

Pytanie 1.

Wskaż prawdziwe twierdzenia dotyczące zlokalizowanej amyloidozy pęcherza moczowego: 1) występuje rzadziej niż amyloidozę pęcherza moczowego w przebiegu pierwotnej systemowej amyloidozy AL; 2) dotyczy głównie mężczyzn w 6. dekadzie życia; 3) w obrazie klinicznym dominują silnie wyrażone objawy dyzuryczne; 4) przewlekłe i nawracające zapalenia pęcherza moczowego to kluczowy czynnik ryzyka; 5) zwykle obserwuje się występowanie mnogich zmian w pęcherzu moczowym, z przewagą lokalizacji w obrębie ścian tylnej i tylnobocznej.

Prawdziwe są twierdzenia 2) i 5)

Prawdziwe są twierdzenia 1), 3) i 4)

Prawdziwe są twierdzenia 1), 2) i 4)

Prawdziwe są twierdzenia 3) i 5)

Prawdziwe są twierdzenia 2), 3) i 5)

Pytanie 2.

Wskaż fałszywe twierdzenie dotyczące leczenia zlokalizowanej amyloidozy pęcherza moczowego:

- A. To w większości przypadków miejscowy zabieg urologiczny
- B. Zależy od wielkości i lokalizacji zmian w pęcherzu, a także od stopnia nasilenia objawów
- C. W postaci cystektomii skutkuje całkowitym wyleczeniem; nie obserwuje się wznów
- D. Wymaga dalszego monitorowania choroby
- E. Nie zawsze jest skuteczne; odsetek wznów sięga > 50%

Pytanie 3.

Wskaż prawdziwe twierdzenie:

- A. Mimo uzyskania remisji u ok. 80% dorosłych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL, *acute lymphoblastic leukemia*), wysoki odsetek wznów (40–50%) powoduje, że wyleczenie jest możliwe tylko u ok. 30% pacjentów
- B. Standardowa chemioterapia umożliwia osiągnięcie remisji jedynie u 30–40% dorosłych chorych w pierwszym nawrocie ALL
- C. CD22 jest antygenem powierzchniowym komórek B, który ulega ekspresji u > 90% chorych na ALL B-komórkowej (B-ALL)
- D. Inotuzumab ozogamicyny jest bispecyficznym przeciwciałem anti-CD22 skojarzonym z lekiem alkilującym — kalicheamcyną
- E. Wszystkie powyższe twierdzenia są prawdziwe

Pytanie 4.

Wskaż fałszywe twierdzenie na temat tego, co wykazano w randomizowanym badaniu III fazy INO-VATE (*INotuzumab Ozogamicin trial to inVestigAtE Tolerability and Efficacy*) służącym porównaniu skuteczności inotuzumabu ozogamicyny i standardowej chemioterapii u chorych z oporną/nawrotową ALL:

- A. Istotnie wyższy odsetek uzyskanych remisji w grupie pacjentów leczonych inotuzumabem ozogamicyny w porównaniu z chorymi poddanymi standardowej chemioterapii
- B. Szczególną korzyść ze stosowania inotuzumabu ozogamicyny odnosili chorzy na ALL z obecnością chromosomu Filadelfia
- C. Pacjentów leczonych inotuzumabem ozogamicyny cechowało istotnie dłuższe przeżycie wolne od progresji choroby
- D. Najczęstszymi objawami niepożądanymi w obu badanych grupach były cytopenie
- E. Najistotniejszym klinicznie działaniem niepożądanym inotuzumabu ozogamicyny była toksyczność wątrobowa, a przede wszystkim zwiększona częstość żylno-okluzyjnej choroby wątroby (VOD, *veno-occlusive disease*)

Pytanie 5.

Zajęcie jakiego narządu określa się jako główny niekorzystny czynnik rokowniczy w przebiegu amyloidozy?

- A. Nerek
- B. Wątroby
- C. Śledziony
- D. Serca
- E. Płuc

Pytanie 6.

Badaniami pomocniczymi, mającymi zastosowanie między innymi w ocenie stopnia uszkodzenia mięśnia sercowego i posiadającymi potencjał rokowniczy u chorych na amyloidozę łańuchów lekkich są:

1) stężenie CRP; 2) stężenie troponiny T; 3) aktywność LDH; 4) wartość ACP; 5) stężenie NT-proBNP

- A. Prawdziwe są wszystkie twierdzenia, czyli 1)–5)
- B. Prawdziwe są twierdzenia 3), 4) i 5)
- C. Prawdziwe są twierdzenia 2) i 5)
- D. Prawdziwe są twierdzenia 1), 2) i 3)
- E. Prawdziwe są twierdzenia 4) i 5)

Pytanie 7.

W przypadku mielofibrozy do grupy wysokiego ryzyka (HMR, *high-molecular risk*) zalicza się przypadki, w których stwierdzono mutację w poniżej wymienionych genach z wyjątkiem:

- A. *EZH2*
- B. *ASXL1*
- C. *IDH1/2*
- D. *DNMT3A*
- E. *SRSF2*

Pytanie 8.

Składową skali *International Prognostic Scoring System* (IPSS) służącej do oceny ryzyka chorobowego w przypadku mielofibrozy **nie** jest:

- A. Liczba płytek krwi < 100 G/l
- B. Stężenie hemoglobiny < 10 g/dl
- C. Leukocytoza > 25 G/l
- D. Obecność ≥ 1% blastów w leukogramie
- E. Wiek > 65 lat

Pytanie 9.

Wskaż prawdziwe twierdzenie dotyczące postaci zalecanej profilaktyki przeciwniekcyjnej w przypadku terapii ruksolitynibem pod postacią: 1) ciprofloksacyny w dawce 2 razy 500 mg/d. w każdym przypadku; 2) ciprofloksacyny w dawce 2 razy 500 mg/d. wyłącznie u chorych ze skłonnościami do infekcji układu moczowego oraz bronchopneumonii; 3) flukonazolu w dawce ≥ 200 mg/d.; 4) acyklowiru w dawce 2 razy 400 mg/d. jedynie w wybranych grupach pacjentów; 5) acyklowiru w dawce 2 razy 400 mg/d. u wszystkich chorych leczonych ruksolitynibem

- A. Prawdziwe są twierdzenia 2), 3) i 5)
- B. Prawdziwe są twierdzenia 1) i 5)
- C. Prawdziwe są twierdzenia 2), 3) i 5)
- D. Prawdziwe są twierdzenia 1) i 5)
- E. Prawdziwe są twierdzenia 2) i 4)

Pytanie 10.

Wystąpienie niedokrwistości u pacjenta z mielofibrozą w okresie do 3 miesięcy od wdrożenia terapii ruksolitynibem powinno skutkować:

- A. Wstrzymaniem terapii ruksolitynibem do czasu wyjaśnienia przyczyny niedokrwistości bądź jej ustąpienia
- B. Zmniejszeniem dawek ruksolitynibu
- C. Należy wykluczyć przyczyny niedokrwistości i zastosować ewentualne leczenie przyczynowe, jednak nie należy redukować dawek leku
- D. Zakończeniem leczenia w przypadku ponownej konieczności przetaczania koncentratów krwinek czerwonych
- E. Zwiększeniem dawek ruksolitynibu

Prawidłowe odpowiedzi:
1A, 2C, 3E, 4B, 5D, 6C, 7D, 8A, 9E, 10C

