

Pytania do zestawu nr 3

Pytania z dziedziny onkologii ogólnej

Kod: O-31

Wyższe prawdopodobieństwo odpowiedzi na leczenie gefitinibem chorych na niedrobnokomórkowego raka występuje w przypadku wszystkich wymienionych cech z wyjątkiem:

- A. płci żeńskiej;
- B. niepalenia tytoniu;
- C. braku mutacji receptora EGF;
- D. rasy żółtej;
- E. typu histologicznego gruczolaka.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-32

Jednoczasowa chemioradioterapia jest stosowana standardowo w leczeniu radykalnym następujących nowotworów z wyjątkiem:

- A. raka trzustki;
- B. raka przełyku;
- C. raka odbytu;
- D. raka krtani;
- E. raka szyjki macicy.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: O-33

Pooperacyjna radioterapia chorych na raka odbytnicy:

- A. jest stosowana w przypadku przejścia nowotworu przez całą grubość błony śluzowej;
- B. znamiennie obniża ryzyko nawrotu miejscowego;
- C. wpływa na wydłużenie całkowitego czasu przeżycia;
- D. jest skuteczniejsza od radioterapii przedoperacyjnej;
- E. jest stosowana jedynie w przypadku nowotworów znajdujących się powyżej załamka otrzewnej.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: O-34

Radioterapia pooperacyjna w raku pęcherza moczowego:

- A. prowadzi do wydłużenia czasu przeżycia;
- B. jest stosowana najczęściej w skojarzeniu z jednoczesną radioterapią;
- C. jest zalecana jedynie u chorych z cechą N+;
- D. jest zalecana jedynie w przypadku *typowego* raka z komórek urotelialnych;
- E. nie jest rutynowo stosowana.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: O-35

Najczęstszymi przewlekłymi powikłaniami radykalnej radioterapii raka gruczołu krokowego są:

1. nietrzymanie moczu;
2. popromienne zapalenie odbytnicy;
3. popromienne zapalenie pęcherza moczowego;
4. zaburzenia erekcji;
5. objawy niedoboru androgenów.

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

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Kod: O-36

Narzędem o najwyższej promieniowrażliwości (mierzonej wysokością dawki, którą można bezpiecznie podać na cały narząd) spośród niżej wymienionych jest:

- A. mięsień sercowy;
- B. wątroba;
- C. rdzeń kręgowy;
- D. nerka;
- E. jelito cienkie.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: O-37

Radioterapia z zastosowaniem intensywnej modulacji wiązki (IMRT) pozwala na:

- A. uzyskanie niższej dawki w obrębie narządów krytycznych;
- B. uzyskanie bardziej homogennej dawki w obrębie obszarów tarczowych;
- C. zmniejszenie łącznej objętości napromienianych tkanek;
- D. skrócenie czasu leczenia;
- E. uzyskanie lepszej odtwarzalności leczenia.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: O-38

U 59-letniej kobiety w badaniu klinicznym stwierdzono 3-centymetrowy, ruchomy guz lewej piersi. Węzły chłonne pachowe po stronie guza niepowiększone. W badaniu mammograficznym potwierdzono obecność guza o nieostrych granicach oraz ujawniono rozsiane w całej piersi linijne mikrozwapnienia. Po wykonaniu biopsji gruczołowej uzyskano obfity materiał, na podstawie którego rozpoznano raka piersi: *carcinoma ductale invasivum*, II stopień RB, z dodatkową ekspresją receptorów steroidowych. Pacjentka dotychczas nie chorowała, nie miesiączkuje od 6 lat. Leczeniem z wyboru jest w tym przypadku:

- A. chemioterapia, a następnie oszczędzający zabieg operacyjny i napromienianie;

- B. pobranie materiału histologicznego z ogniska mikrozwzwnięń oraz postępowanie chirurgiczne i systemowe zależne od wyniku;
- C. przedoperacyjne leczenie tamoksifenem przez 3 mies.;
- D. przedoperacyjne leczenie inhibitorem aromatazy przez 3 mies.;
- E. amputacja piersi sposobem Pateya i leczenie systemowe zależne od ekspresji markerów biologicznych oraz stanu węzłów chłonnych.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-39

U 49-letniej kobiety usunięto górny zewnętrzny kwadrant lewej piersi oraz pachowe węzły chłonne po stronie lewej z powodu raka. W badaniu histologicznym stwierdzono obecność ogniska naciekającego raka przewodowego o średnicy 20 mm, w II stopniu złośliwości wg RB; ER dodatnie w 80% komórek, PgR dodatnie w ok. 20% komórek; Her2 1+ w badaniu IHC; 2/16 węzłów chłonnych pachowych zawierają przerzuty raka. Pacjentka miesiąckuje regularnie, nie jest obciążona chorobami przewlekłymi. Dalsze postępowanie to:

- A. chemioterapia z udziałem antracyklin i kontrole lekarskie, mammografia raz w roku, RTG klatki piersiowej raz w roku;
- B. chemioterapia z udziałem antracyklin, następnie napromienianie + hormonoterapia: tamoksifen przez 5 lat;
- C. chemioterapia z udziałem antracyklin, następnie napromienianie + hormonoterapia: inhibitor aromatazy przez 5 lat;
- D. napromienianie + hormonoterapia: tamoksifen przez 2–3 lata, a następnie letrozol przez 3 lata;
- E. amputacja piersi.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-40

Wybierając u chorych na raka rodzaj hormonoterapii uzupełniającej zabieg operacyjny, należy brać pod uwagę:

- A. stan menopauzalny pacjentki;
- B. stopień ekspresji ER i PgR;
- C. zakres objawów niepożądanych w relacji do przebiegłych i obecnych chorób towarzyszących;
- D. ekspresję HER2;
- E. wszystkie powyższe.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-41

Leczeniem z wyboru u 56-letniego chorego z rozpoznaniem raka okrężnicy zstępującej z licznymi ogniskami przerzutowymi w wątrobie, w bardzo dobrym stanie ogólnym, z umiarkowaną niedokrwistością (Hb 10 g/l), ale bez innych odchyleń w badaniach biochemicznych jest:

- A. 5-fluorouracyl z leukoworyną i.v.;
- B. FOLFIRI;
- C. FOLFOX4;
- D. IFL + bewacizumab;
- E. B, C, D dają podobne wyniki.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-42

Bewacizumab w leczeniu raka jelita grubego:

- A. jest chimerycznym przeciwciałem monoklonalnym przeciwko naskórkowemu czynnikowi wzrostu;
- B. w skojarzeniu z chemioterapią powoduje zwiększenie liczby obiektywnych odpowiedzi oraz wydłużenie czasu przeżycia;
- C. jest mysim przeciwciałem monoklonalnym przeciwko receptorowi naskórkowego czynnika wzrostu;
- D. prawidłowe są odpowiedzi B i C;
- E. prawidłowe są odpowiedzi A i B.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-43

Objawami niepożądanymi towarzyszącymi leczeniu bewacizumabem są:

- A. pokrzywka, neutropenia;
- B. koagulopatia, perforacja jelit;
- C. nadciśnienie, proteinuria;
- D. prawidłowe są odpowiedzi A i B;
- E. prawidłowe są odpowiedzi B i C.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: O-44

U 49-letniego mężczyzny rozpoznano guz płuca lewego. Chory od wielu lat palił paczkę papierosów dziennie. Dotychczas poważnie nie chorował. W badaniach obrazowych stwierdzono masę guzową w lewym płucu, łączącą się z powiększonymi węzłami chłonnymi lewej wnęki. Na podstawie biopsji przez ścianę klatki piersiowej rozpoznano drobnokomórkowego raka płuca. Ze względu na brak cech rozsiewu w badaniach klinicznych i obrazowych stwierdzono stadium ograniczone LD. Stan sprawności wg ECOG 0. FEV1 1,6 L. Badania morfologii krwi i biochemiczne w zakresie normy. Choremu należy zaproponować:

- A. 4 cykle chemioterapii zawierającej cisplatynę i etopozyd (PE), dalsze postępowanie uzależnić od ponownej oceny zaawansowania procesu;
- B. 6 cykli chemioterapii PE i napromienianie;
- C. równoczesną chemioradioterapię z napromienianiem guza i węzłów chłonnych śródpiersia od 1. lub 2. cyklu;
- D. chory, ze względu na niską wartość FEV1, kwalifikuje się wyłącznie do leczenia systemowego;
- E. radykalny zabieg operacyjny z następową chemioradioterapią sekwencyjną z napromienianiem guza po 4. cyklu.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: O-45

Według zaleceń ASCO, w przypadkach wczesnego raka piersi przesiewowe badanie gęstości mineralnej kości należy przeprowadzać u:

- A. wszystkich kobiet w wieku 65 lat i starszych;
- B. wszystkich kobiet w wieku 60–64 lat z wagą < 70 kg, z przebyłym złamaniem kości lub obciążonych rodzinnym występowaniem osteoporozy;
- C. pomenopauzalnych chorych otrzymujących inhibitory aromatazy;

- D. przedmenopauzalnych pacjentek z przedwczesną polekową menopauzą;
E. wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Piśmiennictwo

- Lynch TJ, Bell DW, Sordella R i wsp. Activating mutations in the epidermal growth factor receptor underlying responsiveness of non-small-cell lung cancer to gefitinib. *N Engl J Med* 2004; 350: 2129-39.
- Krzakowski M (red.). *Onkologia kliniczna*. Borgis, Warszawa 2001.
- Nowacki MP. Rak jelita grubego. W: Krzakowski M (red.). *Onkologia kliniczna*. Borgis, Warszawa 2001.
- Bladder Cancer (PDQ®): Treatment, <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/bladder/HealthProfessional>.
- Jereczek-Fossa B. Rola radioterapii w leczeniu raka gruczołu krokowego. *Współcz Onkol* 2003; 7: 176-82.
- Emami B, Lyman J, Brown A i wsp. Tolerance of normal tissue to therapeutic irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991; 21: 109-22.
- Intensity Modulated Radiation Therapy Collaborative Working Group. Intensity-modulated radiotherapy: current status and issues of interest. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001; 51: 880-914.
- Nagashima T, Hashimoto H, Oshida K i wsp. Ultrasound demonstration of mammographically detected microcalcifications in patients with ductal carcinoma *in situ* of the breast. *Breast Cancer* 2005; 12: 216-20.
- Goldhirsch A, Glick JH, Gelber RD i wsp. Meeting highlights: international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2005. *Ann Oncol* 2005; 16: 1569-83.
- Goss PE, Ingle JN, Martino S i wsp. A randomized trial of letrozole in postmenopausal women after five years of tamoxifen therapy for early-stage breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 1793-802.
- Coombes RC, Hall E, Gibson LJ i wsp. Intergroup Exemestane Study. A randomized trial of exemestane after two to three years of tamoxifen therapy in postmenopausal women with primary breast cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 1081-92.
- Baum M, Budzar AU, Cuzick J i wsp.; ATAC Trialists' Group. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer: first results of the ATAC randomized trial. *Lancet* 2002; 359: 2131-9.
- Tournigand C, Andre T, Achille E i wsp. FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer: a randomized GERCOR study. *J Clin Oncol* 2004; 22: 229-37.
- Colucci G, Gebbia V, Paoletti G i wsp.; Gruppo Oncologico Dell'Italia Meridionale. Phase III randomized trial of FOLFIRI versus FOLFOX4 in the treatment of advanced colorectal cancer: a multicenter study of the Gruppo Oncologico Dell'Italia Meridionale. *J Clin Oncol* 2005; 23: 4866-75.
- Kelly H, Goldberg RM. Systemic therapy for metastatic colorectal cancer: current options, current evidence. *J Clin Oncol* 2005; 23: 4553-60.
- Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W i wsp. Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 2335-42.
- Giantonio BJ, Catalano PJ, Meropol NJ i wsp. High-dose bevacizumab improves survival when combined with FOLFOX4 in previously treated advanced colorectal cancer: results from the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) study E3200. *J Clin Oncol* 2005; 23 (16 suppl.): 2.
- Hochster HS, Welles L, Hart L i wsp. Safety and efficacy of bevacizumab (Bev) when added to oxaliplatin/fluoropyrimidine (O/F) regimens as first-line treatment of metastatic colorectal cancer (mCRC): TREE 1 & 2 Studies. *J Clin Oncol* 2005; 23 (16 suppl.): 3515.
- Glisson BS, Movsas B, Scott W. Small-cell lung cancer, mesothelioma, and thymoma. W: Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD (red.). *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach*. CMP Healthcare Media LLC: 155-64.
- Hillner BE, Ingle JN, Chlebowski RT i wsp.; American Society of Clinical Oncology: American Society of Clinical Oncology 2003 update on the role of bisphosphonates and bone health issues in women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 4042-57.

Pytania z dziedziny ginekologii onkologicznej

Kod: GO-21

W przypadku rozpoznania raka jajnika ograniczonego do miednicy, protokół chirurgiczny obejmuje wykonanie następujących czynności chirurgicznych:

- wycięcie macicy z przydatkami;
- wycięcie sieci większej;
- wycięcie śledziony;
- wycięcie węzłów chłonnych okołoaortalnych;
- pobranie wycinków z rynien okołokręniczych.

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

Kod: GO-22

Stwierdzenie w trakcie operacji radykalnego wycięcia macicy przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych okołoaortalnych u chorej z rakiem szyjki macicy jest wskazaniem do:

- wycięcia macicy i następnej radioterapii;
- rozszerzonego wycięcia macicy i następnej radiochemioterapii;
- odstąpienia od operacji i dalszego leczenia chorej z zastosowaniem radiochemioterapii;
- odstąpienia od operacji i następnej chemioterapii;
- wycięcia macicy i dalszego leczenia objawowego.

Kod: GO-23

Które z niżej wymienionych czynników mogą przemawiać za powodzeniem wtórnej operacji cytoredukcyjnej u chorej z nawrotowym rakiem jajnika:

- czas od zakończenia chemioterapii 1. linii powyżej 12 mies.;
- brak wolnego płynu w otrzewnej;
- maksymalnie 3 izolowane ogniska uwidocznione w badaniach obrazowych;
- czas od zakończenia chemioterapii 1. linii powyżej 6 mies.;
- pierwotna operacja zakwalifikowana jako cytoredukcja optymalna.

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

Kod: GO-24

W przypadku stwierdzenia 6 mies. po porodzie zdrowego noworodka stężenia HCG 75 IU/ml i AFP 0,2 IU/ml należy brać pod uwagę takie patologie, jak:

- wczesna ciąża;
- guz germinalny jajnika;

- 3. ciążowa choroba trofoblastyczna;
- 4. ciąża ektopowa;
- 5. guz jajnika z komórek ziarnistych.

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

Kod: GO-25

Wynik badania histopatologicznego raka szyjki macicy: głębokość naciekania podścieliska do 3 mm od błony podstawnej. Średnica zmiany wynosi 4 mm. Wobec braku innych ognisk choroby należy stwierdzić następujący stopień klinicznego zaawansowania wg FIGO:

- A. IB1;
- B. IA1;
- C. IA2;
- D. 0;
- E. IB2.

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Kod: GO-26

W przypadku raka szyjki macicy w stopniu IIIA leczenie polega na:

- A. przeprowadzeniu pełnej radioterapii;
- B. wycięciu macicy z przydatkami i uzupełniającej radykalnej radioterapii;
- C. przeprowadzeniu radiochemioterapii i następnym wycięciu macicy z przydatkami;
- D. przeprowadzeniu radiochemioterapii;
- E. zastosowaniu wyłącznie chemioterapii.

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Kod: GO-27

U chorej z rozpoznaniem raka szyjki macicy w stopniu IA2 optymalnym leczeniem chirurgicznym jest:

- A. konizacja szyjki macicy;
- B. radykalne usunięcie macicy sposobem Wertheima;
- C. proste wycięcie macicy;
- D. amputacja szyjki macicy;
- E. konizacja szyjki macicy z uzupełniającą teleradioterapią.

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Kod: GO-28

U chorej z rakiem szyjki macicy w stopniu 0 leczenie radykalne może być przeprowadzone z zastosowaniem:

- 1. konizacji szyjki macicy;
- 2. brachyterapii;
- 3. teleradioterapii;
- 4. szczepionki antywirusowej;
- 5. imiquimodium.

- A. 1, 2;
- B. 1, 3;
- C. 1, 2, 3;

- D. 1, 4, 5;
- E. 1, 4.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-29

Stwierdzenie komórek ASCUS w rozmazie cytologicznym u 69-letniej kobiety wymaga:

- A. natychmiastowej konizacji szyjki macicy;
- B. natychmiastowego pobrania wycinków z szyjki macicy;
- C. wykonania kolposkopii po przeprowadzeniu 10-dniowego leczenia dopochwowego;
- D. dwumiesięcznego leczenia przeciwzapalno-hormonalnego i ponownej cytologii po tym czasie;
- E. powtórzenia cytologii po 3 mies.

Trudność pytania w opinii autora: średnie

Kod: GO-30

W przypadku nawracających incydentów kaszlu u kobiety 4 mies. po porodzie, płamiącej od 2 tyg., jeżeli nie ma klinicznych objawów infekcji, zlecisz w pierwszym etapie wykonanie następujących badań:

1. USG TV;
2. posiew płwociny na BK;
3. RTG klatki piersiowej;
4. oznaczenie stężenia HCG;
5. bronchoskopia.

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

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Piśmiennictwo

1. DiSaia PJ, Creasman WT (red.). Clinical Gynecologic Oncology. Wyd. 6, Mosby-Year Book, Inc., St. Louis 2001. Wyd. 5 było przetłumaczone na język polski.
2. Krzakowski M (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Polska Unia Onkologii, Warszawa 2003.

Pytania z dziedziny hematologii i transfuzjologii**Kod: H-21**

Oceń prawdziwość poniższych stwierdzeń:

W standardowym postępowaniu przy przeszczepach narządów należy przestrzegać zasad zgodności w układzie ABO, dlatego duża niezgodność w układzie ABO między dawcą i biorcą stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do przeszczepu narządowego.

- A. oba stwierdzenia są prawdziwe i powiązane logicznie;
- B. obydwa stwierdzenia są prawdziwe, ale bez związku logicznego;
- C. pierwsze stwierdzenie jest prawdziwe, a drugie fałszywe;

- D. pierwsze stwierdzenie jest fałszywe a drugie prawdziwe;
E. obydwa stwierdzenia są fałszywe.

Trudność pytania w opinii autora: łatwe

Kod: H-22

Po przeszczepie narządowym wykonanym przy mniejszej niezgodności w układzie ABO w przypadku wystąpienia 7–10 dni po przeszczepie hemolizy spowodowanej obecnością izohemaglutynin produkowanych przez limfocyty dawcy i konieczności transfuzji masy erythrocytarnej, należy:

- przetaczać krew jedynie grupy O;
- przetaczać krew jedynie grupy AB;
- przetaczać krew jedynie grupy dawcy;
- przetaczać krew jedynie grupy biorcy;
- transfuzja krwinek czerwonych w takiej sytuacji jest bezwzględnie przeciwwskazana.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: H-23

Które z poniższych stwierdzeń są prawdziwe:
Hemoliza w przypadku mniejszej niezgodności w układzie ABO po przeszczepie narządowym:

- pojawia się zwykle 7–10 dni po przeszczepie;
- znacznie częściej występuje w przypadku niezgodności płci między biorcą i dawcą;
- najczęściej występuje po przeszczepie płucoserca (70%), a najrzadziej po przeszczepie nerek (9%);
- najczęściej ogranicza się samoistnie i nie wymaga leczenia;
- spowodowana jest produkcją przeciwciał wobec krwinek biorcy przez limfocyty dawcy.

- wszystkie prawdziwe;
- 1, 2, 4, 5;
- 1, 3, 4, 5;
- 2, 3, 4, 5;
- prawdziwe jedynie 1, 4, 5.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: H-24

Które z poniższych objawów hematologicznych mogą wystąpić w przebiegu tocznia rumieniowatego rozsianego:

- anemia autoimmunohemolityczna (typowa z obecnością immunoglobuliny G i składowej komplementu C3 na powierzchni błony erythrocytu);
- leukopenia spowodowana zarówno neutropenią, jak i limfocytopenią;
- trombocytopenia;
- skrócenie czasu APTT;
- wysokie TIBC.

- wszystkie prawdziwe;
- 1, 2, 3;
- 1, 2, 3, 4;
- 2, 3, 4;
- 2, 3, 4, 5.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: H-25

Które z poniższych stwierdzeń są prawdziwe dla niedokrwistości występującej w reumatoidalnym zapaleniu stawów:

- zwykle jest normocytowa, ale może występować mikrocycytoza;
- u ponad 50% chorych występuje niedobarwliwość;
- poziom żelaza w surowicy jest obniżony;
- podanie żelaza zmniejsza nasilenie anemii;
- TIBC i saturacja transferyny są podwyższone.

- wszystkie prawdziwe;
- 1, 2;
- 1, 2, 3;
- 1, 2, 3, 4;
- 1, 2, 3, 5.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: H-26

Oceń prawdziwość poniższych stwierdzeń:

Na poziom ferrytyny w reumatoidalnym zapaleniu stawów wpływa aktywność choroby zasadniczej, dlatego tylko wysokie poziomy ferrytyny (>200 µg/l) wykluczają współistniejący niedobór żelaza.

- obydwa stwierdzenia są prawdziwe i powiązane logicznie;
- obydwa stwierdzenia są prawdziwe, ale bez związku logicznego;
- pierwsze stwierdzenie jest prawdziwe, a drugie fałszywe;
- pierwsze stwierdzenie jest fałszywe, a drugie prawdziwe;
- obydwa stwierdzenia są fałszywe.

Trudność pytania w opinii autora: bardzo trudne

Kod: H-27

Które z poniższych stwierdzeń są prawdziwe dla zespołu Felly'ego występującego w reumatoidalnym zapaleniu stawów:

- występuje zwiększone ryzyko zakażeń bakteryjnych proporcjonalnie do nasilenia neutropenii;
- podanie czynników wzrostowych zmniejsza nasilenie neutropenii, ale może nasilać objawy choroby zasadniczej;
- po splenektomii neutropenia ustępuje u 90% chorych, niemniej u 10–20% z nich dochodzi do nawrotu neutropenii;
- stanowi przeciwwskazanie do włączenia terapii cytotoksycznej choroby zasadniczej;
- stanowi bezwzględne wskazanie do biopsji szpiku.

- wszystkie prawdziwe;
- 1, 2, 5;
- 1, 2, 3;
- 1, 2, 4;
- 1, 2, 3, 5.

Trudność pytania w opinii autora: bardzo trudne

Kod: H-28

Ilu chorych z objawami żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej będzie leczonych w ośrodku, w którego rejonie mieszka milion mieszkańców?

- A. ok. 120 chorych;
- B. ok. 600 chorych;
- C. ok. 1200 chorych;
- D. ok. 2500 chorych;
- E. ok. 5000 chorych.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Kod: H-29

Ilmu nowych chorych z poniższymi chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego powinno zostać skierowanych w ciągu roku do ośrodka hematologicznego, w którego rejonie mieszka milion mieszkańców?

- A. CML* – 3, HCL* – 1, ostre białaczki – 40, NHL* – 50;
- B. CML – 10, HCL – 3, ostre białaczki – 40, NHL – 200;
- C. CML – 10, HCL – 3, ostre białaczki – 20, NHL – 50;
- D. CML – 40, HCL – 3, ostre białaczki – 40, NHL – 200;
- E. CML – 40, HCL – 6, ostre białaczki – 20, NHL – 200.

* CML – przewlekła białaczka szpikowa; HCL – białaczka włochatokomórkowa; NHL – chłoniaki niezłaznicze

Trudność pytania w opinii autora: bardzo trudne

Kod: H-30

Iloma chorymi z hemofilią A, B oraz chorobą von Willebranda powinien się opiekować ośrodek, w którego rejonie mieszka milion mieszkańców?

- A. hemofilia A – 25, hemofilia B – 3, choroba von Willebranda – 60;
- B. hemofilia A – 75, hemofilia B – 3, choroba von Willebranda – 60;
- C. hemofilia A – 75, hemofilia B – 9, choroba von Willebranda – 125;
- D. hemofilia A – 75, hemofilia B – 9, choroba von Willebranda – 250;
- E. hemofilia A – 300, hemofilia B – 50, choroba von Willebranda – 500.

Trudność pytania w opinii autora: trudne

Piśmiennictwo

1. Mintz PD (red.). Leczenie krwią. Zasady postępowania klinicznego. Sekcja Transfuzjologiczna Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Warszawa 2001; 248, 252-254.
2. Hoffbrand AV, Pettit JE, Moss PA. Essential Haematology. Blackwell Science, Oxford 2001; 293.
3. Lee GR, Foerster J, Paraskevas F, et al. (red.). Wintrobe's Clinical Hematology. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore 1999; 1012-1013, 1685, 1870, 2241, 2272, 2343, 2451.
4. Łopaciuk S. Koagulologia. Med Prakt 2002; 1-2: 159.

Karta odpowiedzi – zestaw nr 3

Prosimy o zaznaczenie w każdym pytaniu 1 odpowiedzi i przesłanie do 30.09.2006 r.

Pytania z dziedziny onkologii ogólnej

Kod: O-31 A B C D E

Kod: O-32 A B C D E

Kod: O-33 A B C D E

Kod: O-34 A B C D E

Kod: O-35 A B C D E

Kod: O-36 A B C D E

Kod: O-37 A B C D E

Kod: O-38 A B C D E

Kod: O-39 A B C D E

Kod: O-40 A B C D E

Kod: O-41 A B C D E

Kod: O-42 A B C D E

Kod: O-43 A B C D E

Kod: O-44 A B C D E

Kod: O-45 A B C D E

Pytania z dziedziny ginekologii onkologicznej

Kod: GO-21 A B C D E

Kod: GO-22 A B C D E

Kod: GO-23 A B C D E

Kod: GO-24 A B C D E

Kod: GO-25 A B C D E

Kod: GO-26 A B C D E

Kod: GO-27 A B C D E

Kod: GO-28 A B C D E

Kod: GO-29 A B C D E

Kod: GO-30 A B C D E

Pytania z dziedziny hematologii i transfuzjologii

Kod: H-21 A B C D E

Kod: H-22 A B C D E

Kod: H-23 A B C D E

Kod: H-24 A B C D E

Kod: H-25 A B C D E

Kod: H-26 A B C D E

Kod: H-27 A B C D E

Kod: H-28 A B C D E

Kod: H-29 A B C D E

Kod: H-30 A B C D E

Imię

Specjalizacja

Nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

Adres korespondencyjny

Ulica

Kod pocztowy

Tel. Tel. kom.

Nr domu Nr lokalu

Miejscowość

E-mail

Na Państwa odpowiedzi czekamy do 30 września 2006 r. (decyduje data stempla pocztowego). Karty odpowiedzi prosimy przesyłać pod adresem:

Onkologiczne Forum Edukacyjne
 c/o Medical Communications
 ul. Ojcowska 11
 02-918 Warszawa

Oświadczam, że wyrażam zgodę na warunkach określonych w ustawie z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (DzU nr 133 poz. 833 z późniejszymi zmianami) na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie w celach marketingowych moich danych osobowych w związku z prowadzonymi działaniami doskonalenia zawodowego lekarzy przez firmę Medical Communications Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-918), ul. Ojcowska 11. Swoje dane podaję dobrowolnie i zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie do ich przeglądania i zmiany.

Data

Podpis