

# Pytania do zestawu 13

## Pytania z dziedziny onkologii klinicznej

1. Który z wymienionych czynników dyskwalifikuje chorych na rozszianego raka jelita grubego od leczenia przeciwciałami monoklonalnymi antyEGFR:

- a. niska ekspresja EGFR w badaniu immunohistochemicznym
- b. stwierdzenie amplifikacji genu *EGFR*
- c. stwierdzenie mutacji genu *KRAS*
- d. stwierdzenie prawidłowej postaci genu *PTEN*
- e. stwierdzenie prawidłowej postaci *BRAF*

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

2. U 48-letniej chorej na raka piersi rozpoznanego w stadium uogólnienia, z przerzutami do płuc i wątroby (HER-2/+3/, ER/-/, PGR/-/) w leczeniu pierwszej linii stosowano trastuzumab w skojarzeniu z cisplatyną. Częściową odpowiedź obserwowano przez okres 12 miesięcy, przez kolejnych 6 miesięcy odnotowano stabilizację. W 18. miesiącu leczenia stwierdzono progresję zmian przerzutowych w wątrobie. Rozpoczęto leczenie trastuzumabem z winorelbina, bez efektu. Chorą leczono także z powodu nadciśnienia, a rok wcześniej poddano zabiegowi usunięcia żołądka z powodu choroby wrzodowej i krwawienia z przewodu pokarmowego. Racjonalną opcją leczenia kolejnej linii jest:

- a. lapatynib w monoterapii
- b. lapatynib w skojarzeniu z kapecytabiną
- c. chemioterapia z zastosowaniem antracyklin ± taksoidów
- d. monoterapia kapecytabiną
- e. każda z wymienionych

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

3. Przeciwwskazaniem do stosowania czynników stymulujących erytropoezę nie jest:

- a. niedokrwistość po zakończeniu leczenia cytostatykami
- b. wiek
- c. leczenie radykalne
- d. zatorowość płucna
- e. niedokrwistość u chorych obecnie napromieniowanych

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

4. U chorego na nowotwór podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) z guzem pierwotnym w żołądku z przerzutami do wątroby leczonego imatynibem w standardowej dawce 400 mg/dobę doszło do progresji. U tego chorego optymalną opcją postępowania jest:

- a. przerwanie leczenia imatynibem i jeśli po 2 miesiącach zostanie potwierdzona dalsza progresja, ponowne rozpoczęcie leczenia imatynibem w dawce 800 mg/dobę
- b. zwiększenie dawki imatynibu do 800 mg/dobę
- c. zwiększenie dawki imatynibu do 1200 mg/dobę

- d. przerwanie leczenia imatynibem, oznaczenie mutacji genu *KIT* i w przypadku potwierdzenia mutacji w eksonie 9 ponowne rozpoczęcie leczenia imatynibem w dawce 800 mg/dobę
- e. rozpoczęcie leczenia sunitynibem

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**5. Minimalna liczba węzłów chłonnych pozwalająca na ocenę cechy pN w ocenie patologicznej u chorych operowanych z powodu raka żołądka wynosi:**

- a. 5
- b. 10
- c. 15
- d. 20
- e. 25

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**6. Który z wymienionych czynników nie stanowi kryterium wykorzystywanego do wyboru chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia bewacyzumabem:**

- a. utkanie histologiczne raka
- b. palenie tytoniu w wywiadzie
- c. przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego
- d. krwioplucie
- e. nadciśnienie

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**7. U 22-letniego mężczyzny rozpoznano raka jądra. W badaniu histologicznym stwierdzono utkanie guza mieszanego z przewagą raka zarodkowego i śladowym utkaniem raka kosmówki (5%), naciek osłonki białawej oraz najądrza, nie stwierdzono nacieku naczyń krwionośnych ani limfatycznych. W badaniach serologicznych przed zabiegiem: AFP — 56 ng/ml, a  $\beta$ -HCG — 24 ng/ml. Trzy tygodnie po zabiegu stężenie obu markerów mieściło się w granicach normy. Badania obrazowe nie wykazały rozsiewu do innych narządów. U tego chorego optymalną opcją postępowania jest:**

- a. ścisła obserwacja
- b. chemioterapia uzupełniająca (2 cykle BEP) lub limfadenektomia zaotrzewnowa
- c. chemioterapia uzupełniająca (3 cykle BEP lub 4 cykle EP)
- d. chemioterapia uzupełniająca (2 cykle BEP) z następową limfadenektomią zaotrzewnową
- e. chemioterapia uzupełniająca (2 cykle karboplatyny w monoterapii)

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**8. Do odległych powikłań leczenia cytostatykami chorych na raka jądra nie należy/ą:**

- a. bezpłodność
- b. wtórne nowotwory
- c. choroby układu krążenia
- d. zaburzenia rozwojowe dzieci poczętych po zakończeniu leczenia
- e. polineuropatia

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**9. Które z wymienionych kryteriów dyskwalifikuje chorego na raka jelita grubego z przerzutami do wątroby od zabiegu metastazektomii:**

- a. obecność więcej niż 8 zmian przerzutowych niezależnie od ich lokalizacji
- b. progresja podczas chemioterapii przedoperacyjnej
- c. stężenie antygenu CEA przekraczające 200 ng/ml
- d. wiek > 70 roku życia
- e. całkowita remisja po chemioterapii przedoperacyjnej

Trudność pytania w opinii autora: *trudne*

**10. Oktreotyd nie jest wykorzystany u chorych na nowotwory:**

- a. w leczeniu biegunek w przypadku braku skuteczności loperamidu
- b. w leczeniu grasiczaków po niepowodzeniu chemioterapii
- c. w leczeniu nowotworów neuroendokrynnych po potwierdzeniu obecności receptorów somatostatynowych
- d. w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca w przypadku stwierdzenia cech neuroendokrynności
- e. w leczeniu zachowawczym niedrożności przewodu pokarmowego

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**11. Trzydziestosześcioletnia chora na raka piersi (T1,N0, M0, ER/++/, PGR/++/, HER-2/++/) leczona radykalnie (kwadrantektomia z limfadenektomią, chemioterapia, radioterapia hormonoterapia) 2 lata po zakończeniu leczenia zaszła w ciążę. W takim przypadku:**

- a. ryzyko wad rozwojowych u płodu jest znaczące
- b. rośnie ryzyko nawrotu choroby
- c. ryzyko spontanicznego poronienia jest znaczące
- d. maleje ryzyko nawrotu choroby
- e. ciąża nie wpływa na ryzyko nawrotu, a przebyte leczenie na stan płodu

Trudność pytania w opinii autora: *trudne*

**12. Wskazaniem do stosowania cetuksymabu w leczeniu nowotworów płaskonabłonkowych regionu głowy i szyi jest:**

- a. skojarzenie z radioterapią, a u chorych z przeciwwskazaniami do chemioradioterapii w leczeniu radykalnym
- b. skojarzenie z chemioterapią w leczeniu indukcyjnym przed planowaną radiochemioterapią w leczeniu radykalnym
- c. skojarzenie z radioterapią w leczeniu uzupełniającym
- d. skojarzenie z chemioterapią i radioterapią w leczeniu radykalnym
- e. każda z wymienionych opcji jest prawidłowa

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**13. U chorych na glejaka wielopostaciowego po przebytych zabiegach operacyjnych na prawdopodobieństwo odpowiedzi na leczenie skojarzone (jednoczesne napromienianie z chemioterapią temozolamidem i następnym leczeniem temozolamidem przez 6 miesięcy) wskazuje:**

- a. stopień złośliwości (G)
- b. hipermetylacja genu *MGMT*
- c. prawidłowa metylacja genu *MGMT*
- d. amplifikacja *NMYC*
- e. brak amplifikacji *NMYC*

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**14. Nowotworem ośrodkowego układu nerwowego o najmniejszej wrażliwości na chemioterapię jest:**

- a. zarodczak
- b. PNET
- c. chłoniak OUN
- d. skąpodrzewiak
- e. gwiaździak włosowatokomórkowy

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**15. W paliatywnym leczeniu drugiej linii niedrobnokomórkowego raka płuca nie zaleca się stosowania:**

- a. erlotynibu u chorych z amplifikacją genu *EGFR*
- b. pemetreksedu u chorych na raka płaskonabłonkowego
- c. docetakselu
- d. chemioterapii z cisplatyną i winorelbina
- e. karboplatyny

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**16. Do cytostatyków aktywnych w leczeniu międzybłoniaka opłucnej nie należy:**

- a. pemetreksed
- b. gemcytabina
- c. winorelbina
- d. cisplatyna
- e. doksorubicyna

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**17. U 48-letniego mężczyzny w badaniu radiologicznym klatki piersiowej stwierdzono pojedynczy guzek wielkości 8 mm, zlokalizowany obwodowo w prawym górnym płacie. Obecność zmiany potwierdzono w badaniu metodą tomografii komputerowej. W takim przypadku należy:**

- a. wykonać bronchoskopię, a w przypadku jej ujemnego wyniku, zabieg torakotomii w celu weryfikacji zmiany
- b. wykonać kontrolną tomografię za 4–6 miesięcy
- c. wykonać zabieg mediastinoskopii z pobraniem węzłów chłonnych do badania
- d. wykonać biopsję guzka przez ścianę klatki piersiowej
- e. przeprowadzić badanie metodą pozytonowej tomografii emisyjnej (PET)

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**18. U 68-letniego chorego, palacza tytoniu z obciążonym wywiadem rodzinnym (u ojca i wuja rozpoznano raka przełyku) stwierdzono wysokiego stopnia dysplazję błony śluzowej przełyku (przełyk Baretta). Która z wymienionych metod postępowania nie jest zalecana:**

- a. wykonywanie badań endoskopowych z pobraniem przynajmniej 4 próbek błony śluzowej do badania histologicznego, w odstępach 12-miesięcznych
- b. wykonywanie badań endoskopowych z pobraniem przynajmniej 4 próbek błony śluzowej do badania histologicznego, w odstępach 3-miesięcznych
- c. zabieg wycięcia przełyku
- d. zabieg ablacji błony śluzowej
- e. wszystkie wymienione opcje mają podobną wartość

Trudność pytania w opinii autora: *trudne*

**19. U chorych na nowotwory leczonych cytostatykami wskazaniem do stosowania antybiotyku w leczeniu biegunek jest:**

- I. potwierdzenie bakteryjnej etiologii biegunki
  - II. współistnienie gorączki neutropenicznej
  - III. biegunka powikłana
  - IV. biegunka trwająca ponad 5 dni
  - V. wystąpienie biegunki podczas hospitalizacji
- 
- a. prawidłowe I i II
  - b. prawidłowe I i III
  - c. prawidłowe II i III
  - d. prawidłowe II i V
  - e. prawidłowe III i V

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**20. Chemioradioterapia jest standardową metodą leczenia uzupełniającego chorych na:**

- a. raka odbytnicy
- b. raka kanału odbytu
- c. raka krtani
- d. raka szyjki macicy
- e. drobnokomórkowego raka płuca

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

## **Pytania z dziedziny ginekologii onkologicznej**

**21. Termin *good clinical practice* oznacza:**

- a. medycynę opartą na dowodach
- b. medycynę opartą na aktualnych publikacjach
- c. medycynę opartą na doświadczeniu klinicznym
- d. zasady prawidłowego prowadzenia eksperymentalnych badań klinicznych
- e. medycynę opartą na wynikach badań eksperymentalnych i na doświadczeniu klinicznym

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**22. Podstawowy schemat chemioterapii pierwszego rzutu w raku jajnika to:**

- a. paklitaksel + karboplatyna
- b. cyklofosfamid + doksorubicyna + cisplatin
- c. karboplatyna
- d. gemcytabina + karboplatyna
- e. topotekan

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**23. Które zdanie na temat efektywności leczenia wznowy raka jajnika jest prawdziwe:**

- a. chemioterapia w skojarzeniu z napromienianiem daje najwyższy odsetek całkowitych remisji
- b. wznowy raka jajnika są nieuleczalne i najczęściej prowadzą do zgonów w ciągu 5 lat od chwili rozpoznania

- c. najwyższy odsetek remisji daje chemioterapia prowadzona do granic tolerancji hematologicznej
- d. najskuteczniejszą metodą leczenia nawrotu raka jajnika jest przeszczep szpiku i chemioterapia wysokodawkowa
- e. najskuteczniejszą metodą leczenia nawrotu raka jajnika jest powtórny zabieg operacyjny

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**24. Które zdanie o badaniach przesiewowych w raku jajnika jest prawdziwe:**

- a. USG dopochwowe i ocena stężenia Ca 125 to skuteczne metody badań przesiewowych w raku jajnika
- b. tomografia komputerowa powtarzana co 2 lata pozwala na wykrycie niezaawansowanego raka jajnika
- c. aktualnie brakuje skutecznych badań przesiewowych, badania przesiewowe powinny być ograniczone do programów klinicznych
- d. ocena stężenia Ca 125 powtarzana co 6 miesięcy w grupach wysokiego ryzyka spełnia wymogi skutecznego badania przesiewowego
- e. jedynie wysokie koszty uniemożliwiają wykorzystanie USG dopochwowego i oznaczania Ca 125 w badaniach przesiewowych

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**25. Termin „konsolidacja” w leczeniu chorych na raka jajnika oznacza:**

- a. kolejny rzut chemioterapii u chorych, u których po pierwszym rzucie uzyskano jedynie częściową regresję
- b. wielomiesięczne leczenie podtrzymujące u chorych z czynnym procesem nowotworowym
- c. krótkotrwałe, agresywne leczenie mające na celu utrwalenie korzystnego efektu doszczętnego lub maksymalnie cytoredukcyjnego zabiegu operacyjnego i standardowej chemioterapii I rzutu u chorych z całkowitą regresją
- d. wznowienie leczenia z powodu nawrotu raka jajnika
- e. rodzaj paliatywnego leczenia chorych na zaawansowanego raka jajnika

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**26. Termin *second-look laparotomy* u chorych na raka jajnika oznacza:**

- a. powtórny zabieg chirurgiczny u chorych bezobjawowych po zakończeniu planowej chemioterapii I rzutu
- b. powtórny zabieg, którego celem jest resekcja przetrwałych zmian nowotworowych lub będących następstwem nawrotu
- c. zabieg przywracający ciągłość przewodu pokarmowego po wcześniej wykonanym zabiegu wyłonienia sztucznego odbytu
- d. każdy następny zabieg operacyjny, niezależnie od powodu
- e. interwencje chirurgiczną z powodu niedrożności jelit

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**27. Erytrodyzestezja dłoniowo-podeszwowa (zespół ręka–stopa) to:**

- a. dermatologiczne powikłanie stosowania takich cytostatyków, jak: liposomalna doksorubicyna, kapecytabina, 5-fluorouracyl
- b. neurologiczne powikłanie stosowania winkrystyny
- c. dotyczy neuropatii obwodowej po preparatach platyny
- d. rzadki zespół paranowotworowy
- e. objaw przedawkowania steroidów

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**28. Które zdanie dotyczące reakcji nadwrażliwości na cytostatyki jest nieprawdziwe:**

- a. reakcja nadwrażliwości możliwa jest wyłącznie w trakcie pierwszego podania
- b. reakcja nadwrażliwości może pojawić się w trakcie każdego podania cytostatyku
- c. u chorych leczonych taksanami premedykacja steroidami, blokerami receptorów H1, H2 redukuje częstość niepożądanych reakcji do 10–15%
- d. wystąpienie reakcji nadwrażliwości na taksany nie jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do kontynuacji podawania tego cytostatyku
- e. ryzyko reakcji nadwrażliwości na cytostatyki nie jest związane z wysokością dawki leku

Trudność pytania w opinii autora: *trudne*

**29. Najrzadszą formą choroby z grupy chorób trofoblastu płodowego jest:**

- a. zaśniad groniasty
- b. zaśniad groniasty inwazyjny
- c. rak kosmówki
- d. guz miejsca łożyskowego
- e. wszystkie formy występują z podobną częstotliwością

Trudność pytania w opinii autora: *średnio trudne*

**30. Podstawowym cytostatykiem w leczeniu ciężowej choroby trofoblastycznej jest:**

- a. metotreksat
- b. daktynomycyna
- c. cyklofosfamid
- d. cisplatyna
- e. ifosfamid
- f. doksorubicyna

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**31. Standardowe leczenie chorej na raka szyjki macicy w stopniu zaawansowania IIIA to:**

- a. radykalna histerektomia z cytoredukcją nacieku w pochwie, a następnie radioterapia
- b. chemioterapia i ewentualnie radioterapia w zależności od stopnia regresji po chemioterapii
- c. wyłącznie chemioterapia
- d. napromienianie od zewnątrz i cisplatyna w trakcie napromieniania
- e. radiochemioterapia z udziałem cisplatyny, następnie brachyterapia

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**32. Które zdanie o leczeniu raka szyjki macicy w stopniu zaawansowania IIB jest nieprawdziwe:**

- a. przy średnicy nacieku na szyjce nieprzekraczającym 4 cm w pierwszym etapie brachyterapia, następnie teleterapia
- b. teleterapia z chemioterapią (cisplatyną), następnie brachyterapia
- c. jeśli średnica nacieku na szyjce nie przekracza 4 cm wyłącznie brachyterapia
- d. zabieg operacyjny i w zależności od wyniku histopatologicznego ewentualnie radioterapia
- e. tylko teleterapia z ewentualnym podwyższeniem dawki na przetrwały naciek

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**33. Które zdanie o pooperacyjnym leczeniu raka trzonu w stopniu zaawansowania w stopniu zaawansowania IIB, grubość nacieku > 1/2, G3 jest prawdziwe:**

- a. chora w takim stopniu zaawansowania nie wymaga uzupełniającego leczenia
- b. chora wymaga jedynie brachyterapii dopochwowej
- c. chora wymaga jedynie leczenia gestagenami
- d. chora wymaga jedynie chemioterapii
- e. chora wymaga radioterapii (brachyterapia + teleterapia)

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**34. Które zdanie dotyczące leczenia raka szyjki macicy w stopniu zaawansowania IVA jest nieprawdziwe:**

- a. podstawowe metody leczenia to radioterapia i chemioterapia
- b. z uwagi na odległe przerzuty stosuje się jedynie leczenie objawowe
- c. część chorych może się kwalifikować do zabiegu egzenteracji
- d. jedną z metod leczenia jest paliatywna radioterapia
- e. jedną z możliwych metod jest paliatywna chemioterapia

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**35. Które zdanie dotyczące pooperacyjnego leczenia chorej na raka trzonu macicy w stopniu zaawansowania IB, G2 jest prawdziwe:**

- a. chora nie wymaga leczenia uzupełniającego, ewentualnie jedynie brachyterapii
- b. wymaga brachyterapii i teleterapii
- c. wymaga hormonoterapii gestagenami
- d. wymaga brachyterapii i zastosowania gestagenów
- e. z uwagi na średni stopień zróżnicowania może wymagać chemioterapii

Trudność pytania w opinii autora: *łatwe*

**Piśmiennictwo****Pytania z dziedziny onkologii klinicznej**

1. Nowacki M. Rak jelita grubego. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 155–184, 176.
2. Łacko A., Krzemieniecki K. Status KRAS molekularnym wskaźnikiem predykcyjnym korzyści z leczenia przeciwciałami monoklonalnymi blokującymi receptor dla naskórkowego czynnika wzrostu u chorych na raka jelita grubego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2009; 7: 9–15.
3. Jassem J. Rak piersi. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 224.
4. Podolak-Dawidziak M. i wsp. Niedokrwiłość. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 423–428.
5. Podolak-Dawidziak M. Niedokrwiłość towarzysząca chorobie nowotworowej. W: Krzemieniecki K. (red.). Leczenie wspomagające w onkologii. Poznań 2008; 15–30.
6. Herman K. i wsp. Nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GISt). W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 405–409.
7. Popiela T. Rak żołądka. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 116.
8. Krzakowski M. Nowotwory złośliwe płuca i opłucnej. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 81.
9. Dziadziuszko R. Leczenie celowane w raku płuca. W: Jassem J., Krzakowski M. (red.). Nowotwory złośliwe płuca i opłucnej. Gdańsk 2008; 133–140.
10. Stelmach A., Borówka A. Nowotwory układu moczowo-płciowego. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 276–281.
11. Pawlicki M i wsp. Późne i odległe powikłania systemowego leczenia przeciwnowotworowego. W: Krzakowski M. (red.). *Onkologia Kliniczna*. Warszawa 2006; 613–627.
12. Garcia-del-Muro i wsp. Chemioterapia jako alternatywna wobec radioterapii metoda leczenia nasieniaka jądra w stopniu II A i IIB: Badanie *Spanish Germ Cell Cancer Group*. *J. Clin. Oncol.* Wydanie polskie, 2009.
13. Nowacki M. Rak jelita grubego. W: Krzakowski M. (red.). *Onkologia Kliniczna*. Warszawa 2006; 888–911.
14. Welnicka-Jaśkiewicz M. Wykłady PoASCO 2007 i 2008: Nowotwory przewodu pokarmowego.
15. Krzemieniecki K. (red.). Leczenie wspomagające w onkologii. Poznań 2008.
16. Krzakowski M. (red.). *Onkologia kliniczna*. Warszawa 2006.
17. Litwiniuk M. Macierzyństwo u chorych leczonych wcześniej z powodu raka piersi. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2007; 3: 23–27.
18. Jassem J., Kawecki A. Nowotwory nabłonkowe regionu głowy i szyi. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 1–31.
19. Erbitux — monografia produktu. Wskazania rejestracyjne 2008.



20. Fijuth J. Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 33–65.
21. Krzakowski M. Nowotwory złośliwe płuca i opłucnej. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 67–89.
22. Krzakowski M. Leczenie złośliwego międzybłoniaka opłucnej. W: Jassem J., Krzakowski M. (red.). Nowotwory złośliwe płuca i opłucnej. Gdańsk 2008; 159–169.
24. Grzesiakowska U., Bobek-Bilewicz B. Diagnostyka obrazowa raka płuca i nowotworów opłucnej. W: Jassem J., Krzakowski M. (red.). Nowotwory złośliwe płuca i opłucnej. Gdańsk 2008; 36–46.
25. Orłowski T. Rak przetyku. W: Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009; 93–106.
26. Kawecki A., Krzakowski M. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe oraz stany zapalne błon śluzowych. W: Krzakowski M. (red.). Onkologia kliniczna. Warszawa 2006; 489–514.
27. Krzakowski M. (red.). Onkologia kliniczna. Warszawa 2006.
28. Krzakowski M. (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa 2009.

#### **Pytania z dziedziny ginekologii onkologicznej**

1. Markowska J. (red.). Ginekologia onkologiczna. Wyd. II: 3-22, 813–818, 894–909.
2. Urbański K. Terapia konsolidacyjna chorych na raka jajnika. Argumenty za i przeciw. Onkologia w Praktyce Klinicznej 2007; 3: 298–305.
3. Hoskins W.J., Perez C.A. i wsp. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 4<sup>th</sup> ed: 461–487, 743–822, 823–872, 895–987.
4. Markowska J., Mądry R. (red.). Ginekologia onkologiczna. Wydanie kieszonkowe. 2008: 133–149, 175–205.
5. Krzakowski M. (red.). Onkologia kliniczna. 2001; 140–193.