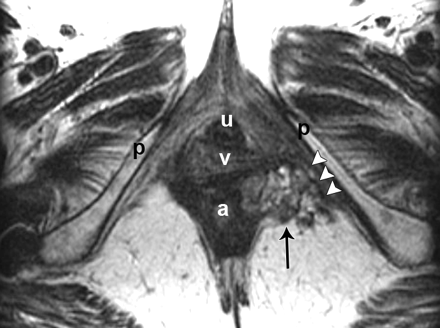
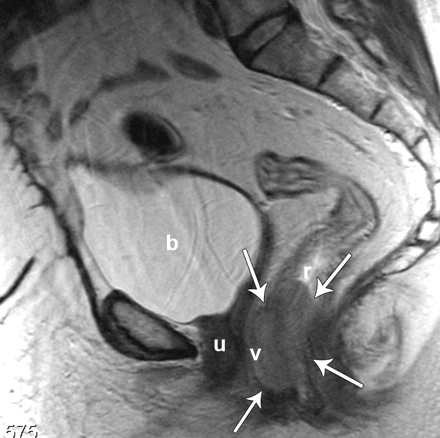
*Jautājumi onkoloģijas ginekologa sertifikācijas eksāmenam*

1. Kurš no minētajiem nav obligāts izmeklējums stacionējot pacienti onkoginekoloģijas nodaļā plānveida operatīvai terapijai?
2. Klīniskā asins aina, bioķīmiskās asins analīzes, koagulogramma, asins grupa, rēzus faktors un antierotrocitārās antivielas;
3. Elektorkardiogramma, plaušu rentgenogramma;
4. Urīna analīze;
5. Ģimenes ārsta slēdziens,ka nav kontrindikāciju operatīvai terapijai;
6. Datortomogrāfija mazajam iegurnim;
7. Kurš būs pirmās izvēles preparāts šķidruma aizvietošanai?
   1. Koloīdi;
   2. Krioprecipitāts;
   3. Kristaloīdi;
   4. eritrocītu masa;
8. Kurā no klīniskajām situācijām var neveikt rektovaginālu izmeklēšanu?
9. Paciente iestājusies stacionārā uz operatīvu terapiju ar aizdomām par ļaundabīgu olnīcu audzēju;
10. Pacientei analizējot parametriju stāvokli;
11. Sieviete līdz 40 gadu vecumam profilaktiskās ginekologa vizītes laikā;
12. Perimenopauzāla vecuma paciente ar asiņošanu no dzimumceļiem;
13. Kurš no izmeklējumiem ir svarīgākais galīgās diagnozes verificēšanai?
14. Citoloģiskā analīze;
15. Histoloģiskā analīze;
16. Klīniskā izmeklēšana;
17. Radioloģiskā izmeklēšana;
18. Ultrasonogrāfiskā izmeklēšana;
19. Kāda ir profilakse pie endometrija karcinomas augsta riska (Linča sindroms)?
20. Visām sievietēm jābūt informētām par endometrija vēža risku un simptomiem; veselīgs dzīvesveids (fiziskas aktivitātes, svara, asinsspiediena, cukura kontrole);
21. KOK lietošana; progestīnu preparātu lietošana; veselīgs dzīvesveids (fiziskas aktivitātes, svara, asinsspiediena, cukura kontrole);
22. Pēc 40 gadu vecuma (pēc reproduktīvās funkcijas realizācijas) – totāla histerektomija ar piedēkļiem;
23. Kurš no apgalvojumiem nav patiess attiecībā uz dzemdes kakla vēzi?
24. Dzemdes kakla vēža diagnostikas nolūkos pirms terapijas uzsākšanas vienmēr ir nepieciešams veikt biopsiju vai dzemdes kakla ekscīziju;
25. Dzemdes kakla vēža stadiju nosaka klīniski;
26. Dzemdes kakla vēža stadija ārstēšanas gaitā var mainīties;
27. Dzemdes kakla vēža gadījumā īpaši svarīga ir pTNM klasifikācija;
28. Kurš no apgalvojumiem nav patiess attiecībā uz endometrija vēzi?
29. Endometrija vēža stadiju nosaka veicot dzemdes dobuma proves abrāziju, kurai sekojoši veic klīnisko, ultrasonogrāfisko un radioloģisko izmeklēšanu;
30. Endometrija vēža diagnozi parasti apstiprina veicot dzemdes dobuma proves abrāziju;
31. Endometrija vēža stadiju neietekmē citoloģiskā analīze no vēdera dobuma operācijas laikā;
32. Endometrija vēža pāreja uz cervikālā kanāla gļotādu neietekmē stadiju;
33. Kura no klīniskajām situācijām nav raksturojama kā olnīcu vēža IIIC stadija?
34. Metastāze tievajā zarnā ar tās daļēju nosprostošanu un lielajā taukplēvē lielāku par 2 cm diametrā;
35. Divas izolētas metastāzes iegurņa limfmezglos;
36. Viena solitāra metastāze aknu parenhīmā līdz 2 cm lielākajā diametrā;
37. Metastāze liesas vārtos lielāka par 3cm;
38. Pacientei (40 gadi) ir endometrioīda endometrija adenokarcinoma, I stadija, G1, invāzija ir vairāk par 50%, L-V-, kāda ir adjuvanta terāpija?
    1. Novērošana;
    2. Vagināla brahiterapija;
    3. Distances staru terapija;
    4. Ķīmijterapija;
    5. a+b
    6. a+c
    7. c+d
    8. b+c
39. Kurš no apgalvojumiem nav pareizs par pacienti, kurai ginekoloģiskajā ultrasonogrāfijā konstatēts patoloģisks olnīcu veidojums 5 cm diametrā ar „eho” pozitīviem piesienas ieslēgumiem?
40. Būtu aprēķināms Malignitātes riska indekss;
41. Jānosaka CA125 koncentrācija serumā;
42. Ir pieļaujama laparaskopiska salpingoophorektomija gados jaunai pacientei;
43. Ir pieļaujama kombinētas orālās kontracepcijas nozīmēšana uz 3 mēnešiem ar sekojošu ultrasonogrāfisko kontroli;
44. Pēc kura nesekmīga kardiopulmonālās reanimācijas cikla ir jāievada adrenalīnu nedefibrilējamiem pacientiem?
    1. Pirmā;
    2. Otrā;
    3. Trešā;
45. Olnīcu vēža recidīvu kontrolē ir izmantojams sekojošais, izņemot:
46. CA125 koncentrācijas noteikšana;
47. Ginekoloģiskā ultrasonogrāfija;
48. Datortomogrāfija;
49. Klīniskie simptomi;
50. Pārskata rentgenogrāfija vēdera dobuma orgāniem reizi gadā;
51. Kurš no apgalvojumiem nav pareizs izmeklējot pacienti ar neskaidru asiņošanu no dzimumceļiem menopauzē?
52. Diagnozes verificēšanai ir indicēta dzemdes dobuma proves abrāzija;
53. Visprecīzākā diagnostikas metode neskaidras asiņošanas diagnostikā ir histerorezektoskopijai;
54. Dzemdes dobuma proves abrāziju var aizstāt ar dzemdes dobuma aspirātu, jo tam piemīt vienlīdz augsta endometrija vēža diagnostiskā jutība un specifiskums;
55. Dzemdes dobuma aspirācija ir indicēta gadījumos, kad nav iespējams iegūt audu materiālu morfoloģiskai izmeklēšanai dzemdes dobuma proves abrāzijas laikā;
56. Kurš no uzskaitītajiem faktoriem atsevišķi nepaaugstina dziļo vēnu trombožu risku?
57. Išēmisks insults;
58. Dziļo vēnu tromboze anamnēzē;
59. Onkoloģiska saslimšana;
60. Dekompensēta sirds mazspēja;
61. Akūta vai hroniska plaušu saslimšana;
62. Akūta iekaisīga saslimšana;
63. Vecums > 60 gadiem;
64. Intraabdomināla ķirurģiska manipulācija pēc 40 vecuma;
65. Jebkura ķirurģiska manipulācija līdz 30 min;
66. Kurai antibakteriālo preparātu grupai būtu dodama priekšroka infekciju profilaksē veicot abdominālu histerektomiju?
67. Cefalosporīniem;
68. Penicilīniem;
69. Makrolīdiem;
70. Aminoglikozīdiem;
71. Tetraciklīniem;
72. Pie kāda nieru filtrācijas ātruma ir indicēta parenterāla šķidruma ievadīšana?
73. <30ml/h;
74. <20ml/h;
75. <40 ml/h;

1. Kuru no sekojošajiem šķīdumiem Jūs neizvēlēsieties normovolēmijas atjaunošanai pēc akūtas hipovolēmijas korekcijas?
2. Hidroksietilciete (HES) 6%;
3. Želatīna šķīdums (Gelofusine);
4. Albumīna šķīdums 5%;
5. Dekstrānu šķīdums 10%;
6. Ringera šķīdums;
7. Kura nav sistēmiska pazīme, kas ietekmē brūces dzīšanu?
8. Marfāna sindroms;
9. Urēmija;
10. Slikta vaskularizācija;
11. Antikoagulanti;
12. Kurš no minētajiem nav endometrija hiperplāzijas riska faktors?
13. Adipozitāte;
14. Tamoksifēna lietošana;
15. Policistisku olnīcu sindroms;
16. Estrogēnus producējošs stromāls olnīcu audzējs;
17. Estrogēnu lietošana hormonaizvietojošajā terapijā;
18. Kombinēta estrogēnu un progestīnu lietošana hormonaizvietojošajā terapijā;
19. Kuras endometrija hiperplāzijas gadījumā ir novērojams visaugstākais malignās transformācijas risks?
20. Vienkārša hiperplāzija bez atipijas;
21. Kompleksa hiperplāzija bez atipijas;
22. Vienkārša hiperplāzija ar atipiju;
23. Kompleksa hiperplāzija ar atipiju;
24. Kuriem HPV genotipiem ir visaugstākais dzemdes kakla vēža riska potenciāls?
25. 16, 18, 31, 45;
26. 16, 18, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59;
27. 16, 18, 26, 53, 66, 68, 73, 82;
28. Kurš no minētajiem nav riska faktors vulvas vēža attīstībai:
29. HPV 6. un 11.tips;
30. Lichen sclerosus;
31. HIV/AIDS;
32. Vulvas intraepiteliāla neoplāzija;
33. HPV 16. un 18.tips;
34. Kuras mutācijas ir raksturīgas otrajam olnīcu vēža patoģenēzes tipam?
35. K-ras, BRAF un c-erb B2 gēnos;
36. CTNNB1, PTEN un PIK3CA gēnos;
37. p53 un BRCA1/2 gēnos;
38. Situācijās, kad nav iespējams veikt audzēja rezekciju iegurnī, kura no zemāk norādītajām metodēm ir piemērotākā?
39. Ķīmijterapija vai staru terapija;
40. Perkutāna ablācija;
41. Endovaskulāra embolizācija;
42. Imūnterapija;
43. Kuras struktūras iesaistes gadījumā visbiežāk tiks atlikta primāra audzēja rezekcija?
44. A.iliaca externa;
45. Bartolīnī dziedzeris;
46. Urīnpūšļa pamatne;
47. Maksts;
48. Cirkšņa limfmezglos nonāk limfa no zemāk minētajām anatomiskajām struktūrām, izņemot:
49. Vulvas;
50. Distālās urīnizvadkanāla daļas;
51. Maksts proksimālās daļas;
52. Anusa;
53. Kura ir visticamākā primārā audzēja lokalizācija zemāk redzamajā atttēlā (audzējs norādīts ar bultiņu)?
54. Bartolīnī dziedzeris;
55. Urīnizvadkanāls;
56. Maksts;
57. Anuss;
58. Kuras anatomiskā struktūras iesaiste zemāk redzamajā attēlā neļauj veikt primāru maksts vēža rezekciju?
59. Urīnpūslis;
60. Urīnizvadkanāls;
61. Maksts;
62. Taisnā zarna;
63. Kāda ir minimālā atkāpe veselo audu robežās veicot vulvas vēža rezekciju Ca in situ gadījumā?
64. 5 mm;
65. 10 mm;
66. 15 mm;
67. 20 mm;
68. Primāra vulvas vēža gadījumā var tikt diagnosticēti sekojoši morfoloģiskie audzēja veidi, izņemot:
69. Plakanšūnu karcinoma;
70. Adenokarcinoma;
71. Gaiššūnu karcinoma;
72. Melanoma;
73. Dzemdes kakla skrīninga izmeklējumā atrasts AGUS ar CPV-negatīvs:
74. Tests jāatkārto pēc 3 mēnešiem;
75. Jāgaida nākamais uzaicinājums pēc 3 gadiem;
76. Jāveic kolposkopija;
77. Konsultācija pie onkoginekologa;
78. Ja patoloģiska dzemdes asiņošana – veikt atbilstošos izmeklējumus – USG, endometrija biopsija;
79. b+e
80. Kurš no apgalvojumiem par Pedžeta slimību nav patiess?
81. Tā ir sastopama vulvā;
82. Tā ir labdabīga saslimšana;
83. Zem tās reizēm diagnosticē adenokarcinomu;
84. Biežāk novēro sievietēm premenopauzē;
85. Vulvas melanomas gadījumā ir jāizmanto sekojoša stadiju klasifikācijas sistēma:
86. FIGO;
87. TNM;
88. Klarka-Breslova;
89. Pacientei ar vulvas vēzi, kura diametrs ir 12 mm un invāzija ir 2mm ir pieļaujama ipsilaterāla ingvinofemorāla limfadenektomija, izņemot gadījumus, kad:
90. Audzējs lokalizēts <1cm no viduslīnijas;
91. Mazo kaunuma lūpu iesaiste;
92. Ipsilaterāli pozitīvi limfmezgli;
93. Audzējs ar izčūlojumu;
94. a+b+c;
95. a+b;
96. Kurš no ārstēšanas veidiem nebūs piemērots pacientei ar vulvas vēzi, ja audzējs ir 24mm ar invāziju 3mm?
97. Radikāla vulvektomija;
98. Lokāla radikāla ekscīzija ar abpusēju ingvinofemorālu limfadenektomiju;
99. Lokāla radikāla ekscīzija ar ipsilaterālu limfadenektomiju, ja audzējs lokalizēts vismaz > 1 cm no viduslīnijas;
100. Kurā no klīniskajām situācijām ir pieļaujama tikai lokāla vulvas vēža ekscīzija un pacientes novērošana?
101. Audzējs 13mm diametrā ar invāziju 1mm;
102. Audzējs 17mm diametrā ar invāziju 2mm;
103. Audzējs 23mm diametrā ar invāziju 1mm;
104. Kurš no apgalvojumiem par maksts vēzi nav patiess?
105. VAIN tiek uzskatīts par maksts vēža prekursoru;
106. Biežāk konstatē sievietēm menopauzē;
107. Parasti to novēro sievietēm, kurām anamnēzē ir bijusi staru terapija mazajam iegurnim;
108. Līdz pat 30% pacienšu anamnēzē ir bijis dzemdes kakla vēzis;
109. Visbiežāk morfoloģiski tās ir adenokarcinomas;
110. Kurā no minētajām situācijām nebūtu pielietojama ķirurģiska ārstēšana pacientei ar maksts vēzi?
111. Pacientei ar audzēju I stadijā, kas lokalizēts maksts mugurējā velvē un operācijas laikā būs iespējams veikt radikālu histerektomiju ar atkāpi vismaz 1 cm veselo audu robežās;
112. Gados jauna paciente, kurai ir iespējams rezicēt audzēju un stadijas precizēšanas nolūkā ir nepieciešams veikt iegurņa limfadenektomiju;
113. 60 g.v. pacientei ar rektovaginālu fistulu un vispārējo stāvokli 2 (Performance Score 2 pēc GOG);
114. Gados jaunai pacientei ar centrālu recidīvu;
115. Kurš no apgalvojumiem nav patiess par maksts sarkomu?
116. Tas ir ļoti agresīvs audzējs, kurš veidojas no rabdomioblastiem;
117. Parasti tos konstatē zīdaiņiem un jaundzimušajiem;
118. Pirmās klīniskās izpausmes ir asiņošana no dzimumceļiem un patoloģiskas audzēja masas izejošas no introitus vaginae;
119. Parasti terapijā tiek pielietota tikai ķirurģiska ārstēšana, jo šīs sarkomas nav jutīgas uz staru vai ķīmijterapiju;
120. Kuras lokalizācijas ļaundabīgie audzēji no ginekoloģiskajiem audzējiem visbiežāk ir sastopami sievietēm līdz 40 gadu vecumam?
121. Dzemdes kakla vēzis;
122. Endometrija vēzis;
123. Gestācijas trofoblastiskā neoplāzija;
124. Olnīcu germinogēnie audzēji;
125. Olnīcu karcinomas gadījumā neoadjuvanta ķīmijterapija indicēta:
126. Difūza dziļa tievo zarnu mezentērija saknes infiltrācija;
127. Tievo zarnu difūza plaša karcinomatoze, kas rezekcijas gadījumā novestu pie «īso zarnu» sindroma (<1.5m atlikušais tievo zarnu garums);
128. Kuņģa/duodēna, pancreas galvas/vidusdaļas difūza iesaiste/dziļa infiltrācija;
129. Truncus coeliacus, aa. hepaticae, a. gastrica sinistra iesaiste;
130. Aknu parenhīmas centrāla / multisegmentālas MTS;
131. Multiplas MTS plaušu parenhīmā;
132. Nerezecējamas limfmezglu MTS;
133. Smadzeņu MTS;
134. Viss ir pareizs;
135. Kurš no dzemdes kakla vēža morfoloģiskajiem veidiem ir sastopams 90% gadījumu?
136. Adenokarcinoma;
137. Plakanšūnu karcinoma;
138. Adenoskvamoza karcinoma;
139. Adenoakantoma;
140. Kurš no minētajiem simptomiem nebūs raksturīgs pacientei ar dzemdes kakla vēzi?
141. Asiņošana pēc dzimumakta;
142. Vēdera palielināšanās apjomā;
143. Sāpes vēdera lejasdaļā;
144. Kāju tūska;
145. Kuras limfmezglu grupas metastāzes tiek uzskatītas par attālām limfmezglu metastāzēm?
146. Obturatoro limfmezglu;
147. Kopēji iliakālo limfmezglu;
148. Paraaortālo limfmezglu;
149. Presakrālo limfmezglu;
150. Dzemdes kakla vēža stadiju Latvijā nosaka:
     1. Klīniski;
     2. Ķirurģiski;
     3. Pēc morfoloģiskas operācijas materiāla izanalizēšanas;
151. Kurš no minētajiem variantiem atbilst mikroinvazīva dzemdes kakla vēža kritērijiem?
     1. Audzēja izplatība plašumā līdz 7mm un dziļumā līdz 5mm;
     2. Izplatība plašumā līdz 5mm un dziļumā līdz 5mm;
     3. Izplatība plašumā līdz 7mm un dziļumā līdz 3mm;
     4. Izplatība plašumā līdz 5mm un dziļumā līdz 5mm;
152. Kura no ķirurģiskajām ārstēšanas metodēm nav indicēta mikroinvazīva dzemdes kakla vēža gadījumā?
     1. Wertheima tipa operācija;
     2. Plaša dzemdes kakla konusveida elektroekscīzija;
     3. Totāla histerektomija;
153. Kurš no apgalvojumiem par dzemdes kakla vēža terapiju nav patiess?
     1. Dzemdes kakla vēzi agrīnās stadijās var ārstēt vienlīdz efektīvi gan ķirurģiski, gan ar staru terapiju;
     2. Gados jaunām pacientēm priekšroka tiek dota ķirurģiskai terapijai;
     3. Wertheima tipa operācijas laikā vienmēr tiek veikta totāla histerektomija ar parametrektomiju, maksts augšējās trešdaļas rezekcija, abpusēja iegurņa limfadenektomija ar salpongo-ophorektomiju;
154. Kura ir biežāk satopamā ļaundabīgo audzēju lokalizācija no ginekoloģiskajiem audzējiem?
     1. Endometrija vēzis;
     2. Olnīcu vēzis;
     3. Dzemdes kakla vēzis;
     4. Vulvas vēzis;
155. Kurš no endometrija vēža morfoloģiskajiem veidiem ir sastopams 70-80% gadījumu?
     1. Endometroīda adenokarcinoma;
     2. Gaiššūnu adenokarcinoma;
     3. Seroza adenokarcinoma;
     4. Plakanšūnu karcinoma;
156. Kāds ir operācijas apjoms serozas endometrija adenokarcinomas gadījumā ar audzēja invāziju miometrijā līdz 50%?
     1. Totāla histerektomija ar piedēkļiem;
     2. Totāla histerektomija ar piedēkļiem un limfadenektomija;
     3. Totāla histerektomija ar piedēkļiem, parametrektomiju, limfadenektomiju un deomentizāciju;
     4. Totāla histerektomija ar piedēkļiem, limfadenektomiju un deomentizāciju;
157. Kāda ir piemērotākā taktika, ja pēc ķirurģiskas terapijas morfoloģiskajā pēcoperācijas materiāla analīzē konstatē, ka audzējs ir augstu diferencēts un tā invāzija ir līdz ½ miometrija slāņa (L-V- Pn\_)?
     1. Dobuma staru terapiju;
     2. Distances staru terapiju;
     3. Novērošana;
     4. 3 ķīmijterapijas kursus ar Karboplatīnu un Paklitakselu;
158. Kāds ir piemērotākais operācijas apjoms pacientei ar dzemdes dobuma proves abrāzijas laikā verificētu endometroīdu adenokarcinomu un CT konstatētu tā pāreju uz dzemdes kakla stromu?
     1. Totāla histerektomija ar piedēkļiem;
     2. Totāla histerektomija ar piedēkļiem, iegurņa un paraaortāla limfadenektomija;
     3. Totāla histerektomija ar piedēkļiem, parametrektomija, iegurņa un paraaortāla limfadenektomija;
     4. Totāla histerektomija ar piedēkļiem, iegurņa un paraaortāla limfadenektomija un deomentizācija;
159. 32 gadīgai pacientei konstatējot augsti diferencētu endometroīdu endometrija adenokarcinomu ar invāziju miometrijā līdz 3mm ir pieļaujamas sekojošas terapijas taktikas, izņemot:
     1. Totāla histerektomija ar piedēkļiem;
     2. Histerorezektoskopija ar audzēja lokālu rezicēšanu;
     3. Metroksiprogesterona acetāts 500 mg/dnn;
     4. Megestrola acetāts 160 mg/dnn;
     5. Megestrola acetāts 320 mg/dnn;
160. Kurš no apgalvojumiem par olnīcu vēzi nav patiess?
     1. Ļaundabīgie epiteliāli olnīcu audzēji sastāda 75-80% no visiem ļaundabīgajiem olnīcu audzējiem;
     2. Relatīvais risks saslimt ar olnīcu vēzi dzīves laikā ir 1,2, -1,6%;
     3. 75-80% gadījumu olnīcu vēzi diagnosticē III / IV stadijā;
     4. Pie olnīcu vēžiem ir pieskaitāmi ļaundabīgi granulozo šūnu audzēji un disgerminomas;
161. Kurā no minētajām situācijām ir jāuzsāk kardiopulmonālā reanimācija?
     1. pacients bezsamaņā un neatbild uz jautājumiem;
     2. pacients bezsamaņā, neatbild uz jautājumiem un nereaģē uz fizisku kairinājumu;
     3. pacients ir bezsamaņā taču pēc sāpju kairinājuma atver acis;
162. Kurš no uzskaitītajiem faktoriem norāda uz visaugstāko relatīvo risku dzīves laikā saslimt ar olnīcu vēzi?
     1. Endometrioze;
     2. Krūts vēzis anamnēzē;
     3. Olnīcu vēzis ģimenes anamnēzē;
     4. Neauglība;
     5. Smēķēšana;
     6. Liekais svars ĶMI >30;
163. Kurš no minētajiem nav olnīcu vēža riska faktors?
     1. BRCA1 un BRCA2 mutācija;
     2. Ilgstoša KOK lietošana anamnēzē;
     3. Olnīcu stimulācija ar klomifēna citrātu;
     4. Olnīcu stimulācija ar gonadotropo hormonu analogiem;
164. Malignitātes riska indeksa aprēķināšanai ir nepieciešama informācija par sekojošo, izņemot:
     1. Ultrasonogrāfiskie dati;
     2. CA125 koncentrācija U/ml;
     3. Menopauzes stāvoklis;
     4. HE4 koncentrācija pmol/l;
165. Aizdomu gadījumā par stromālu vai germinogēnu olnīcu audzēju Jūs noteiksiet sekojošus biomarķierus, izņemot:
     1. Β-HcG;
     2. AFP;
     3. LDH;
     4. Inhibīnu B;
     5. HE4;
166. Kādas sūdzības un simptomi vаrētu liecināt раr puslīš molas еsаmību:
167. Amenoreja, аsiņаini izdalījumi nо dzimumоrgāniеm, dzemdes lieluma neatbilstība grūtniecības laikam, olnīcu luteīnas cistas, tireotoksikozes pazīmes, preeklampsijas parādības;
168. Amenoreja, pozitīvs grūtniecības tests, *emesis gravidarum*, sāpes vēdera lejasda|ā, smērējošie asiņaini izdalījumi;
169. Amenoreja, pozitīvs grūtniecības tests, smērējošie asiņaini izdalījumi no dzimumorgāniem, sāpes vēdеrа lejasdaļā, spiediena sajūta uz taisno zarnu;
170. Asiņošana pēc menstruāciju aizkavēšanas, vājums, tahikardija, раlраtоri palielināta viena оlnīcа;
171. Kuram no zemāk minētajiem biomarķieriem piemīt visaugstākā jutība un specifiskums endometriozes un olnīcu vēža diferenciāldiagnostikā?
     1. Β-HCG;
     2. AFP;
     3. HE4;
     4. CA125;
     5. CA19-9;
     6. CA15-3;
     7. CA72-4;
     8. CEA;
     9. SCC;
172. Kura no uzskaitītajām magnētiskajā rezonansē redzamajām radioloģiskajām pazīmēm ir būtiska endometriomas diferenciāldiagnostikai no ļaundabīga olnīcu audzēja?
     1. Hiperintenss veidojuma saturs;
     2. Hiperintensi piesienas ieslēgumi;
     3. Aizēnojumi veidojumā;
     4. Kontrastvielu krājoši piesienas ieslēgumi;
173. Kuri no ķīmijpreparātiem ir indicēti pirmajā kārtā pēc ķirurģiskas terapijas olnīcu vēža gadījumā:
     1. Cisplatīns + Paklitaksels;
     2. Ciklofosfamīds + Doksorubicīns;
     3. Karboplatīns + Paklitakels;
     4. Karboplatīns + Paklitakels + Bevacizumabs sievietēm līdz 40 g.v.;
174. Kurš no apgalvojumiem par robežvarianta olnīcu audzējiem nav patiess?
     1. Ir novērojama garāka dzīvildze salīdzinājumā ar invazīviem vēžiem;
     2. Morfoloģiski visbiežāk serozas un mucinozas cistadenokarcinomas;
     3. Visbiežāk epiteliālas izcelsmes;
     4. Pieļaujama konservatīva ķirurģija gados jaunām pacientēm;
     5. Ķīmijterapija tikai atsevišķos gadījumos;
175. Kurš ir visbiežāk sastopamais olvada adenokarcinomas morfoloģiskais veids?
     1. Seroza adenokarcinoma;
     2. Mucinoza adenokarrcinoma;
     3. Gaiššūnu adenokarcinoma;
     4. Endometroīda adenokarcinoma;
176. Kurš no minētajiem apgalvojumiem par olvada vēzi nav patiess?
     1. Olvada vēža ķīmijterapijā nozīmē Karboplatīnu kombinācijā ar Paklitakselu;
     2. Ārstēšanu uzsāk ar primāru citoredukciju;
     3. Līdzīgi, kā pie olnīcu vēža novēro mutācijas C-erb, p53, K-ras, BRCA1 un BRCA2 gēnos;
     4. Olvada vēža Ca in situ gadījumā adjuvantajā terapijā ir nozīmējama ķīmijterapija;
177. Mucinozai cistadenomai raksturīga sekojošā pazīme:
178. Parasti daudzkameru veidojums;
179. Aisberga galotnes pazīme;
180. Pie palpācijas cistas želejveida saturs “kustīgs”;
181. Papillāri piesienas audi gan uz cistas sienas gan uz starpsienām;
182. a+c+d;
183. a+b+d;
184. b+c+d;
185. visas minētajas;
186. Kurš no zemāk uzskaitītajiem riska faktoriem netiek izmantots PVO akceptētajā trofoblastiskās saslimšanas riska aprēķināšanai?
     1. Vecums;
     2. Iepriekšējā grūtniecība;
     3. Laiks kopš iepriekšējās grūtniecības;
     4. Seruma β-HcG pirms grūtniecības;
     5. Lielākais audzēja izmērs, ieskaitot dzemdi;
     6. Metastazēšanās vieta;
     7. Metastāžu skaits;
     8. Neveiksmīga iepriekšējā ķīmijterapija;
     9. Iepriekšējo grūtniecību skaits;
187. Kurš no apgalvojumiem nav patiess par gestācijas trofoblastisko neoplāziju?
     1. Tās diagnoze pamatojas uz raksturīgo morfoloģisko atradi un persistējošu paaugstinātu β-HcG koncentrāciju serumā;
     2. Terapiju uzsāk ar dzemdes dobuma proves abrāziju un β-HcG koncentrācijas kontroli serumā vienu reizi nedēļā;
     3. Morfoloģiski apstiprināta gestācijas trofoblastiskā neoplāzija un persistējoša paaugstināta β-HcG koncentrācija serumā ir indikācija ķīmijterapijas uzsākšanai;
     4. Gestācijas trofoblastiskās neoplāzijas gadījumā ir novērojama laba atbildes reakcija uz metotreksātu;
     5. Ilgstoši persistējoša paaugstināta β-HcG koncentrācija serumā tiek dēvēta par „fantoma β-HcG” ;
188. Kura no zemāk minētajām situācijām nebūs raksturīga gestācijas trofoblastiskajai neoplāzijai?
     1. Asiņošana pirmajā grūtniecības trimestrī;
     2. Izteikta vemšana pirmajā grūtniecības trimestrī;
     3. β-HcG koncentrācija 5/6 grūtniecības nedēļā 80 000 mIU/ml;
     4. 6. grūtniecības nedēļā ultrasonogrāfiski netiek konstatēta augļa sirdsdarbība;
     5. 4.grūtniecības nedēļā β-HcG koncentrācija 2 000 mIU/ml;
189. Kurš no apgalvojumiem nav pareizs par pacientes novērošanu ar gestācijas trofoblastisko neoplāziju pēc terapijas saņemšanas?
     1. β-HcG koncentrācija serumā ir jānosaka vienu reizi nedēļā, līdz tā vairs netiek konstatēta;
     2. Kad β-HcG koncentrāciju serumā vairs nekonstatē, to nosaka vēl 2 nedēļas;
     3. Kad β-HcG koncentrāciju serumā ir negatīva 2 nedēļas, sievieti novēro 6 mēnešus nosakot β-HcG koncentrāciju serumā reizi mēnesī un vēl 6 mēnešus nosakot nosakot β-HcG koncentrāciju serumā vienu reizi 2 mēnešos;
     4. Novērošanas laikā ir jāizmanto diagnostiskais tests, kas ļauj konstatēt β-HcG koncentrāciju 2mIU/ml vai zemāk;
     5. β-HcG koncentrāciju serumā nosaka vismaz 3 mēnešus reizi nedēļā no diagnozes noteikšanas;
190. Kurā no zemāk minētajām situācijām visbiežāk attīstās gestācijas trofoblastiskā neoplāzija?
     1. Pēc pūslīšu molas;
     2. Pēc spontāna aborta;
     3. Pēc normālas grūtniecības;
     4. Pēc ektopiskas grūtniecības;
191. Kura no klīniskajām situācijām nav pieskaitāma pie zema riska gestācijas trofoblastiskajām saslimšanām?
     1. Slimības ilgums mazāk kā 4 mēnešus un β-HcG < 40 000 mIU/ml;
     2. Stadija III, PVO skaitlis 5;
     3. Stadija I, PVO skaitlis 7;
     4. Stadija III, metastāze plaušās, PVO skaitlis 6;
192. Par cistiska piedēkļu veidojuma malignitāti varētu norādīt:
193. Veidojuma starpsienas biezas (>3mm), robotas;
194. Līmeņa veidošanās cistas lūmenā;
195. Daudz piesienas ieslēgumu, tie bagātīgi vaskularizēti;
196. Veidojumam hiperehogēna kapsula;
197. a+b;
198. c+d;
199. a+c;
200. a+d;
201. Vai ir atļaujama grūtniecība pacientei ar metastātisku gestācijas trofoblastisko neoplāziju pēc ķīmijterapijas saņemšanas?
     1. Ir atļaujama pēc 6 mēnešiem;
     2. Nav atļaujama;
     3. Ir atļaujama pēc 12 mēnešiem;
     4. Ir atļaujama pēc 5 gadiem;
202. Kuri no zemāk minētajiem novērtēšanas kritērijiem atbildes reakcijai uz ķīmijterapiju parasti tiek izmantoti pētījumos pacientēm ar olnīcu vēzi?
     1. Rustin;
     2. RECIST;
203. Kurš no zemāk uzskaitītajiem apgalvojumiem par Rustin kritēriju izmantošanu olnīcu vēža atbildes reakcijā uz ķīmijterapiju nav patiess?
     1. Par jutīgu audzēju uz platīna preparātiem uzskata, ja CA125 koncentrācijas samazinājums ir par 50% vai vairāk no izejošās koncentrācijas;
     2. CA125 novērošanai drīkst izmantot, ja sākotnējā CA125 koncentrācija ir paaugstināta vismaz 2 x virs normas;
     3. Samazinoties CA125 koncentrācijai apstiprinošajā analīzei pēc 28 dienām ir jābūt tādā pašā koncentrācijā vai zemākai ;
     4. CA125 nosaka ik 2–4 nedēļas terapijas laikā un ik 2 - 3 mēnešus novērošanas laikā;
     5. Drīkst izmantot, ja paciente ir saņēmusi terapijā bevacizumabu (Avastīnu);
204. Kura no zemāk norādītajām situācijām nav uzskatāma par olnīcu vēža recidīvu?
     1. Pēc CA125 koncentrācijas samazinājuma (uz 1.līnijas ķīmijterapiju) līdz normai novēro CA125 dubultošanos no normas augšējās robežas;
     2. Pacientēm, kurām CA125 nesamazinās līdz normai – dubultošanās no zemākās koncentrācijas;
     3. Lēns CA125 koncentrācijas pieaugums ķīmijterapijas saņemšanas laikā, kas turpinās pēc ķīmijterapijas pabeigšanas;
205. Kura no zemāk minētajām situācijām ir apzīmējama kā daļēja atbildes reakcija uz ķīmijterapiju pēc RECIST kritērijiem?
     1. Ja lielāko veidojumu summa samazinās par vismaz 20%;
     2. Ja lielāko veidojumu summa samazinās par vismaz 30%;
     3. Ja CT izzūd audzējs;
     4. Veidojums nesamazinās, bet arī neprogresē;
206. Kurš no apgalvojumiem par onkoloģisko pacientu novērošanu nav pareizs?
     1. Pirmā gada laikā pacientei ir jānovērojas vienu reizi 3 mēnešos;
     2. Otrajā un trešajā gadā pacientei onkoloģijas ginekologs ir jāapmeklē vienu reizi 4 mēnešos;
     3. Ceturtajā un piektajā gadā onkoloģijas ginekologs ir jāapmeklē vienu reizi 6 mēnešos;
     4. Pacientes ar endometrijua vēzi IA stadijā, ar olnīcu vēzi IA un IB stadijā, kā arī pacientes ar dzemdes kakla vēzi līdz IB stadijai drīkst novērot retāk ;
207. Kāds ir minimālais sacīta tilpums, kas tiek uzskatīts par nelabvēlīgu prognostisku faktoru un ir jāņem vērā pirms uzsākt terapiju pacientei ar olnīcu vēža recidīvu?
208. >100 ml;
209. >500 ml;
210. >1000 ml;
211. >1500 ml;
212. > 3000 ml;
213. Kurā no klīniskajām situācijām paciente ir piemērota ķirurģiskai terapijai?
214. Paciente ar platīna jutīgu olnīcu vēzi IIIC stadijā pēc pilnīgas primāras citoreduktīvas operācijas, nav datu par slimības recidīivu vēdera dobumā, abpusējs pleirīts bez audzēja pleiras telpā;
215. Paciente ar olnīcu vēža metastāzi labajā subdiafragmālajā rajonā 2 x 8 cm diametrā pēc primāras citoreduktīvas operācijas mazajā iegurnī un 3 ķīmijterapijas cikliem ar Karboplatīnu un Paklitakselu. Nav datu par metastāzām citās vietās, paciente labā vispārējā stāvoklī (Performance Score 0);
216. Paciente ar vispārējo stāvokli 2 (Performance score 2 pēc GOG), olnīcu vēža progresija pēc eksploratīvas laparatomijas dēļ nerezicējama audzēja vēdera augšstāvā un 3 cikliem neoadjuvantas ķīmijterapijas ar Karboplatīnu un paklitakselu;
217. Paciente pēc primāras citoreduktīvas operācijas un 6 ķīmijterapijas cikliem ar Karboplatīnu un Paklitakselu un lielu atlieku audzēju Morisona telpā;
218. Paciente ar labu vispārējo stāvokli (Performance Score 0 pēc GOG) ambulatorajā pieņemšanā ar recidivējošu olnīcu vēzi 3 mēnešus pēc ķīmijterapijas saņemšanas. Datortomogrāfijā audzējs plašsi izplatīts izplatīts pa tievo zarnu apzarņiem. Pirmās operācijas laikā tika panākta pilnīga citoredukcija;
219. Kurš no uzskaitītajiem ir precīzākais neatkarīgais prognostiskais dzīvildzes faktors pacientēm ar olnīcu vēzi?
220. Difūzas metastāzes pleiras dobumā;
221. Izolēta metastāze aknu parenhīmā;
222. Izolēta metastāze tievajā zarnā;
223. Ascīts 4000 ml un plaša peritoneāla audzēja izplatība;
224. Izolēta metastāze galvas smadzenēs;
225. E vitamīns;
226. Augsts risks pie endometrija vēža ir:
227. III-IVA stadija;
228. I-IVA stadija non-endometrioīda karcinoma ar miometrija invāziju;
229. IA stadija endometroīdā, low-grade un bez limfovaskulārās invāzijas;
230. IA stadija endometroīdā, high – grade un bez limfovaskulārās invāzijas;
231. a+c;
232. a+b;
233. b+d;
234. Kurš no uzskaitītajiem iemesliem ir biežākais plakanšūnu vēža izraisītājs anālajā reģionā?
     1. anālais sekss;
     2. slikta higiēna;
     3. HPV;
235. Kurā no vecuma grupām saslimstība ar krūts vēzi ir vislielākā?
     1. 30 līdz 40 gadu vecumā;
     2. 40 līdz 50 gadu vecumā;
     3. 50 līdz 60 gadu vecumā;
     4. 60 līdz 70 gadu vecumā;
236. Kura no sekojošām krūts izmaiņām palielina krūts vēža risku?
     1. Adenoze;
     2. Mērena hiperplāzija;
     3. Apokrīna metaplāzija;
     4. Papiloma ar fibrovaskulāru pamatni;
     5. Pienvadu paplašinājums;
237. Latvijā krūts vēža mamogrāfiskais skrīnings ir paredzēts sekojošai vecuma grupai:
238. 50-69 gadu vecumā vienu reizi divos gados;
239. 45-69 gadu vecumā vienu reizi divos gados;
240. 50-69 gadu vecumā vienu reizi gadā;
241. Kuru preparātu lieto krūts vēža terapijā, ja tam ir pozitīvi progesterona un estrogēna receptori?
     1. Plakvenilu;
     2. Tamoksifēnu;
     3. Doksrubicīnu;
     4. Prednizalonu;
242. Kurš no uzskaitītajiem parādās vēlīni krūts vēža gadījumā?
     1. Palpējams veidojums;
     2. Sāpes veidojuma apvidū;
     3. Krūts deformācija;
     4. Krūts gala ievilkums;
243. Kādas asinis pārliesiet pacientam neatliekamā situācijā, ja nav zināma viņa asins grupa?
     1. O RhD-negatīvas;
     2. nepārliešu, jo nav zināma pacienta asins grupa;
     3. O RhD-pozitīvas;
     4. AB RhD-negatīvas;
     5. AB RhD-pozitīvas;
244. Pie kāda Hb daudzuma būtu vēlama eritrocītu masas pārliešana kritiskiem pacientiem?
     1. 120 g/L;
     2. 70 g/L;
     3. 100 g/L;
     4. 90 g/L;
245. Kura ir neatliekama indikācija trombocītu masas pārliešanai?
     1. 100\*109/L;
     2. 70\*109/L;
     3. 50\*109/L;
     4. 20\*109/L;
246. Pie kura trombocītu daudzuma sākas hemorāģiskā diatēze?
     1. 100\*109/L;
     2. 70\*109/L;
     3. 50\*109/L;
     4. 20\*109/L;
247. Ar kuru darbību sāk pacienta kardiovaskulālo reanimāciju?
     1. Ar elpināšanu;
     2. Ar sirds masāžu;
     3. Ar adrenalīna ievadi;
248. Pēc kura nesekmīga kardiopulmonālās reanimācijas cikla ir jāievada adrenalīnu defibrilējamiem pacientiem?
     1. Pirmā;
     2. Otrā;
     3. Trešā;
249. Kāda ir adrenalīna sākotnējā deva pie kardiopulmonālās reanimācijas?
     1. 1mg;
     2. 2mg;
     3. 3mg;
250. Kurā klīniskajā situācijā nav indicēta defibrilācija?
     1. Asistolija;
     2. Bradikardija;
     3. supraventrikulāra tahikardija;
     4. ātriju fibrillācija;
251. Kāds ir reanimācijas algoritms pieaugušajam?
     1. 15 sirds masāžas un 2 ieelpas;
     2. 30 sirds masāžas un 2 ieelpas;
     3. 2 ieelpas un 15 sirds masāžas;
     4. 2 ieelpas un 30 sirds masāžas;

***Atbildes uz onkoloģijas ginekologa sertifikācijas eksāmena jautājumiem***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | C | 47. | A | 93. | B |
| 2. | C | 48. | C | 94. | D |
| 3. | C | 49. | A | 95. | C |
| 4. | B | 50. | A | 96. | B |
| 5. | C | 51. | D | 97. | C |
| 6. | C | 52. | C | 98. | A |
| 7. | A | 53. | C | 99. | A |
| 8. | C | 54. | B | 100. | B |
| 9. | E | 55. | D |  |  |
| 10. | D | 56. | B |  |  |
| 11. | A | 57. | C |  |  |
| 12. | E | 58. | B |  |  |
| 13. | C | 59. | D |  |  |
| 14. | I | 60. | E |  |  |
| 15. | A | 61. | A |  |  |
| 16. | A | 62. | C |  |  |
| 17. | E | 63. | D |  |  |
| 18. | C | 64. | C |  |  |
| 19. | F | 65. | C |  |  |
| 20. | D | 66. | A |  |  |
| 21. | A | 67. | D |  |  |
| 22. | A | 68. | E |  |  |
| 23. | C | 69. | C |  |  |
| 24. | A | 70. | E |  |  |
| 25. | A | 71. | E |  |  |
| 26. | C | 72. | E |  |  |
| 27. | A | 73. | A |  |  |
| 28. | D | 74. | C |  |  |
| 29. | B | 75. | G |  |  |
| 30. | C | 76. | C |  |  |
| 31. | F | 77. | B |  |  |
| 32. | D | 78. | E |  |  |
| 33. | C | 79. | C |  |  |
| 34. | E | 80. | B |  |  |
| 35. | C | 81. | D |  |  |
| 36. | A | 82. | B |  |  |
| 37. | E | 83. | B |  |  |
| 38. | C | 84. | C |  |  |
| 39. | D | 85. | F |  |  |
| 40. | A | 86. | C |  |  |
| 41. | I | 87. | C |  |  |
| 42. | B | 88. | D |  |  |
| 43. | B | 89. | A |  |  |
| 44. | C | 90. | B |  |  |
| 45. | A | 91. | C |  |  |
| 46. | C | 92. | A |  |  |