

## PYTANIA TESTOWE

**Poniżej zamieszczono pytania testowe umożliwiające sprawdzenie wiedzy obejmujące zagadnienia, o których jest mowa w niniejszym numerze „Hematologii”.**

### Pytanie 1.

**Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące midostauryny:**

- A. Jest selektywnym inhibitorem kinaz tyrozynowych
- B. Hamuje wyłącznie kinazę FLT3
- C. Blokuje przekazywanie sygnału zarówno w komórkach z mutacją *FLT3-ITD*, jak i *FLT3-TKD*
- D. Charakteryzuje się wąskim spektrum aktywności antyproliferacyjnej
- E. W komórkach nowotworowych nie wpływa na oporność wielolekową zależną od glikoproteiny P

### Pytanie 2.

**Do najczęściej obserwowanych pozahematologicznych działań niepożądanych midostauryny nie zalicza się:**

- A. Gorączki
- B. Zmniejszenia frakcji wyrzutowej lewej komory
- C. Nudności
- D. Infekcji
- E. Biegunki

### Pytanie 3.

**Podłoże genetyczne pospolitego zmiennego niedoboru odporności można ustalić:**

- A. U 1% pacjentów
- B. U 2–10% pacjentów
- C. U 1520% pacjentów
- D. U 50% pacjentów
- E. Obecnie nie jest możliwe ustalenie podłoża genetycznego

### Pytanie 4.

**Wskaż prawdziwe stwierdzenia spośród następujących: 1) pacjentów z pospolitym zmiennym niedoborem odporności (CVID, *common variable immunodeficiency*) cechuje zwiększone ryzyko zachorowania na chłoniaka, raka żołądka, raka piersi, raka szyjki macicy; 2) u pacjentów z izolowanym niedoborem IgA ryzyko zachorowania na choroby limfoproliferacyjne jest istotnie zwiększone; 3) u osób młodych z CVID niewykazujących cech limfadenopatii nie obserwuje się nowotworów limfoidalnych; 4) zaburzenia limfoproliferacyjne u osób z CVID mogą mieć charakter monomorficzny oraz polimorficzny**

- A. Prawdziwe jest stwierdzenie 1)
- B. Prawdziwe są stwierdzenia 1), 2) i 3)
- C. Prawdziwe są stwierdzenia 1) i 4)
- D. Prawdziwe są stwierdzenia 2), 3) i 4)
- E. Wszystkie stwierdzenia są prawdziwe

**Pytanie 5.**

W prospektywnym badaniu II fazy u pacjentów z ALL Ph(+) przeprowadzonym w 2015 roku według Jabbour i wsp. opisującego skojarzenie chemioterapii Hyper-CVAD z ponatinibem w pierwszej linii leczenia, ponatinib stosowano w dawce:

- A. 60 mg/dobę
- B. 45 mg/dobę
- C. 30 mg/dobę
- D. 20 mg/dobę
- E. 5 mg/dobę

**Pytanie 6.**

W badaniu klinicznym II fazy pod nazwą GIMEMA LAL1811, przeprowadzonym przez Martinelli i wsp. w 2017 roku, w którym oceniano połączenie ponatinibu z kortykosteroidami u pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL, *acute lymphoblastic leukemia*) z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph, *Philadelphia*) — ALL Ph (+) — powyżej 60. roku życia lub niekwalifikujących się do chemioterapii i przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych, w 12. miesiącu wskaźniki przeżycia całkowitego (OS, *overall survival*) i przeżycia wolnego od progresji (PFS, *progression-free survival*) wynosiły odpowiednio:

- A. 89% i 60%
- B. 80% i 50%
- C. 95% i 38%
- D. 81% i 80%
- E. 70% i 76%