

Test znanja u sustavu trajne medicinske izobrazbe liječnika

I u ovom broju „Medixa“, u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom (HLK), priredili smo za vas test znanja namijenjen provjeri stručnosti u postupku trajne medicinske izobrazbe. Test znanja sadrži 70 pitanja koja se odnose na sadržaj naslovne teme „Dijagnostika i liječenje tumora želuca, gušterače i jetre“. Pozitivno riješene testove (najmanje 60% vaših točnih odgovora) vrednovat će Povjerenstvo za trajnu izobrazbu HLK sa **sedam bodova**, a rezultati će, osim u „Medixu“, biti objavljeni u „Liječničkim novinama“, što će, ujedno, biti potvrda vaših ostvarenih bodova u postupku stručnoga medicinskog usavršavanja.



- Koji su poznati razlozi nastanka karcinoma želuca?
 - Infekcija bakterijom *Helicobacter pylori*
 - Genetički razlozi
 - Prehrana
 - Sve navedeno
- Helicobacter pylori* uzrok je:
 - intestinalnog karcinoma želuca
 - difuznog raka želuca
 - MALT-limfoma želuca
 - svoga navedenoga
- Eradikacija bakterije *Helicobacter pylori* prije nastanka intestinalne metaplazije/atrofije:
 - smanjuje rizik nastanka raka želuca
 - povećava rizik nastanka raka želuca
 - nema utjecaj na nastanak raka želuca
 - ništa od navedenoga
- Endoskopsko i histološko praćenje bolesnika s premalignim promjenama sluznice korpusa i antruma bez displazije želuca prema MAPS-preporukama:
 - nije potrebno
 - potrebno je svake tri godine
 - potrebno je svake godinu
 - potrebno je svakih šest mjeseci
- Bolesnik s pepsinogenom (PG) I <50 ng/mL i omjerom PG I/PG II <3 ima vjerojatno:
 - karcinom želuca
 - displaziju sluznice
 - kronični atrofični gastritis
 - polipe želuca
- Populacijski probir na infekciju bakterijom *H. pylori* i posljedičnu eradikaciju u na *H. pylori* pozitivnih osoba prema posljednjim preporukama (Mastricht IV konsenzus, Azijsko-pacifički konsenzus) trebalo bi provoditi:
 - 5–10 godina prije dobi u kojoj započinje rast incidencije karcinoma želuca
 - 5–10 godina prije dobi u kojoj dolazi do platoa incidencije karcinoma želuca
 - 10–20 godina prije dobi u kojoj započinje rast incidencije karcinoma želuca
 - 10–20 godina prije dobi u kojoj dolazi do platoa incidencije karcinoma želuca
- Prema Laurenovoj klasifikaciji dva su osnovna tipa karcinoma želuca: difuzni i intestinalni. Difuzni tip ima:
 - bolju prognozu
 - oštru granicu prema zdravoj stijenci
 - izrazit intramuralni rast daleko od granice makroskopski vidljivoga tumora
 - a) + b)
- Kurativna (R0) resekcija želuca podrazumijeva:
 - gastrektomiju
 - u cijelosti uklonjen makroskopski vidljiv tumor
 - isključenu prisutnost zloćudnih stanica u resekcijskim rubovima i udaljene metastaze
 - b) + c)

Upute za ispunjavanje testa znanja

Točne odgovore potrebno je označiti u tablici uvezanog umetka zaokruživanjem odgovarajućeg slova (a-d) samo jednog od ponuđenih odgovora za svako od 70 pitanja.

Popunjeni obrazac, s označenim odgovorima i vašim osobnim podacima potrebno je istrgnuti, presavinuti na format dopisnice (po mogućnosti preklop učvrstiti ljepljivom vrpcom) te s poštanskom markom poslati na naznačenu adresu (Hrvatska liječnička komora, Tuškanova 37, 10000 Zagreb), najkasnije **do 31. ožujka 2014.**

Za dodjelu bodova u sustavu trajne izobrazbe uzimat će se u obzir samo pozitivno riješeni testovi dostavljeni na originalnom priloženom obrascu (umetku).

Želimo Vam puno uspjeha u rješavanju našeg testa znanja!

Nastavak na sljedećoj stranici

9. Subtotalna (distalna) resekcija želuca:
- indicirana je za karcinome locirane isključivo u distalnoj trećini želuca
 - podrazumijeva resekciju distalne 2/3–4/5 želuca, pilorus, početni dio duodenuma, veliki i mali omentum
 - a) + b)
 - ništa od navedenoga nije točno
10. Optimalan postupak u sklopu radikalne gastrektomije je:
- D2-limfadenektomija s prezervacijom slezene i pankreasa
 - D2-limfadenektomija i splenektomija
 - D2-limfadenektomija, splenektomija i distalna pankreatektomija
 - D2-limfadenektomija i disekcija retropankreatičnih limfnih čvorova
11. Karcinom želuca koji je probio serozu i invadira okolne strukture (T4):
- apsolutna je kontraindikacija za kirurško liječenje
 - ako je lezija resektabilna, indicirana je palijativna gastrektomija u kombinaciji s adjuvantnom kemoradioterapijom
 - liječi se isključivo konzervativno, sistemskom kemoradioterapijom
 - a) + c)
12. Incidencija (/100.000) karcinoma želuca u Hrvatskoj iznosi:
- 17
 - 19
 - 21
 - 23
13. Opcija liječenja koja je pokazala dobit (↑ razdoblja bez pojave bolesti) u liječenju lokalnoga karcinoma želuca nakon radikalne R0-resekcije i D2-resekcije s minimalno 15 izoliranih limfnih čvorova je:
- neoadjuvantna kemoterapija
 - adjuvantna kemoradioterapija
 - adjuvantna kemoterapija
 - ništa od navedenoga
14. Opcija liječenja lokalnoga karcinoma želuca nakon radikalne operacije kod koje postoji neadekvatna resekcija (R1-resekcija kod koje nije indicirana reoperacija) ili nepotpuna D2-disekcija ili nedostatan broj analiziranih limfnih čvorova:
- neoadjuvantna kemoterapija
 - adjuvantna kemoradioterapija
 - adjuvantna kemoterapija
 - ništa od navedenoga
15. Trastuzumab je monoklonsko protutijelo koje neposredno blokira:
- HER 2-receptor
 - VEGF-R
 - Ras-Raf-MEK-ERK put
 - Akt
16. Osobe koji su kandidati za primjenu terapije trastuzumabom jesu:
- IHC-0 + /FISH+
 - IHC-1 + /FISH+
 - FISH+
 - IHC 3+ ili IHC 2 + /FISH+
17. Petogodišnja stopa preživljenja u osoba s lokaliziranim oblikom karcinoma gušterače nakon kirurškoga liječenja iznosi:
- 20%
 - 40%
 - 60%
 - 80%
18. Premaligna lezija koja najčešće progredira u papilarni mucinozni karcinom je:
- pankreatična intraepitelna neoplazija
 - intraduktalna papilarna mucinozna neoplazma
 - mucinozna cistična neoplazma
 - pankreatična pseudocista
19. Koja od skupina novih biobiljega ima mogućnost razlikovanja neoplastičnih lezija od lezija uzrokovanih kroničnim pankreatitisom?
- Genski-bazirani biobiljezi
 - Proteinski-bazirani biobiljezi
 - Proteomika cistične tekućine
 - Glikoproteomika
20. Najučinkovitija metoda probira u osoba s povećanim rizikom za nastanak karcinoma gušterače je:
- kompjutorizirana tomografija
 - magnetska rezonancija
 - endoskopski ultrazvuk
 - CA19-9
21. Koje od sljedećih rizičnih stanja nosi najviši rizik za nastanak karcinoma gušterače?
- Lynchov sindrom
 - Familijarni karcinom dojke/ovarija (BRCA2)
 - Peutz-Jeghersov sindrom
 - Kronični pankreatitis
22. Koje je stanje indikacija za probir karcinoma gušterače?
- Akutni pankreatitis
 - Granično povišen biljeg CA19-9
 - a) + b)
 - Nijedan odgovor nije točan
23. Karcinom gušterače najčešće je lokaliziran u:
- glavi gušterače
 - trupu gušterače
 - repu gušterače
 - sve navedeno je točno
24. Koja lokalizacija karcinoma gušterače ima lošiju prognozu:
- glava
 - trup
 - rep
 - sve navedeno
25. Kirurški postupci pri resekciji glave gušterače jesu:
- pankreatikoduodenektomija
 - proširena pankreatikoduodenektomija
 - totalna pankreatektomija
 - sve navedeno
26. Koje su najčešće kirurške palijativne procedure:
- hepatikojejunostomija i gastrojejunostomija
 - pankreatikogastrostomija
 - pankreatektomija
 - obliteracija pankreatičnoga duktusa
27. Koliko je petogodišnje preživljenje bolesnika s karcinomom gušterače (svih stadija)?
- 0,1%
 - 2%
 - 12%
 - 45%
28. Središnju ulogu u liječenju metastazirajućega karcinoma gušterače ima:
- kirurgija
 - radioterapija
 - kemoterapija
 - kombinacija kemoterapije i radioterapije

29. Gemcitabin se primjenjuje u liječenju raka gušterače:
- u liječenju metastazirajućega stadija bolesti
 - pri adjuvantnom liječenju
 - u kombinaciji sa zračenjem
 - sve navedeno je točno
30. Jedini potencijalni izlječivi način liječenja raka gušterače jest:
- kirurško liječenje
 - neoadjuvantna radiokemoterapija
 - kemoterapija
 - radioterapija
31. Koja vrsta kemoterapije je u ispitivanjima metastazirajućega oblika raka gušterače povezana s najduljim preživljenjem?
- Gemcitabin + oksaliplatin
 - Gemcitabin + kapecitin
 - Gemcitabin + erlotinib
 - Folfirinoks
32. Najčešći je uzrok u nastanku hepatocelularnoga karcinoma:
- virusni hepatitis B ili C
 - pušenje
 - virusni hepatitis A
 - hemangiomi jetre
33. Čimbenik okoliša koji može utjecati na nastanak hepatocelularnog karcinoma je:
- zloupotreba alkohola
 - debljina
 - aflatoksin
 - sve navedeno je točno
34. Provedba praćenja ultrazvukom i određivanjem α -fetoproteina nužna je u rizičnih bolesnika zbog pravodobnog otkrivanja hepatocelularnoga karcinoma svakih:
- 3 mjeseca
 - 6 mjeseci
 - 12 mjeseci
 - 18 mjeseci
35. Pojam kolangiokarcinom rabi se za zloćudne tumore koji nastaju u:
- intrahepatičnim žučnim vodovima
 - u perihilarnoj regiji
 - unutar ekstrahepatičnih žučnih puteva
 - sve navedeno je točno
36. Glavni čimbenik rizika za kolangiocelularni karcinom je:
- autoimunosni hepatitis
 - kolelitijaza
 - primarni sklerozirajući kolangitis
 - koledokolitijaza
37. Prema epidemiološkim studijama koliki je postotak kolangiocelularnoga karcinoma među svim zloćudnim tumorima gastrointestinalnoga trakta?
- 3%
 - 8%
 - 15%
 - 20%
38. Koji je francuski kirurg i anatom postavio temelje suvremene tehnike resekcije jetre?
- Couinaud
 - De Gaulle
 - Matisse
 - Riberry
39. Koji je volumen jetre nužno potreban za preživljenje?
- Zdravi parenhim – 25–30%
 - Zdravi parenhim – 55–60%
 - Cirotično promijenjeni parenhim – 25–30%
 - Ništa od navedenoga
40. Koje su tehnike transsekcije jetrenoga parenhima?
- Digitoklazija
 - Vodeni mlaz (engl. *water jet*)
 - Radiofrekvencija
 - Sve navedeno
41. Koja su stanja etiopatogenetski vezana za nastanak HCC-a?
- Ciroza na bazi virusnoga hepatitisa
 - Ciroza na bazi alkoholnog hepatitisa
 - Hemokromatoza i Wilsonova bolest
 - Sve navedeno
42. Henry Bismuth je autor sistematizacije kojih tumora?
- Tumora jetre
 - Tumora ekstrahepatičnih žučnih vodova
 - Tumora intrahepatičnih žučnih vodova
 - Tumora pankreasa
43. Hepatocelularni karcinom se učinkovito liječi samo:
- kemoterapijom
 - imunoterapijom
 - kirurškim zahvatom u ranoj fazi bolesti
 - radioterapijom
44. Dokazani čimbenici rizika za razvoj hepatocelularnoga karcinoma jesu svi navedeni osim:
- infekcija HCV-om
 - infekcija HAV-om
 - infekcija HBV-om
 - ciroza jetre
45. U sistemskom liječenju hepatocelularnoga karcinoma zlatni standard liječenja je:
- bevacizumab
 - sorafenib
 - sunitinib
 - trastuzumab
46. Karcinom žučnih puteva:
- ima pad incidencije
 - nema povezanosti s kolelitijazom
 - uspješno se liječi kirurški i u metastatskoj fazi bolesti
 - vrlo je loše prognoze
47. U kemoterapiji karcinoma žučnih puteva najbolje rezultate pokazala je kombinacija lijekova:
- paklitaksel i karboplatin
 - doksorubicin i ciklofosfamid
 - gemcitabin i cisplatin
 - kapecitin i bevacizumab
48. Najčešće mjesto pojavnosti primarnoga NET-a probavnoga sustava je:
- rektum
 - kolon
 - apendiks
 - tanko crijevo
49. Prema ENETS/WHO-klasifikaciji za neuroendokrine tumore točno je sljedeće:
- broj mitoze je veći od 20
 - slaba diferencijacija i visoki histološki gradus (gradus 3)
 - proliferacijski indeks je nizak/manji od 2 za dobro diferencirane, te između 3 i 20 za srednje diferencirane
 - srednje diferencirani tumori mogu biti histološkoga gradusa od 1 do 3

Nastavak na sljedećoj stranici

50. Za funkcionalne neuroendokrine tumore točne su sljedeće tvrdnje osim:
- njihov udio u neuroendokrinim tumorima kreće se od 70–90%
 - karakterizirani su povećanim stvaranjem i izlučivanjem hormona
 - mogu uzrokovati karcinoidni sindrom
 - mogu izlučivati gastrin, inzulin, glukagon, somatostatin i VIP
51. Za analoge somatostatina točne su sve sljedeće tvrdnje osim:
- prema današnjim spoznajama nemaju antiproliferativni učinak
 - postoje dva komercijalna analoga somatostatina (okreotid i lanreotid)
 - učinak im je i na smanjenje simptoma i na proliferaciju tumora
 - učinak analoga somatostatina objašnjava se vezanjem na somatostatinske receptore koje izražavaju neuroendokrini tumori
52. Za sistemsku terapiju neuroendokrinih neoplazmi vrijedi sljedeće:
- kemoterapija je prva terapijska opcija za dobro diferencirane NET-ove
 - multipli tirozin-kinazni inhibitor sunitinib i mTOR-inhibitor everolimus učinkoviti su u liječenju NET-ova prema rezultatima kliničkih studija faze III
 - kombinacija radioterapije i kemoterapije standardna je prva terapijska opcija
 - kemoterapija nema učinka u slaboo diferenciranih neuroendokrinih karcinoma visokoga stupnja proliferacije
53. Jedini opći biokemijski biljeg za neuroendokrine tumore jest:
- 5-hidroksi-indol-octena kiselina (5-HIAA)
 - c-NET (zajednički neuroendokrini tumorski biljeg)
 - CA19-9
 - kromogranin A (Cg A)
54. Prevalencija malnutricije u bolesnika s tumorima probavnoga trakta jest:
- 20–50%
 - 40–80%
 - 20–60%
 - 50–90%
55. Prema retrospektivnoj studiji Leea i sur. na 4345 ispitanika prevalencija malnutricije prema redosljedu od višega prema nižem jest:
- rektum, kolon, želudac, jednjak, jetra, gušterača
 - gušterača, jetra, jednjak, želudac, rektum, kolon
 - jednjak, jetra, gušterača, želudac, rektum, kolon
 - jetra, gušterača, kolon, rektum, jednjak, želudac
56. Pravodobno prepoznavanje rizika malnutricije i njezino liječenje u bolesnika s tumorima probavnoga trakta ima za cilj:
- bolju toleranciju specifične kemoterapije i/ili radioterapije
 - poboljšanje kvalitete života bolesnika
 - sprječiti napredovanje malnutricije
 - sve navedeno je točno
57. Četiri osnovna pitanja svih upitnika za procjenu postojanja ili rizika za nastanak malnutricije jesu:
- gubitak tjelesne mase u posljednjih 6 mjeseci, prisutnost mučnina i povraćanja, indeks tjelesne mase i stupanj bolesti
 - gubitak tjelesne mase u posljednjih mjesec dana, sastav prehranjenih sastojaka, promjene tjelesne visine i lokalizacija tumora
 - gubitak tjelesne mase u posljednjih godinu dana, unos hrane, indeks tjelesne mase i patohistološka karakteristika tumora
 - gubitak tjelesne mase u posljednja 3 mjeseca; unos hrane; indeks tjelesne mase i stupanj bolesti
58. Dva najprimjenjivija upitnika procjene malnutricije u onkoloških bolesnika jesu:
- PG-SGA i NRS2002
 - SGA i NRS2002
 - PG-SGA i MNA
 - MUST i NRS2002
59. Najveći rizik za razvoj sindroma anoreksije i kaheksije imaju bolesnici koji boluju od:
- karcinoma probavnoga sustava
 - karcinoma dojke
 - karcinoma pluća
 - a) + c)
60. U brzjoj procjeni nutritivne ugroženosti onkoloških bolesnika najvažniji parametar je:
- C-reaktivni protein
 - elektroliti u serumu
 - serumski albumin
 - postotak gubitka tjelesne mase unatrag 3–6 mjeseci
61. Terapijski standard u liječenju sindroma tumorske anoreksije i kaheksije jesu:
- eikozapentaenska kiselina i megestrol-acetat
 - aminokiseline razgrananih lanaca (BCAA)
 - vitamin D
 - kanabinoidi
62. Parenteralna prehrana u onkoloških bolesnika:
- je kontraindicirana
 - primjenjuje se u bolesnika koji ne podnose peroralni unos ili enteralnu prehranu sondom zbog zatajenja crijevne funkcije
 - je terapija izbora u bolesnika s teškim oblicima sindroma tumorske anoreksije i kaheksije
 - ne preporučuje se u kombinaciji s enteralnom prehranom
63. Cilj terapijskih intervencija u tumorskoj kaheksiji jest:
- zaustavljanje gubitka tjelesne mase
 - zaustavljanje gubitka mišićnoga tkiva
 - poboljšanje kvalitete života
 - sve navedeno
64. Pothranjenost:
- obuhvaća povećanu potrošnju i nedostatnost proteina, esencijalnih vitamina, minerala i ostalih nutrijenata u organizmu
 - izaziva izrazito smanjenje tjelesne mase, mišićnu slabost i smanjeni metabolizam
 - povezana je s većom učestalošću perioperativnih komplikacija, lošijim ishodom liječenja i većim troškovima
 - sve navedeno

65. Koja je od navedenih tvrdnji točna:
- bolesnici s upalnim bolestima crijeva imaju najveću učestalost rizika za pothranjenost od svih hospitaliziranih bolesnika
 - od zloćudnih bolesti GIT-a najmanju stopu pothranjenosti imaju karcinomi debelog crijeva i rektuma, a najveću metastatska bolest
 - smanjenje tjelesne mase jedan je od posljednjih (vidljivih) simptoma pothranjenosti (pojavljuje se samo u 1/3 bolesnika)
 - gubitak tjelesne mase više od 20%, bez povezanosti s hipoalbuminemijom, ne povećava učestalost postoperativnih komplikacija
66. Koji patofiziološki mehanizam najbolje objašnjava razvoj dehiscencije rane kao postoperativne komplikacije u pothranjenih bolesnika?
- Povećani umor
 - Hipoproteinemija
 - Smanjen koloidno-osmotski tlak
 - Smanjena baktericidna učinkovitost neutrofila
67. Koji patofiziološki mehanizam najbolje objašnjava razvoj respiratorne infekcije kao postoperativne komplikacije u pothranjenih bolesnika?
- Povećani umor
 - Hipoproteinemija
 - Smanjen koloidno-osmotski tlak
 - Smanjena baktericidna učinkovitost neutrofila
68. Koja je tvrdnja istinita glede preoperativnoga gladovanja:
- davanje krute hrane do 6 h i bistrih tekućina bogatih ugljikohidratima do 2 h prije kirurškoga zahvata ne povećava rizik aspiracije/regurgitacije prilikom davanja anestezije
 - davanje ugljikohidrata reducira postoperativnu inzulinsku rezistenciju i smanjuje preoperativni stres, smanjuje postoperativnu mučninu i povraćanje, održava masu skeletnih mišića te ubrzava postoperativni oporavak funkcije pražnjenja želuca i tako omogućuje lakše započinjanje rane postoperativne enteralne prehrane.
 - a) + b)
 - nijedna tvrdnja nije istinita
69. NRS (*Nutritional Risk Score*) – zaokružite netočan odgovor:
- BMI manji od 20,5, nenamjerni gubitak tjelesne mase u posljednja 3 mjeseca, smanjen unos hrane unatrag tjedan dana i teško stanje bolesnika (npr. intenzivna njega) čimbenici su kojima se procjenjuje nutritivni rizik pothranjenosti
 - kod velikih abdominalnih operacija i NRS-a >3 poželjno je provesti 5–7 dana prije kirurškoga zahvata imunomodulirajuću nutritivnu potporu
 - velika abdominalna operacija, moždani udar, teška pneumonija i hematološka malignost klasificiraju se kao izrazito teške bolesti koje zahtijevaju povećanu nutritivnu potporu
 - gubitak tjelesne mase više od 5% tijekom 1 mjeseca (15% tijekom 3 mjeseca), BMI <18,5 i poremećaj općeg stanja te unos hrane u količini od 0–25% od normalnoga prethodni tjedan idu u prilog teškom poremećaju nutritivnoga statusa
70. Rana postoperativna enteralna prehrana:
- poželjno ju je započeti unutar 6 sati nakon operacije (10 do 20 mL/h tijekom prvih 12 do 24 sata)
 - produljena parenteralna prehrana nema znatnog učinka na smanjenje popuštanja gastrointestinalnih anastomoza
 - rana enteralna prehrana stimulira motilitet probavnoga trakta, prevenira atrofiju sluznice, poboljšava crijevnu prokrvljenost te sprječava prodor bakterija i toksina u krvotok čuvajući integritet sluznične membrane
 - svi su odgovori točni