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych do osiągnięcia stężenia hemoglobiny 7-9 g/dl.
- D. endoskopii terapeutycznej w analgosedacji z intubacją dotchawiczą.
- E. sklerotyzacji, jeśli źródłem krwawienia są żylaki GOV2.

Nr 21. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące zmian naczyniowych przewodu pokarmowego:

- 1) zmiany naczyniowe to najczęstsza przyczyna krwawienia z jelita cienkiego, zwłaszcza u osób po 50.–60. r.ż.;
- 2) rozwojowi zmian naczyniowych w przewodzie pokarmowym sprzyja przewlekła niewydolność nerek, zwężenie zastawki aortalnej, choroba von Willebranda, urządzenie wspomagające czynność lewej komory serca (*left ventricular assist device* – LVAD) i radioterapia gruczołu krokowego oraz narządów miednicy u kobiet;
- 3) w jelicie grubym zmiany naczyniowe częściej lokalizują się w lewej połowie;
- 4) bezobjawowe, niekrwawiące zmiany naczyniowe wykryte przypadkowo zawsze wymagają leczenia;
- 5) w chorobie Rendu, Oslera i Webera metodą leczenia z wyboru są doustne preparaty hormonalne estrogenowo-progesteronowe.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 22. Chory 80-letni obciążony kardiologicznie (choroba niedokrwienność serca, stan po zawale mięśnia sercowego i zabiegu angioplastyki wieńcowej z założeniem stentu powlekanego przed tygodniem) w trakcie leczenia przeciwplatekowego (klopidogrel i aspiryna) został przyjęty z objawami krwawienia z przewodu pokarmowego pod postacią fusowatych wymiotów i smolistych stolców. Wdrożono resuscytację płynową i rozpoczęto leczenie inhibitorem pompy protonowej (PPI) we wlewie dożylnym. W trybie pilnym wykonano endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego stwierdzając wrzód dwunastnicy z widocznym skrzepem. Szybki test ureazowy nie wykazał infekcji *Helicobacter pylori*. Wybierz optymalny sposób postępowania:

- A.** wobec braku cech aktywnego krwawienia nie występują wskazania do zastosowania endoskopowych zabiegów hemostatycznych. Należy kontynuować farmakoterapię PPI, odstawić leki przeciwplatekowe i rozważyć zmianę leczenia na doustne leki przeciwzakrzepowe niebędące antagonistami witaminy K (NOAC).
- B.** należy w czasie endoskopii podjąć próbę usunięcia skrzepu i zastosować metody endoskopowej hemostazy oraz kontynuować leczenie PPI. Po porozumieniu z kardiologiem zdecydować o pozostawieniu chorego na pojedynczej lub podwójnej terapii przeciwplatekowej. Należy ponownie wykluczyć infekcję *Helicobacter pylori* i ewentualnie wdrożyć terapię eradykacyjną.
- C.** u chorego nie występują wskazania do zastosowania endoskopowych zabiegów hemostatycznych. Po endoskopii należy kontynuować leczenie PPI i po 3 dniach rozpocząć leczenie kwasem acetylosalicylowym w monoterapii.
- D.** należy kontynuować farmakoterapię PPI i wykonać kontrolną endoskopię (*second-look endoscopy*) po 24 godzinach.
- E.** należy kontynuować farmakoterapię PPI. U chorego nie ma wskazań do leczenia eradykacyjnego.

Nr 23. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące niedokrwiennej zapalenia jelita grubego:

- 1) podłożem choroby jest najczęściej miażdżyca;
- 2) do czynników sprzyjających rozwojowi choroby należy wstrząs, świeży zawał lub niewydolność serca;
- 3) wśród czynników przyczynowych niedokrwiennej zapalenia jelita grubego należy wymienić stany nadkrzepliwości i doustne środki antykoncepcyjne oraz biegi długodystansowe;
- 4) odcinkiem jelita szczególnie narażonym na niedokrwienie jest kątnica;
- 5) w większości przypadków choroba zaczyna się podostro i przebiega z krwawieniem jelitowym i kończy się po kilku tygodniach nawet bez specjalnego leczenia;
- 6) najczęściej (>90%) choroba zaczyna się nagle bólem brzucha i krwotokiem jelitowym. W krótkim czasie może dojść do martwicy ściany okrężnicy i perforacji z rozlanym zapaleniem otrzewnej.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 24. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego:

- A. szacuje się, że wśród chorych hospitalizowanych z podejrzeniem ostrego krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego w 2% przypadków przyczyna krwawienia znajduje się w górnym odcinku przewodu pokarmowego.
- B. szacuje się, że wśród chorych hospitalizowanych z podejrzeniem ostrego krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego w 30% przypadków przyczyna krwawienia znajduje się w jelicie cienkim.
- C. wszystkie leki przeciwkrzepliwe i przeciwplatekcyjne zwiększają ryzyko krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, jest ono jest większe u chorych stosujących doustne leki przeciwkrzepliwe nie będące antagonistami witaminy K niż leki przeciwkrzepliwe z grupy antagonistów witaminy K.
- D. u wszystkich chorych z ostrym krwawieniem z dolnego odcinka przewodu pokarmowego należy ocenić ryzyko wystąpienia powikłań i zgonu przy użyciu zwalidowanej skali Rockalla.
- E. wskaźnik wstrząsowy nie ma znaczenia w wyborze strategii postępowania u chorych z krwawieniem z dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Nr 25. Który z poniższych schematów przewlekłego leczenia przeciwkrzepliwego wiąże się z najniższym ryzykiem wystąpienia krwawienia z przewodu pokarmowego?

- A. dabigatran 2 x 150 mg/d.
- B. warfaryna z utrzymywaniem INR w granicach 2,5 – 3,0.
- C. rywaroksaban 1 x 20 mg/d.
- D. rywaroksaban 1 x 15 mg/d + kłopidogrel 1 x 75 mg/d.
- E. apiksaban 2 x 2,5 mg/d.

Nr 26. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego w przebiegu nadciśnienia wrotnego:

- A. miejscem krwawienia może być każda zmiana w przewodzie pokarmowym, ale najbardziej prawdopodobny jest krwotok z żyłaków przełyku (~30% wszystkich przyczyn krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego).
- B. ryzyko krwotoku z żyłaków przełyku wynosi średnio 10% w ciągu 2 lat po ich rozpoznaniu endoskopowym.
- C. odsetek wczesnych nawrotów po krwawieniu wynosi ok. 60%.
- D. nadużywanie alkoholu nie stanowi czynnika ryzyka pierwszego krwotoku.
- E. u chorego stosującego NSBB w adekwatnej dawce w prewencji wtórnej konieczna jest kontrola endoskopowa co rok.

Nr 27. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące krwawienia z przewodu pokarmowego w przebiegu choroby uchyłkowej jelita grubego:

- A. krwawienie dotyczy 75% chorych z uchyłkami.
- B. choroba uchyłkowa stanowi przyczynę 30–50% wszystkich krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego.
- C. krwawienie najczęściej jest skojarzone z objawami zapalenia uchyłków.
- D. źródłem krwawienia częściej są uchyłki zlokalizowane w lewej połowie jelita.
- E. stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych nie zwiększa ryzyka wystąpienia krwawienia.

Nr 28. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące diagnostyki gruczolaka trzustki:

- A.** badanie TK charakteryzuje się wyższą czułością w porównaniu z badaniem echoendoskopowym w rozpoznawaniu zmian ogniskowych trzustki o średnicy mniejszej niż 2 cm.
- B.** biopsja zmian litych trzustki i węzłów chłonnych podczas badania echoendoskopowego jest obarczona 2% ryzykiem wystąpienia powikłań, w tym ostrego zapalenia trzustki i stąd wymaga antybiotykoterapii profilaktycznej.
- C.** PET ma kluczowe znaczenie w różnicowaniu raka trzustki i przewlekłego zapalenia trzustki.
- D.** badanie echoendoskopowe jest najbardziej wiarygodnym badaniem oceniającym miejscowe zaawansowanie gruczolaka trzustki, w tym naciekanie dużych naczyń i zajęcie węzłów chłonnych.
- E.** biopsja pod kontrolą TK i biopsja pod kontrolą EUS, podobnie jak biopsja przezskórna pod kontrolą USG nie są zalecane u pacjentów z potencjalnie resekcyjnym rakiem trzustki.

Nr 29. Wskaż prawidłowe postępowanie u 40-letniego otyłego pacjenta z uchyłkami jelita grubego po przebytych epizodach niepowikłanego zapalenia uchyłków esicy:

- A.** zaleca się oznaczanie stężenia kalprotektyny w kale raz na trzy miesiące w celu wczesnego rozpoznania nawrotu.
- B.** kwalifikuje się chorego do planowego zabiegu resekcji esicy z uwagi na młody wiek i otyłość będącą czynnikiem ryzyka zapalenia uchyłków.
- C.** stosuje się mesalazynę w dawce dobowej 2,0-3,0 g w połączeniu z dietą o wysokiej zawartości błonnika rozpuszczalnego.
- D.** wprowadza się cykliczną terapię ryfaksyminą i rozpoczyna leczenie otyłości lub kieruje chorego do ośrodka leczącego otyłość.
- E.** postępowanie ma charakter wyczekujący, dalsze postępowanie będzie zależeć od wystąpienia kolejnego epizodu zapalenia uchyłków.

Nr 30. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące guzów insulinowych (*insulino-ma*) stanowiących 30-40% hormonalnie czynnych guzów neuroendokrynnych:

- A.** są to najczęściej guzy mnogie o średnicy mniejszej niż 2 cm.
- B.** w 50% przypadków są składową zespołu MEN 1.
- C.** częściej chorują kobiety, zazwyczaj w wieku 30-60 lat.
- D.** oznaczenie CgA w surowicy ma podobnie jak w przypadku innych guzów neuroendokrynnych swoistość powyżej 90%.
- E.** kluczowe znaczenie w diagnostyce ma oznaczenie stężenia peptydu C i β -hydroksymaślanu.

Nr 31. Zespół Cowdena to zespół polipowatości jelita grubego, który charakteryzuje:

- A.** obecność licznych i dużych gruczolaków ząbkowanych związanych z ryzykiem rozwoju raka na poziomie 35-70%.
- B.** obecność licznych gruczolaków jelita grubego i współistnienie nowotworów ośrodkowego układu nerwowego.
- C.** obecność polipów hamartomatycznych jelita grubego i żołądka, charakterystycznych zmian skórnych oraz podwyższone ryzyko raka sutka i tarczycy.
- D.** obecność polipów hiperplastycznych oraz kostniaków i guzów tkanek miękkich.
- E.** obecność polipów hamartomatycznych na podłożu zmienionej zapalnie błony śluzowej bez ryzyka złośliwienia.

Nr 32. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące mikroskopowego zapalenia jelit:

- 1) w 25% przypadków jest rozpoznawane u osób poniżej 45. r.ż.;
- 2) jest wskazaniem do oznaczania kalprotektyny w kale, która jest dobrym markerem aktywności choroby;
- 3) nie jest wskazaniem do stosowania leków biologicznych;
- 4) jest związane ze stosowaniem niektórych leków, w tym inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny;
- 5) u 80% pacjentów prowadzi do objawów biegunkowej postaci zespołu jelita nadwrażliwego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 33. Rozpoznanie średnio ciężkiej postaci ostrego zapalenia dróg żółciowych można postawić u pacjenta z:

- A.** gorączką 38°C; leukocytozą 10 000/ μ l; stężeniem bilirubiny 2,5 mg/dl.
- B.** gorączką 40°C; leukocytozą 5000/ μ l; stężeniem bilirubiny 3 mg/dl.
- C.** gorączką 38,5°C; leukocytozą 13 000/ μ l; stężeniem bilirubiny 2 mg/dl.
- D.** gorączką 39,5°C; leukocytozą 11 000/ μ l; stężeniem bilirubiny 4,5 mg/dl.
- E.** gorączką 39,5°C; leukocytozą 3000/ μ l; stężeniem bilirubiny 4 mg/dl.

Nr 34. Ponad 90% przypadków halitozy wynika z:

- A.** zmian w jamie ustnej (m.in. chorób przyzębia i dziąseł, niedostatecznej higieny).
- B.** choroby refluksowej przełyku.
- C.** uchyłka Zenkera.
- D.** nowotworów przewodu pokarmowego.
- E.** niewydolności wątroby.

Nr 35. Wśród przyczyn zaparć przewlekłych wymienia się:

- 1) cukrzycę;
- 2) nadczynność tarczycy;
- 3) dyssynergię dna miednicy;
- 4) hiperkaliemię i hipermagnazemię;
- 5) stosowanie leków przeciwdepresyjnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 36. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące obrazu klinicznego raka trzustki:

- A. ból zgłasza 40% chorych. Ma charakter somatyczny. W guzach ogona wynika głównie z zamknięcia przewodu trzustkowego, a nie ze wzrostu miejscowego guza i przerzutów.
- B. żółtaczka występuje u około połowy chorych. Ma charakter cholestatyczny. Może być wczesnym objawem guza głowy trzustki.
- C. u około 13% chorych rozpoznanie poprzedzają epizody ostrego zapalenia trzustki.
- D. żylna choroba zakrzepowo-zatorowa jest szczególnie częsta w zaawansowanym stadium choroby.
- E. utrata masy ciała, często nieadekwatna do utraty apetytu, dotyczy przeważającej części pacjentów w chwili rozpoznania.

Nr 37. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące zespołu przeżuwania u dorosłych:

- A. charakterystyczne są uporczywe lub nawracające, nieprovokowane regurgitacje ostatnio połkniętego pokarmu do jamy ustnej, z jego następczym wypluwaniem lub ponownym żuciem i połykaniem.
- B. zwracana treść zawiera składniki o przyjemnym dla chorego smaku.
- C. regurgitacje nie są poprzedzone odruchami wymiotnymi.
- D. regurgitacje nie są poprzedzone nudnościami.
- E. regurgitacje nasilają się, kiedy treść staje się kwaśna.

Nr 38. 34-letni nauczyciel, palący tytoń, został skierowany do Poradni Gastroenterologicznej z podejrzeniem postaci pozaprzęłykowej choroby refluksowej przełyku odpornej na leczenie inhibitorem pompy protonowej (stosowanym w dawce standardowej dwa razy dziennie przez 12 tygodni), celem dalszej diagnostyki. Chory zgłaszał chrypkę i ból gardła. Zgagę i regurgitacje neguje. W laryngoskopii stwierdzono zaczerwienie i obrzęk krtani oraz rozpoznano refluksowe zapalenie krtani. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące opisanego przypadku:

- A. objawy pozaprzęłykowe mają najczęściej charakter wieloczynnikowy i wymagają kompleksowej diagnostyki.
- B. prawdopodobieństwo związku objawów pozaprzęłykowych z refluksiem jest niskie, jeśli nie współwystępują objawy typowe i nie stwierdza się poprawy po leczeniu hamującym wydzielanie kwasu solnego.
- C. rozpoznanie refluksowego zapalenia krtani jako postaci pozaprzęłykowej choroby refluksowej przełyku może być postawione wyłącznie o wynik badania laryngoskopowego.
- D. stwierdzane w laryngoskopii zmiany tj. zaczerwienie i obrzęk mogą być wynikiem nadużywania głosu i palenia tytoniu.
- E. wykonanie 24-godzinnego monitorowania pH i impedancji wewnątrzprzełykowej ułatwi diagnostykę choroby refluksowej przełyku.

Nr 39. Wskaż, który z guzów neuroendokrynnych trzustki charakteryzuje zespół objawów obejmujący: zaburzenia widzenia, zmiany stanu psychicznego z dezorientacją, kołatanie serca, drżenie kończyn, bladość i nadmierne pocenie się:

- A. *glucagonoma*.
- B. *gastrinoma*.
- C. *somatostatinoma*.
- D. *insulinoma*.
- E. *vipoma*.

Nr 40. Krwawienia z teleangiektazji w jelicie cienkim, którym towarzyszą krwotoki z nosa, teleangiektazje w łożysku paznokci oraz objawy nadciśnienia wrotnego, mogą wskazywać na:

- A. zespół Dubina-Johnsona.
- B. zespół Gardnera.
- C. zespół Cowden.
- D. chorobę Ormonda.
- E. chorobę Rendu-Oslera-Webera.

Nr 41. W badaniu dłoni i paznokci u chorego z marskością wątroby można stwierdzić:

- 1) rumień dłoni;
- 2) palce Hipokratesa;
- 3) paznokcie w kształcie szkiełka zegarkowego;
- 4) poprzeczne lub podłużne bruzdowanie paznokci;
- 5) paznokcie Terry'ego (poszerzenia obłaczka).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 42. 23-letni pacjent zgłosił się z powodu występującej od około 6 miesięcy, z częstością 2-3 razy w tygodniu, zgagi odpornej na leczenie inhibitorem pompy protonowej stosowanym w dawce standardowej 2x dziennie przez 8 tyg. Ambulatoryjnie wykonana gastroscopia i manometria przełyku nie wykazały nieprawidłowości. W badaniu 24-godzinnego monitorowania pH i impedancji wewnątrzprzełykowej, wykonanym po odstawieniu leczenia, stwierdzono prawidłową ekspozycję w dystalnym odcinku przełyku, prawidłową liczbę całkowitą refluksów oraz brak korelacji zgłaszanych objawów z epizodami refluksu. W opisanym przypadku należy rozpoznać:

- A. nienadżerkową postać choroby refluksowej przełyku, włączyć prokinetyk i skierować pacjenta do operacji antyrefluksowej.
- B. chorobę refluksową przełyku oporną na leczenie i skierować pacjenta do operacji antyrefluksowej.
- C. przełyk nadwrażliwy na refluks i ponownie włączyć inhibitor pompy protonowej na okres 8 tygodni.
- D. zgagę czynnościową i rozważyć włączenie neuromodulatorów bólu.
- E. zgagę czynnościową, do leczenia inhibitorem pompy protonowej dołączyć prokinetyk.

Nr 43. W porównaniu do idiopatycznego środkowo-przewodowego zapalenia trzustki (IDCP), limfoplazmocytowe włóknijące zapalenie trzustki (LPSP) charakteryzuje się:

- A. częstszym występowaniem bólu brzucha.
- B. prawidłowym stężeniem IgG4 i nieobecnością autoprzeciwciał.
- C. częstszym zajęciem innych narządów (m.in. dróg żółciowych, ślinianek).
- D. częstszym współwystępowaniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
- E. rzadszymi nawrotami (u około 9% chorych).

Nr 44. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące gastroparezy:

- 1) podstawą leczenia gastroparezy są opioidy;
- 2) może być wywołana zakażeniem EBV;
- 3) podstawową metodą diagnostyczną jest scyntygrafia z posiłkiem znaczonej radioaktywnym technetem;
- 4) w leczeniu mają zastosowanie leki przeciwcholinergiczne;
- 5) jej przyczyną może być cukrzyca.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 45. Wskaż prawdziwe stwierdzenie/a dotyczące zmiany Dieulafoy:

- 1) jest najczęstszą przyczyną ostrego krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego;
- 2) występuje wyłącznie w jelicie czczym;
- 3) najczęściej lokalizuje się w bliższej części żołądka;
- 4) w leczeniu mają zastosowanie niesteroidowe leki przeciwzapalne;
- 5) techniki endoskopowe są nieskuteczne w leczeniu tej zmiany.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 46. Wskaż prawdziwe stwierdzenie/a dotyczące żołądka arbuzowatego:

- 1) zmiany zlokalizowane są najczęściej w części przedodźwiernikowej żołądka;
- 2) jego przyczyną jest nadciśnienie wrotne;
- 3) często współistnieje z marskością wątroby, twardziną układową, przewlekłą chorobą nerek;
- 4) zmiany naczyniowe błędą po uciśnięciu kleszczykami biopsyjnymi;
- 5) jest najczęstszą przyczyną krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 47. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące chłoniaków żołądka:

- 1) większość (>95%) chłoniaków żołądka wywodzi się z limfocytów T;
- 2) mogą mieć związek z zakażeniem *Helicobacter pylori*;
- 3) eradykacja *Helicobacter pylori* jest leczeniem z wyboru u pacjentów w stadium IE i IIE1 (wg klasyfikacji z Ann Arbor);
- 4) podstawą leczenia, niezależnie od stopnia zaawansowania, jest leczenie operacyjne;
- 5) rozwój chłoniaka żołądka może mieć związek z translokacją chromosomalną t(11;18)(q21;q21).

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 48. Przed wykonaniem testu oddechowego w kierunku zakażenia *Helicobacter pylori* pacjent powinien odstawić esomeprazol na co najmniej:

- A.** 1 dzień przed badaniem.
B. esomeprazol nie wpływa na wynik tego badania.
C. 1 tydzień przed badaniem.
D. 8 tygodni przed badaniem.
E. 2 tygodnie przed badaniem.

Nr 49. Przyczyną fałszywie ujemnego wyniku mocznikowego testu oddechowego w kierunku zakażenia *Helicobacter pylori* może być:

- A.** chłoniak żołądka typu MALT.
B. rak żołądka.
C. czynne krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego.
D. nieodstawienie omeprazolu przed badaniem.
E. wszystkie wymienione.

Nr 50. Wskazaniami do badania w kierunku zakażenia *Helicobacter pylori* są:

- 1) chłoniak żołądka typu MALT;
- 2) niedobór witaminy B12;
- 3) pierwotna małopłytkowość immunologiczna;
- 4) rak żołądka u krewnych 1. stopnia;
- 5) życzenie pacjenta obawiającego się rozwoju raka.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 51. Wg. klasyfikacji Bormanna dotyczącej zaawansowania raka żołądka typ II oznacza:

- A.** zmianę płaską i rozlaną.
B. ograniczony pojedynczy polipowaty guz.
C. owrzodziały guz z wyraźnie odgraniczoną granicą nacieku.
D. owrzodziały guz ze słabo odgraniczoną granicą nacieku.
E. klasyfikacja Bormanna dotyczy raka jelita grubego.

Nr 52. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące eradykacji *Helicobacter pylori*:

- 1) tolerancję leczenia może poprawić stosowanie niektórych probiotyków np. *Saccharomyces boulardii*;
- 2) w przypadku drugiego niepowodzenia eradykacji stosuje się leczenie zgodne z oznaczoną antybiotykowrażliwością *H. pylori*;
- 3) w Polsce zalecanym leczeniem pierwszego wyboru jest terapia potrójna (inhibitor pompy protonowej + dwa z trzech antybiotyków: amoksycylina, klarytromycyna, metronidazol);
- 4) w celu potwierdzenia skuteczności eradykacji należy oznaczyć antygeny *H. pylori* w kale w ciągu tygodnia po zakończonym leczeniu;
- 5) w skład tzw. terapii poczwórnej z bizmutem wchodzi: cytrynian bizmutu, famotydyna, tetracyklina, amoksycylina.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 53. Ryzyko uszkodzeń błony śluzowej żołądka przez niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) zwiększają:

- 1) przebyte krwawienie wrzodowe;
- 2) wiek powyżej 60 lat;
- 3) zakażenie *Helicobacter pylori*;
- 4) choroba wrzodowa żołądka w wywiadzie;
- 5) jednoczesne stosowanie omeprazolu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 54. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące raka trzustki:

- 1) cukrzyca lub nieprawidłowa tolerancja glukozy występuje u ok. 20-25% chorych z rakiem trzustki;
- 2) wieloletnia cukrzyca zwiększa nieznacznie (do ok. 2 razy) ryzyko raka trzustki;
- 3) otyłość jest niezależnym czynnikiem ryzyka raka trzustki;
- 4) do czynników mogących zwiększać ryzyko zachorowania na raka trzustki należą m.in.: przewlekła hiperglikemia, hiperinsulinemia, insulinooporność, zwiększone stężenie IGF-1.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 55. Bezwzględny wskazaniem do leczenia operacyjnego wewnątrzprzewodowego brodawkowego nowotworu śluzowego nie jest:

- A. żółtaczka spowodowana obecnością torbieli.
- B. poszerzenie przewodu trzustkowego głównego powyżej 10 mm.
- C. średnica torbieli powyżej 35 mm.
- D. lite struktury w świetle torbieli.
- E. dysplazja dużego stopnia w badaniu cytologicznym.

Nr 56. W przyłóżkowej skali oceny ciężkości ostrego zapalenia trzustki (BISAP) ocenia się m.in. wymienione parametry, z wyjątkiem:

- A. zaburzenia świadomości.
- B. SIRS.
- C. wieku.
- D. stężenia azotu mocznika.
- E. CRP.

Nr 57 Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące gruczolaka wątrobowokomórkowego:

- 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. w badaniach radiologicznych widoczna blizna centralna.

Nr 58. Profilaktyka ostrego zapalenia trzustki po ECPW powinna obejmować zastosowanie:

- A. aspiryny oraz odpowiednie nawadnianie pacjenta.
- B. diklofenaku oraz odpowiednie nawadnianie pacjenta.
- C. indometacyny doodbytniczo oraz antybiotyku dożylnie.
- D. profilaktyczne założenie długiej endoprotezy o śr. co najmniej 10F do przewodu trzustkowego głównego.
- E. profilaktyczne założenie endoprotezy do PŻW oraz podanie diklofenaku doodbytniczo.

Nr 59. Leczeniem z wyboru objawowych torbieli rzekomych trzustki jest:

- A. leczenie chirurgiczne.
- B. drenaż endoskopowy przezścienny i/lub przezbrodawkowy.
- C. drenaż przezskórny.
- D. drenaż przezskórny, a następnie leczenie chirurgiczne.
- E. leczenie endowaskularne.

Nr 60. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące autoimmunologicznego zapalenia trzustki (AZT):

- 1) patogeneza AZT nie jest w pełni wyjaśniona;
- 2) AZT typu II jest jedną z manifestacji układowego procesu autoimmunologicznego, tzw. choroby związanej z IgG4;
- 3) u pacjentów z AZT żółtaczka występuje rzadko (10-20% chorych);
- 4) częściej chorują mężczyźni ok. 60. r.ż.;
- 5) podstawę leczenia AZT stanowi kortykoterapia, dająca szybką poprawę u ponad 90% chorych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 61. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące ostrego zapalenia trzustki (OZT):

- 1) w przypadku prognozowanego ciężkiego OZT zalecane jest wczesne (w ciągu pierwszych 24-48 godzin) całkowite żywienie dojelitowe przez zgłębnik nosowo-żołądkowy lub nosowo-jelitowy;
- 2) endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW) powinna być przeprowadzona u wszystkich chorych z żółciopochodnym OZT;
- 3) w przypadku łagodnego OZT na tle kamicy żółciowej powinno się wykonać cholecystektomię szybko, ale nie wcześniej niż po 6 tygodniach od początku zachorowania;
- 4) nie zaleca się rutynowego stosowania profilaktyki antybiotykowej w przebiegu ciężkiego OZT.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 62. Zespół jelita nadwrażliwego (ZJN), zgodnie z Kryteriami Rzymskimi IV rozpoznaje się, gdy:

- A.** ból brzucha i biegunka wystąpiły nagle i utrzymują się od 4 tygodni.
B. pojawiły się przed około 3 miesiącami i towarzyszy im utrata wagi oraz anemia.
C. z największym nasileniem pojawiają się w godzinach nocnych budząc pacjenta ze snu.
D. wystąpiły przed tygodniem po przebytej kuracji antybiotykowej.
E. występują przynajmniej raz w tygodniu przez ostatnie 3 miesiące, z początkiem objawów przynajmniej pół roku wcześniej.

Nr 63. Wskaż prawdziwe 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 mężczyzn niż kobiet.
C. w przebiegu ZJN mogą występować objawy spoza przewodu pokarmowego takie jak zespół przewlekłego zmęczenia, bóle głowy i pleców, częstomocz.
D. zespół jelita nadwrażliwego nie może rozwijać się po przebyciu ostrej infekcji przewodu pokarmowego.
E. zespół jelita nadwrażliwego obniża jakość życia i zwiększa ryzyko raka jelita grubego.

Nr 64. W patogenezie objawów dyspepsji czynnościowej uczestniczą wymienione czynniki, z wyjątkiem:

- A.** zaburzenia akomodacji żołądka.
B. włóknienia okołowrotnego.
C. nadwrażliwości żołądka i dwunastnicy na bodźce mechaniczne (np. rozciąganie).
D. nacieków komórek kwasochłonnych i mastocytów.
E. przebycia ostrego zakażenia żołądkowo-jelitowego.

Nr 65. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące diagnostyki zespołu jelita nadwrażliwego ZJN:

- A. u pacjentów w wieku poniżej 50. r.ż. oraz bez objawów alarmowych ZJN rozpoznaje się na podstawie objawów zgodnych z Kryteriami Rzymskimi IV.
- B. w diagnostyce SIBO często współistniejącego z ZJN pomocne mogą być testy oddechowe.
- C. w różnicowaniu ZJN i celiakii należy wykonać badanie przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej w klasie IgA oraz poziom całkowity IgA.
- D. dla rozpoznania ZJN konieczna jest diagnostyka w kierunku zakażenia *Helicobacter pylori* w żołądku.
- E. w postaci ZJN z dominującym zaparciem niecelowe jest oznaczanie kalprotektyny w stolcu.

Nr 66. Dieta low-FODMaP która znajduje zastosowanie w leczeniu zespołu jelita nadwrażliwego charakteryzuje się:

- A. ograniczeniem fermentujących oligo, dwu i monosacharydów oraz alkoholi cukrowych czyli polioli.
- B. dużą zawartością błonnika nierozpuszczalnego.
- C. znacznym ograniczeniem soli kuchennej (< 88 mmol/d).
- D. spożywaniem dań typu Fast-food.
- E. zawartością białka około 1 g/kg m.c./d.

Nr 67. W leczeniu dyspepsji czynnościowej zastosowania nie znajdują:

- A. inhibitory pompy protonowej.
- B. niesteroidowe leki przeciwzapalne.
- C. leki pochodzenia roślinnego (np. STW5, siemię lniane).
- D. blokery receptora histaminowego H2.
- E. leki prokinetyczne.

Nr 68. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia zespołu jelita nadwrażliwego (ZJN):

- A. rifaksymina znajduje zastosowanie w terapii ZJN w postaci przebiegającej z biegunką i mieszanej.
- B. kwas 5-aminosalicylowy w ZJN stanowi podstawową metodę leczenia.
- C. w leczeniu dolegliwości bólowych we wszystkich postaciach ZJN podawać należy leki spazmolityczne.
- D. bardzo ważne w uzupełnieniu farmakoterapii jest postępowanie psychoterapeutyczne.
- E. według EBM trócykliczne leki antydepresyjne cechuje duża skuteczność w leczeniu ZJN.

Nr 69. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące dyspepsji czynnościowej:

- A.** zarówno dyspepsja czynnościowa, jak i IBS mogą rozwinąć się w następstwie przebycia ostrego zakażenia żołądkowo-jelitowego.
- B.** klinicznie dyspepsja czynnościowa występuje pod postacią zespołu złego wchłaniania.
- C.** dyspepsja czynnościowa stanowi mały odsetek wszystkich przypadków dyspepsji.
- D.** wśród czynników patogenetycznych dyspepsji czynnościowej znaczenie ma przebiecie zabiegu appendektomii.
- E.** z dyspepsją czynnościową nie mogą współistnieć inne objawy z górnego odcinka przewodu pokarmowego (uciążliwe odbijanie, nudności, wymioty).

Nr 70. 25-letnia pacjentka znajduje się w 32 tygodniu ciąży, która dotąd przebiegała prawidłowo. Od kilku dni skarży się na świąd skóry dłoni i stóp. Nie stwierdza się zażółcenia białówek. Pacjentka nie zażywała w ciąży żadnych leków. Stężenie bilirubiny wynosi 1.2 mg/dl, aktywność fosfatazy zasadowej 210 IU/l (norma < 120 IU/l), GGTP 80 IU/l (norma < 40 IU/l), AST 200 IU/l (norma < 40 IU/l) i ALT 250 IU/l (norma < 35 IU/l). Wskaźnik INR i liczba płytek są prawidłowe. Badanie USG nie wykryło nieprawidłowości w zakresie wątroby, pęcherzyka żółciowego ani dróg żółciowych. Jakie badanie należy wykonać w celu potwierdzenia podejrzewanego choroby?

- A.** elastografię wątroby.
- B.** oznaczenie stężenia immunoglobuliny E (IgE).
- C.** oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).
- D.** badanie osadu moczu.
- E.** oznaczenie stężenia kwasów żółciowych we krwi.

Nr 71. U chorych z niealkoholową stłuszczeniową chorobą wątroby (NAFLD) włóknienie jest najważniejszym czynnikiem rokowniczym, korelującym z objawami niewydolności wątroby i śmiertelnością. Z tego powodu diagnostyka koncentruje się na identyfikacji zaawansowanego włóknienia wątroby. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące włóknienia wątroby:

- A.** podejrzenie włóknienia wątroby na podstawie badania ultrasonograficznego zawsze powinno być potwierdzone biopsją wątroby.
- B.** efektem zabiegów bariatrycznych jest redukcja stłuszczenia, zmniejszenie aktywności zapalnej, lecz zabiegi te nie mają wpływu na włóknienie wątroby.
- C.** indeksy laboratoryjne (np. FIB-4) oraz elastografia ultradźwiękowa są badaniami służącymi do rozpoznawania zaawansowanego włóknienia wątroby.
- D.** zalecenia dietetyczne i ćwiczenia fizyczne są optymalną metodą prowadzącą do regresji stłuszczenia i włóknienia wątroby.
- E.** pacjenci z marskością wątroby na podłożu NAFLD są średnio o 5 lat młodszy od chorych z marskością na podłożu autoimmunologicznego zapalenia wątroby.

Nr 72. Wewnątrzwątrobową proteza naczyniowa implantowana przez żyłę szyjną wewnątrzną TIPS (*transjugular intrahepatic porto-systemic shunt*) zmniejsza nadciśnienie wrotne. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zastosowania TIPS:

- A.** u chorego z marskością wątroby i aktywnym krwawieniem z żyłaków przełyku stwierdzonym podczas endoskopii TIPS poprawia rokowanie w kontroli krwawienia i czasu przeżycia.
- B.** zastosowanie pokrywanych protez naczyniowych średnicy 8 mm jest związane z większym ryzykiem wystąpienia wątrobowej encefalopatii niż protez o średnicy 10 mm.
- C.** chorzy z marskością i zakrzepicą żyły wrotnej wymagają implantacji TIPS przed rozpoczęciem leczenia przeciwzakrzepowego.
- D.** jedynym wskazaniem do implantacji TIPS u pacjenta krwawiącego z żyłaków przełyku jest zaawansowana marskość wątroby (klasa Childa-Pugha C).
- E.** warunkiem implantacji TIPS jest 3-krotne niepowodzenie endoskopowego leczenia krwawienia żylakowego.

Nr 73. 55-letni pacjent z marskością wątroby w ciągu ostatnich 6 miesięcy był hospitalizowany 3-krotnie z powodu napiętego wodobrzusza. Wodobrzusze odporne na leczenie farmakologiczne rozpoznaje się, jeśli:

- A.** podczas stosowania maksymalnych dawek leków moczopędnych spadek masy ciała jest mniejszy od 0,8 kg w ciągu 4 dni.
- B.** istnieje potrzeba paracentezy przynajmniej 5 litrów płynu w ciągu 2 tygodni.
- C.** w celu zahamowania narastania wodobrzusza istnieje konieczność stosowania wysokich dawek diuretyków (furosemid 240 mg, spironol 600 mg).
- D.** istnieje konieczność stosowania diuretyków podawanych drogą dożylną.
- E.** podczas leczenia pojawiają się objawy encefalopatii wątrobowej w stopniu I wg klasyfikacji West Haven.

Nr 74. 58-letni mężczyzna skarży się na objawy neurologiczne, które konsultujący neurolog podejrzewa o zespół Guillain-Barré. U chorego stwierdzono nieprawidłowości enzymatyczne (ALT 320 IU/l, AST 178 IU/l, GGTP 60 IU/l). Stężenie albuminy, kreatyniny oraz czas protrombinowy są prawidłowe. Obraz ultrasonograficzny wątroby, dróg żółciowych i śledziony jest prawidłowy. Który z wymienionych wirusów należy podejrzewać o spowodowanie ostrego zapalenia wątroby?

- A. HAV. B. HBV. C. HCV. D. HEV. E. HDV.**

Nr 75. U 42-letniego pacjenta rozpoznano przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby spowodowane zakażeniem HCV (genotyp 1b). Pacjent jednocześnie choruje na hiperlipidemię. Który z wymienionych leków obniżających stężenie lipidów jest bezpieczny w skojarzeniu z lekami przeciwwirusowymi z grupy leków bezpośrednio działających na wirusa (*direct-acting antivirals*; DAA)?

- A.** rozuwstatyna.
- B.** atorwastatyna.
- C.** fenofibrat.
- D.** prawastatyna.
- E.** simwastatyna.

Nr 76. U 65-letniego mężczyzny w gastroskopii wykonanej z powodu dyspepsji nieoczekiwanie stwierdzono małe żylaki przełyku i cechy gastropatii wrotnej. W wywiadzie astma oskrzelowa i nadciśnienie tętnicze. Pacjent nie nadużywał alkoholu i nie miał diagnozowanej wcześniej choroby wątroby. Wykonane badania wykluczyły zakażenie wirusami hepatotropowymi, choroby autoimmunologiczne i metaboliczne wątroby. W badaniach ultrasonograficznym i TK wątroba o nierównej, guzkowej powierzchni, niepowiększona bez zmian ogniskowych. Stwierdzono obecność kolaterali śródbrzusznych, bez wodobrzusza i bez powiększenia śledziony. Aktywność ALT 32 IU/l, AST 43 IU/l, GGTP 63 IU/l, fosfatazy zasadowej 85 IU/l. Wartości INR, stężenia albuminy i bilirubiny oraz liczba płytek krwi prawidłowe. Pacjent od 20 lat jest zatrudniony w zakładzie produkującym rurki plastikowe do centralnego ogrzewania. Wskaż najbardziej prawdopodobną przyczynę nadciśnienia wrotnego u tego pacjenta:

- A. toksyczna marskość na podłożu stłuszczeniowego zapalenia wątroby.
- B. pelioza wątroby i niemarskie nadciśnienie wrotne.
- C. zespół Budda-Chiariego.
- D. włókniejące zapalenie osierdzia.
- E. zakrzepica żyły wrotnej.

Nr 77. U 44-letniej kobiety w ramach badań okresowych wykonano badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej. Badanie to wykazało prawidłowy obraz wątroby, nerek i trzustki, w pęcherzyku żółciowym stwierdzono obecność 3 nieuwapnionych złogów o średnicy do 5 mm. Drogi żółciowe nie były poszerzone. Kobieta nie jest obciążona innymi chorobami. Lekarz rodzinny zalecił wykonanie cholecystektomii. Wskaż właściwe postępowanie w przypadku opisanej pacjentki:

- A. wykonanie cholecystektomii laparoskopowej.
- B. brak leczenia.
- C. wykonanie klasycznej cholecystektomii.
- D. wykonanie rezonansu magnetycznego w celu potwierdzenia kamicy pęcherzykowej.
- E. zastosowanie kwasu ursodeoksycholowego w dawce dobowej 13 mg/kg w celu rozpuszczenia złogów.

Nr 78. Wskaż zmiany stwierdzane podczas kolonoskopii, które są charakterystyczne dla choroby Leśniowskiego-Crohna (w odróżnieniu od wrzodziejącego zapalenia jelita grubego):

- A. ostra granica między obszarem zmienionym zapalnie i prawidłową błoną śluzową.
- B. głębokie owrzodzenia o nieregularnym kształcie.
- C. polipy zapalne.
- D. obecność zwężeń lub przetok.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 79. Do oceny zasięgu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego wykorzystuje się:

- A. badanie endoskopowe jelita grubego.
- B. badanie histopatologiczne wycinków z jelita grubego.
- C. badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej.
- D. tomografię komputerową jamy brzusznej.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 80. Wedolizumab i tofacytinib są od kilku lat stosowane w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Najważniejsze różnice między tymi lekami dotyczą:

- A. odsetka odpowiedzi i remisji w następstwie ich stosowania.
- B. wpływu na pozajelitowe manifestacje WZJG.
- C. immunogenności.
- D. częstości działań niepożądanych.
- E. wszystkich wymienionych cech.

Nr 81. Do podstawowych zaleceń w terapii ostrego ciężkiego rzutu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (ang. ASUC, *acute severe ulcerative colitis*) nie należy:

- A. dożylnie podawanie metyloprednizolonu w dawce 60 mg na dobę.
- B. stosowanie cyklosporyny u pacjentów z przeciwwskazaniami do steroidoterapii.
- C. stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej w celu zmniejszenia ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych.
- D. dieta ścisła i żywienie pozajelitowe.
- E. doustne podawanie wankomycyny u pacjentów z obecnością toksyny *Clostridium difficile* w kale.

Nr 82. Pacjent w remisji choroby Crohna w trakcie leczenia azatiopryną oraz infliksymabem chce wiedzieć, czy może się poddać szczepieniu przeciwko SARS-CoV-19. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące szczepień w opisanym przypadku:

- A. jak dotąd nie udowodniono jednoznacznie, by nieswoista choroba zapalna jelit (NChZJ) istotnie zwiększała ryzyko zakażenia SARS-CoV-2.
- B. dostępne szczepionki przeciw COVID-19 należą do grupy szczepionek nieżywych, dlatego też nie mogą wywołać choroby infekcyjnej nawet u pacjentów w stanie immunosupresji.
- C. szczepienie jest zalecane również u chorych otrzymujących leki wpływające na mechanizmy immunologiczne.
- D. racjonalne wydaje się zachowanie odstępu między szczepieniem a podaniem leku biologicznego, ale optymalny odstęp nie został ustalony.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 83. Do gastroenterologa zgłasza się pacjent z lewostronnym wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, leczony podtrzymującą mesalazyną w dawce 2 g dziennie, który od 2 tygodni ma łagodny nawrót choroby. Wskaż, które z wymienionych zaleceń terapeutycznych **nie jest** uzasadnione:

- A. należy włączyć dodatkowo kortykosteroid doustnie.
- B. należy włączyć dodatkowo mesalazyna doodbytniczo.
- C. należy zwiększyć dawkę mesalazyny doustnie.
- D. należy zamienić dotychczas stosowany preparat mesalazyny na inny.
- E. należy włączyć dodatkowo kortykosteroid doodbytniczo.

Nr 84. 30-letni pacjent z chorobą Crohna okolicy krętniczo-kątniczej od 10 lat, leczony przez ten czas azatiopryną, podczas wizyty kontrolnej zgłasza codzienne popołudniowe bóle brzucha z towarzyszącym wzdęciem. W ciągu ostatnich 6 mies. stracił na wadze 5% wyjściowej wagi. W badaniu przedmiotowym wyczuwalny tkliwy opór w prawym dole biodrowym. Wskaż właściwe postępowanie na tym etapie choroby:

- A. oznaczenie stężenia kalprotektyny.
- B. ocena zasięgu i zaawansowania choroby w enterografii.
- C. wykonanie kolonoskopii.
- D. rozpoczęcie steroidoterapii systemowej.
- E. kwalifikacja do leczenia biologicznego.

Nr 85. W kolejnej kolonoskopii u pacjenta z podejrzeniem nieswoistej choroby zapalnej jelit stwierdza się zmiany zapalne w całej okrężnicy o mniejszym nasileniu w lewej połowie i brak zmian w odbytnicy. Wskaż prawidłową interpretację takiego obrazu:

- A. opisane rozmieszczenie zmian jest bardziej typowe dla choroby Crohna niż wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
- B. opisane rozmieszczenie zmian może być następstwem leczenia miejscowego.
- C. opisane rozmieszczenie zmian jest spotykane we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego u dzieci.
- D. opisane nasilenie zmian jest spotykane we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego z towarzyszącym stwardniającym zapaleniem jelita grubego.
- E. wszystkie powyższe stwierdzenia są prawidłowe.

Nr 86. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące opryszczkowego zapalenia odbytnicy:

- A. należy do zakażeń występujących ze zwiększoną częstością w trakcie leczenia tofacytinibem.
- B. występuje częściej u osób w trakcie immunosupresji po przeszczepach.
- C. występuje częściej u chorych na AIDS.
- D. jest zakażeniem przenoszonym drogą płciową w trakcie stosunków analnych.
- E. może być spowodowane przez wirusa opryszczki wargowej (HSV-1), jak i wirusa opryszczki płciowej (HSV-2).

Nr 87. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące pierwotnego zapalenia dróg żółciowych (zwane dawniej pierwotną marskością żółciową wątroby – PBC):

- A. obecność przeciwciał przeciw mięśniom gładkim (SMA) jest jednym z 3 kryteriów rozpoznania.
- B. najczęściej dotyczy młodych kobiet cierpiących równocześnie na zespół jelita drażliwego.
- C. posiada charakterystyczny obraz w badaniu MRCP.
- D. leczeniem pierwszego rzutu są steroidy i azatiopryna.
- E. u pacjenta z obecnością przeciwciał AMA i podwyższoną aktywnością alkalicznej fosfatazy (ALP) do ustalenia rozpoznania nie jest potwierdzenie choroby w biopsji wątroby.

Nr 88. Do schorzeń, które mogą towarzyszyć pierwotnemu zapaleniu dróg żółciowych (zwanemu dawniej pierwotną marskością żółciową wątroby – PBC) zalicza się wszystkie wymienione, z wyjątkiem:

- A. zespołu Sjogrena.
- B. autoimmunologicznego zapalenia tarczycy.
- C. reumatoidalnego zapalenia stawów.
- D. amyloidozy.
- E. twardziny układowej.

Nr 89. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące choroby Wilsona:

- A. zaburzenia neurologiczne są bardzo rzadkie (poniżej 10%), pojawiają się głównie u osób, u których choroba manifestuje się po raz pierwszy po 50. r.ż.
- B. zaburzenia psychiczne występują u około 10% pacjentów i objawiają się najczęściej kłopotami w szkole/pracy i zachowaniami impulsywnymi.
- C. w leczeniu stosuje się kwas ursodezoksycholowy, w dawce 13-15 mg/kg m.c.
- D. objawy choroby wątroby występują u praktycznie wszystkich pacjentów.
- E. biopsja wątroby rozstrzyga o rozpoznaniu ponieważ pokazuje ona zmiany patognomoniczne dla choroby Wilsona.

Nr 90. W alkoholowej chorobie wątroby:

- A. stłuszczenie wątroby zwykle ustępuje po 4-6 tyg. od zaprzestania spożywania alkoholu.
- B. obserwuje się wzrost alkalicznej fosfatazy (ALP), mikrocytozę i ALT/AST>2.
- C. w badaniu USG jamy brzusznej wątroba posiada zmniejszoną echogeniczność.
- D. obserwuje się typowo leukopenię.
- E. niemal u każdego pacjenta stwierdza się powiększenie śledziony i żylaki przełyku.

Nr 91. W alkoholowym zapaleniu wątroby:

- A. penicylina i pentoksyfilina są leczeniem pierwszego rzutu.
- B. wskaźnik Maddreya, nie ma aktualnie istotnego znaczenia prognostycznego.
- C. kliniczną manifestacją może być powiększenie wątroby, żółtaczka i cechy niedożywienia.
- D. należy dążyć do tego, aby u wszystkich pacjentów wykonać przezskórną biopsję wątroby.
- E. poziom bilirubiny nie ma znaczenia przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych na podstawie wskaźnika Lille.

Nr 92. Tak zwane kryteria King's College stosowane w kwalifikacji do transplantacji wątroby u pacjenta z ostrą jej niewydolnością z innych przyczyn niż zatrucie paracetamolem uwzględniają:

- A. czas protrombinowy (INR).
- B. aktywność transaminaz.
- C. poziom albumin.
- D. niedokrwistość.
- E. pancytopenię.

Nr 93. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące transplantacji wątroby:

- A. przewlekłe odrzucanie jest groźnym powikłaniem, które często prowadzi do utraty graftu.
- B. rak wątrobowokomórkowy (HCC) w wątrobie marskiej jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do zabiegu.
- C. przeciwwskazaniem do zabiegu jest marskość wątroby w stopniu C w skali Child-Pugh u pacjenta z marskością wtórną do infekcji wirusem zapalenia wątroby typu C.
- D. w leczeniu ostrego odrzucania stosuje się duże dawki glikokortykosteroidów, np. metyloprednizon w dawce 500-1000 mg/d, ale skuteczność takiego leczenia pozostaje wciąż niska (odpowiedź u ok. 10-20% pacjentów).
- E. roczne okresy przeżycia po zabiegu wynoszą około 50-60%.

Nr 94. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych (PSC):

- A. u około 60% pacjentów choroba współwystępuje z zespołem jelita drażliwego.
- B. przeciwciała AMA występują u około 90% pacjentów.
- C. dla potwierdzenia rozpoznania należy zawsze wykonać badanie ECPW (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna).
- D. badaniem diagnostycznym z wyboru jest cholangiopankreatografia w rezonansie (MRCP).
- E. leczeniem z wyboru są penicylamina i preparaty cynku.

Nr 95. 35-letni mężczyzna zgłosił się do izby przyjęć ze skargami na dreszcze, gorączkę i świąd skóry. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono AST-58 U/l (N=5-35), ALT-140 U/l (N=5-35); ALP-920 U/l (N=30-120); GGT=667 (N=5-35) bilirubina 9,2 mg% (N<1,0); CRP 68 mg/l (N<5,0). Najbardziej prawdopodobne rozpoznanie to:

- A. niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, z uwagi na podwyższoną bilirubinę i GGT.
- B. alkoholowe uszkodzenie wątroby za czym przemawia znacznie zwiększona aktywność ALP i GGTP i wynik wskaźnika de Ritisa.
- C. choroba Wilsona za czym przemawia typowy wiek w momencie rozpoznania choroby, zwiększona aktywność ALP i wysokie CRP.
- D. zapalenie dróg żółciowych u pacjenta z PSC z uwagi na kliniczne i biochemiczne cechy cholestazy oraz podwyższony parametr zapalny.
- E. hemochromatoza z uwagi na typowy dla tej choroby wiek w momencie rozpoznania oraz podwyższone transaminazy.

Nr 96. Uchylek Meckla:

- A. występuje dwa razy częściej u płci żeńskiej.
- B. występuje u około 8% populacji.
- C. powstaje wskutek przetrwania części przewodu pępkowo-jelitowego.
- D. objawia się zazwyczaj po ukończeniu 50 roku życia.
- E. zlokalizowany jest zazwyczaj około 20 cm dystalnie od więzadła Treitza.

Nr 97. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące celiakii odpornej na leczenie:

- A. charakteryzuje się utrzymywaniem objawów chorobowych oraz podwyższonego miana przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej przez > 12 miesięcy stosowania diety bezglutenowej.
- B. typ II obarczony jest gorszym rokowaniem, niż typ I.
- C. typ II charakteryzuje się występowaniem aberrantnej populacji limfocytów T w naciekach zapalnych jelita cienkiego.
- D. powikłaniem może być rozwój chłoniaka T-komórkowego związanego z enteropatią EATL (*enteropathy associated T-cell lymphoma*).
- E. w leczeniu stosuje się m.in. przeciwciała anty-TNF- α .

Nr 98. W przypadku rozrostu drobnoustrojów metanotwórczych IMO (*intestinal methanogen overgrowth*) zalecanym schematem terapeutycznym jest:

- A. ryfaksymina 400 mg co 12 godzin przez 14 dni.
- B. ryfaksymina 400 mg co 8 godzin przez 10 dni.
- C. ryfaksymina 400 mg co 12 godzin i doksycyklina 100 mg co 12 godzin przez 14 dni.
- D. ryfaksymina 400 mg co 8 godzin i neomycyna 250 mg co 12 godzin przez 14 dni.
- E. ryfaksymina 400 mg co 8 godzin i neomycyna 500 mg co 12 godzin przez 14 dni.

Nr 99. Przeciwwskazaniem do leczenia infliksymabem nie jest:

- A. udokumentowana nadwrażliwość na lek.
- B. ciąża.
- C. ciężkie zakażenie (np. aktywna gruźlica).
- D. niewydolność serca (NYHA III i IV).
- E. zespoły demielinizacyjne.

Nr 100. Do poradni gastroenterologicznej zgłosił się 24-letni mężczyzna, chorujący na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Powodem zgłoszenia jest utrzymujący się od ok. 3 mies. silny ból okolicy krzyżowej. Ból nasila się po spoczynku nocnym i wykazuje największe natężenie rano, a następnie w ciągu dnia ulega złagodzeniu. Chory od 3 lat przyjmuje azatioprynę i mesalazynę. Od tego czasu pozostaje w remisji colitis ulcerosa. Miesiąc temu wykonał oznaczenie kalprotektyny w kale (wartość kalprotektyny: 160 µg/g). Konsultujący lekarz zlecił wykonanie badania rezonansu magnetycznego odcinka L-S kręgosłupa wraz z oceną stawów krzyżowo-biodrowych. Badanie wykazało zmiany zapalne o charakterze *sacroiliitis*. Wskaż prawidłowe leczenie tego pacjenta:

- A. w leczeniu można zastosować niesteroidowe leki przeciwzapalne, ale w minimalnych skutecznych dawkach i jak najkrócej (preferowane są inhibitory cyklooksygenazy 2).
- B. obraz kliniczny oraz wartość kalprotektyny w kale świadczą o zaostrzeniu choroby podstawowej, stąd konieczne jest włączenie steroidów systemowych.
- C. wartościową opcją terapeutyczną będzie metotreksat, dlatego należy włączyć ten lek i odstawić azatioprynę.
- D. lekiem biologicznym o najlepszym profilu skuteczności w tej sytuacji klinicznej będzie wedolizumab.
- E. fizjoterapia jest przeciwwskazana w przedstawionej sytuacji klinicznej.

Nr 101. Wskaż, u którego pacjenta z 8-letnim wywiadem chorobowym wrzodziejącego zapalenia jelita grubego nie zaleca się przeprowadzenia kolejnej oceny endoskopowej rok po wykonaniu kolonoskopii w ramach nadzoru onkologicznego,:

- A. w przypadku, gdy krewny pacjenta I stopnia zachorował na raka jelita grubego < 50. r.ż.
- B. ze współistniejącym pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych.
- C. z obecnością polipów zapalnych.
- D. z obecnością zwężenia jelita grubego.
- E. z rozległym zajęciem okrężnicy z dużą aktywnością zapalną.

Nr 102. Wskaż zaburzenie czynnościowe przełyku wg. IV Kryteriów Rzymskich, w którym jednym z kryteriów diagnostycznych jest wykluczenie ektopii błony śluzowej żołądka w proksymalnym odcinku przełyku:

- A. zgaga czynnościowa.
- B. nadwrażliwość na refluks.
- C. dysfagia czynnościowa.
- D. gałka.
- E. żadne z wymienionych.

Nr 103. Wskaż zaburzenie czynnościowe przełyku wg. IV Kryteriów Rzymskich, w którym dla postawienia rozpoznania konieczne jest wykluczenie eozynofilowego zapalenia przełyku:

- A. czynnościowy ból w klatce piersiowej.
- B. nadwrażliwość na refluks.
- C. dysfagia czynnościowa.
- D. gałka.
- E. w każdym z wymienionych zaburzeń.

Nr 104. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące gałki:

- 1) schorzenie często współistnieje z eozynofilowym zapaleniem przełyku;
- 2) objawy nasilają się podczas przyjmowania pokarmów stałych;
- 3) objawy nasilają się podczas przyjmowania płynów;
- 4) objawy występują między posiłkami;
- 5) objawy ustępują w sytuacjach stresowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 105. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące tofacitinibu:

- A. jest to lek małocząsteczkowy, skierowany przeciwko kinazom Janusowym (kinazom typu JAK).
- B. przeciwwskazaniem do włączenia leku jest równoległe stosowanie antykoncepcji hormonalnej.
- C. terapia indukcyjna trwa zwykle 8 tygodni, jednak może być przedłużona do 16 tygodni.
- D. stosowany jest m.in. w terapii wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i reumatoidalnego zapalenia stawów.
- E. nie należy go stosować w przypadku stężenia hemoglobiny poniżej 9 g/dl.

Nr 106. Do poradni gastroenterologicznej zgłosił się 35-letni mężczyzna, chorujący na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Cztery miesiące wcześniej rozpoczęto u chorego terapię wedolizumabem z powodu zaostrzenia choroby, niereagującego na steroidoterapię. Po włączeniu leku biologicznego nastąpiła stopniowa poprawa kliniczna i endoskopowa (spadek aktywności w Total Mayo Score o 5 punktów po 3 miesiącach terapii), ale nadal utrzymuje się podwyższona wartość kalprotektyny w kale - wyjściowo wynosiła ona 3100 µg/g, a aktualnie – 590 µg/g. Jakie będzie najwłaściwsze dalsze postępowanie?

- A. konieczna jest intensyfikacja dawkowania wedolizumabu.
- B. konieczna jest ocena stężenia wedolizumabu w surowicy, a decyzja o intensyfikacji dawkowania leku powinna zależeć od wyniku tego badania.
- C. należy kontynuować dotychczasową terapię bez zmiany schematu dawkowania leku.
- D. należy zakończyć leczenie i zastosować lek biologiczny o innym mechanizmie działania.
- E. w celu weryfikacji wiarygodności wyniku kalprotektyny należy równocześnie ocenić wartość laktoferyny w kale.

Nr 107. 30-letni pacjent, u którego kilka razy w tygodniu występuje ból w kalce piersiowej został skierowany przez kardiologa do gastroenterologa z podejrzeniem czynnościowego bólu w klacie piersiowej. Na podstawie uprzednich szczegółowych badań kardiologicznych wykluczono kardiogenne tło dolegliwości. U chorego nie występuje zgaga ani dysfagia. Które z badań należy wykonać w ramach diagnostyki zgodnie z IV Kryteriami Rzymskimi?

- 1) gastroskopię z wycinkami, tylko w przypadku zmian makroskopowych;
- 2) gastroskopię z wycinkami, nawet przy braku zmian makroskopowych;
- 3) manometrię przełyku;
- 4) pH-metrię lub pH-impedancję przełyku;
- 5) endoskopową ultrasonografię.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 108. W leczeniu zaburzeń bólowych przewodu pokarmowego ośrodkowo-zależnych stosuje się:

- 1) leki przeciwdepresyjne;
- 2) niesteroidowe leki przeciwbólowe;
- 3) opioidy;
- 4) leki rozkurczowe;
- 5) psychoterapię.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 109. Wskaż schorzenie, w którym charakterystyczne jest zmniejszanie się dolegliwości po długim gorącym prysznicu lub kąpeli:

- A.** napadowy ból odbytu.
B. zespół jelita narkotycznego.
C. zespół jelita nadwrażliwego.
D. zespół niepowściągliwych wymiotów wywołanych kannabinoidami.
E. zespół cyklicznych wymiotów.

Nr 110. U pacjentów z NAFLD [nowa nazwa: choroba stłuszczeniowa wątroby związana z zaburzeniami metabolicznymi (ang. MAFLD)] i z niewielkim włóknieniem (F 1) należy monitorować:

- 1) ciśnienie tętnicze;
- 2) aktywność aminotransferaz (ALT i AST);
- 3) stężenie triglicerydów;
- 4) stężenie α -fetoproteiny (AFP);
- 5) stężenia frakcji HDL i LDL cholesterolu.

Prawidłowa odpowiedź to:

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

Nr 111. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby (NAFLD):

- A. złe warunki społeczno-ekonomiczne w dzieciństwie sprzyjają rozwojowi NAFLD w wieku dorosłym.
- B. NAFLD nie zwiększa ryzyka powikłań miażdżycowych.
- C. nie zaobserwowano, aby NAFLD był niezależnym czynnikiem ryzyka ciężkiej postaci COVID-19.
- D. nie potwierdzono skuteczności witaminy E w NAFLD w fazie marskości.
- E. suplementacja witaminy D u osób z jej niedoborem nie ma znaczenia w prewencji NAFLD.

Nr 112. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące gradientu albuminowego (ang. SAAG), to jest różnicy stężeń albumin w surowicy i płynie puchlinowym:

- A. pozwala na rozpoznanie marskości wątroby.
- B. SAAG jest nieprzydatny do rozpoznania marskości wątroby na tle autoimmunizacyjnym.
- C. SAAG < 1,1 g/dl wskazuje na brak nadciśnienia wrotnego.
- D. SAAG > 1,1 g/dl wskazuje na nadciśnienie wrotne.
- E. SAAG < 1,1 g/dl może występować w wodobrzuszu na tle nowotworowym.

Nr 113. Wywiady, badania obrazowe i laboratoryjne u 40-letniego mężczyzny wskazują na marskość wątroby o etiologii alkoholowej. W endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego stwierdzono żylaki przełyku I stopnia bez czerwonych znamion. U pacjenta wskazana jest abstynencja i postępowanie zalecane u chorych z marskością wątroby, a w celu zapobiegania pierwszemu epizodowi krwawienia z żylaków należy zastosować:

- A. endoskopowe opaskowanie.
- B. przezżyłne śródwątrobowe zespolenie wrotno-systemowe (TIPS).
- C. nieselektywny β -bloker.
- D. tylko obserwację i kontrolną endoskopię za 2 - 3 lata.
- E. tylko obserwację i kontrolną endoskopię za rok.

Nr 114. Rozpoznanie przełyku Barretta opiera się na:

- A. wyłącznie na obrazie endoskopowym.
- B. stwierdzeniu nabłonka walcowatego w badaniu mikroskopowym wycinków z przełyku, w korelacji z obrazem endoskopowym.
- C. stwierdzeniu metaplasji 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. ustaleniu choroby refluksowej przełyku w wywiadzie.

Nr 115. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące zasad i efektów leczenia preparatami o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA) chorych zakażonych wirusem *hepatitis C* (HCV):

- A. monoterapia jest niedopuszczalna; stosuje się preparaty złożone.
- B. chory ze zwiększonym ryzykiem raka wątrobowo komórkowego (HCC) przed leczeniem DAA nie wymaga nadzoru onkologicznego jeśli leczenie doprowadziło do eradykacji HCV.
- C. leczenie DAA zmniejsza zapadalność na cukrzycę typu 2.
- D. zastosowanie DAA u chorych zakażonych HCV i z marskością wątroby zmniejsza ryzyko krwawienia z żyłaków przełyku.
- E. jeśli w czasie leczenia DAA wystąpią poważne objawy niepożądane należy przerwać leczenie, a nie ograniczać się do zmniejszenia dawki w celu zachowania ciągłości leczenia przeciwwirusowego.

Nr 116. Niskie stężenie ferrytyny w surowicy krwi może wystąpić u osoby z:

- A. nieleczoną hemochromatozą wrodzoną.
- B. chorobami zapalnymi lub zakażeniami.
- C. niealkoholowym tłuszczaczkowym zapaleniem wątroby (NASH).
- D. zespołem hemofagocytowym.
- E. wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Nr 117. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące 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 118. U 38-letniej kobiety przed trzema laty wykryto (CEUS, TK) zmianę w wątrobie o cechach ogniskowego rozrostu guzkowego (FNH) o średnicy 3 cm. W tym okresie wielkość zmiany była stabilna. Wskaż nieuzasadnione (błędne) zalecenie:

- A. leczenie farmakologiczne nie jest wymagane.
- B. niewskazane jest leczenie chirurgiczne.
- C. ciąża nie jest przeciwwskazana.
- D. można stosować doustne środki antykoncepcyjne.
- E. należy wykonywać kontrolne USG co pół roku.

Nr 119. Wskaż, który z wymienionych czynników może powodować przedwątrową hiperbilirubinemię niesprzężoną:

- A.** polekowe uszkodzenie wątroby.
- B.** sztuczna zastawka serca.
- C.** czterochlorek węgla.
- D.** chłoniak z zajęciem wątroby.
- E.** zespół Budda i Chiariego.

Nr 120. 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.** przeciwskazaniem do badania jest stosowanie inhibitorów pompy protonowej.
- D.** za dodatni wynik w teście 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.

Dziękujemy !