

Test znanja u sustavu trajne medicinske izobrazbe liječnika

I u ovome 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 sadržava 70 pitanja koja se odnose na sadržaj naslovne teme „**Bolesti probavnoga sustava – prevencija i racionalna farmakoterapija**“. Pozitivno riješene testove (najmanje 60% vaših točnih odgovora) vrednovat će Povjerenstvo za trajnu izobrazbu HLK-a 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.



1. Bolesti probavnoga sustava među uzrocima smrti u Hrvatskoj zauzimaju:
 - a) četvrto mjesto
 - b) peto mjesto
 - c) šesto mjesto
 - d) sedmo mjesto
2. Najveća stopa hospitalizacija bilježi se u dobi od:
 - a) 65–69 godina
 - b) 70–74 godina
 - c) 75–79 godina
 - d) 85 i više godina
3. U razvijenim zemljama pri-državanje uputa o pravilnom uzimanju dugotrajne terapije za kronične bolesti iznosi prosječno:
 - a) 40%
 - b) 50%
 - c) 60%
 - d) 80%
4. Lijekovi koji pogoduju nastanku probavnih tegoba jesu:
 - a) nesteroidni antireumatici
 - b) psihofarmaci
 - c) antibiotici
 - d) svi odgovori su točni
5. Najčešće tegobe u probavnome sustavu jesu:
 - a) karcinomi probavnoga sustava
 - b) ulkusna bolest
 - c) funkcionalne tegobe
 - d) kronične upalne bolesti crijeva
6. Pregled stolice na okultno krvarenje preporučuje se u osoba starijih od 50 godina:
 - a) svaka 3 mjeseca
 - b) jednom godišnje
 - c) svakih 10 godina
 - d) svakih 6 mjeseci
7. Među najvažnijim uzrocima smrti u Hrvatskoj iz skupine bolesti probavnoga sustava najučestalije su:
 - a) autoimune bolesti jetre
 - b) ulkusna bolest i komplikacije
 - c) kronične bolesti jetre, ciroza i fibroza
 - d) neoplastične promjene
8. Stanja povezana s povećanim rizikom za razvoj karcinoma debeloga crijeva jesu:
 - a) obiteljska adenomatozna polipoza
 - b) juvenilna adenomatozna polipoza
 - c) kronični kolitis
 - d) sve navedeno
9. Prednosti inhibitora protonske crpke u odnosu na H₂-blokatore jesu sve osim:
 - a) izostanka razvoja tolerancije
 - b) jačeg učinka na inhibiciju lučenja kiseline
 - c) punog učinka koji nastupa odmah
 - d) veće kliničke učinkovitosti
10. Ciljevi liječenja GERB-a inhibitorima protonske crpke jesu svi osim:
 - a) dugoročne kontrole simptoma
 - b) trenutnog suzbijanja žgaravice pri njezinoj povremenoj pojavi
 - c) cijeljenja ezofagitisa
 - d) prevencije komplikacija

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 30. studenog 2015.**

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!

Nastavlja se na sljedećoj stranici

11. Bolesnicima s učestalim refluksnim tegobama preporučuje se:
- terapija H₂-blokatorom 2 × na dan
 - terapija IPP-om u standardnoj dozi tijekom četiriju tjedana
 - terapija IPP-om u standardnoj dozi tijekom 8 tjedana
 - terapija IPP-om u polovičnoj dozi tijekom četiriju tjedana s povišenjem na veću u slučaju neučinkovitosti
12. Kod ekstraintestinalnih simptoma GERB-a primjenjuje se standardna ili dvostruka doza IPP-a tijekom 8 tjedana:
- uvijek
 - ukoliko su prisutni i tipični simptomi žgaravice i regurgitacije
 - ukoliko je endoskopski prisutan ezofagitis
 - b) + c)
13. Kontinuirana terapija IPP-om kod GERB-a nije indicirana:
- pri brzom ponovnoj pojavi tegoba po prekidu inicijalne terapije
 - pri endoskopskom nalazu ezofagitisa stupnja C i D
 - pri skorom recidivu promuklosti koja je inicijalno dobro odgovorila na terapiju IPP-om
 - pri razdoblju učestalih refluksnih tegoba koje se pojavljuju dvaput godišnje
14. Kod liječenja nekomplikirane ulkusne bolesti NIJE točno:
- standardna doza IPP-a tijekom četiriju tjedana za duodenalni ulkus
 - standardna doza IPP-a četiri tjedna, zatim polovična doza četiri tjedna za želučani ulkus
 - standardna doza IPP-a tijekom 8 tjedana za želučani ulkus
 - kontrolna endoskopija nakon 8 tjedana terapije kod želučanog ulkusa
15. U bolesnika s dispeptičnim tegobama i nesigurnim nalazom gornje endoskopije preporučuje se:
- H₂-blokator
 - IPP u polovičnoj dozi tijekom dva mjeseca
 - IPP u jednostrukoj dozi tijekom mjesec dana
 - ništa od navedenoga
16. Kod propisivanja dugotrajnog uzimanja nesteroidnih antireumatika ili acetilsalicilne kiseline potrebno je:
- propisati i H₂-blokator
 - propisati i IPP u polovičnoj dozi
 - propisati i IPP u jednostrukoj dozi
 - kategorizirati rizik za razvoj ulkusa te uvesti IPP pri visokom i umjerenom riziku
17. Među moguće štetne učinke dugotrajnijeg uzimanja IPP-a ubrajaju se:
- malapsorpcija magnezija
 - nastanak frakture kuka
 - proljevanje uzrokovano infekcijom bakterijom *C. difficile*
 - sve navedeno
18. Koju od navedenih patohistoloških kategorija uključuju kronične bolesti jetre:
- upala (hepatitis)
 - fibroza
 - ciroza
 - sve navedeno
19. Za terapiju statinima u bolesnika s povišenim transaminazama najtočnije je sljedeće:
- kontraindicirani su u bolesnika s povišenim transaminazama
 - mogu se propisivati u bolesnika s kroničnom bolešću jetre i povišenim transaminazama do tri puta više od normale uz urednu vrijednost bilirubina
 - ukoliko su vrijednosti transaminaza povišene u bolesnika s poznatom kroničnom bolešću jetre potrebna je detaljna obrada prije propisivanja terapije
 - mogu se propisivati kod dekompenzirane ciroze ako nema ascitesa
20. U bolesnika s varikozitetima jednjaka i cirozom NIJE točno:
- u bolesnika s varikozitetima koji nisu krvarili, odluka o primarnoj profilaksi varikoziteta ovisi o prisutnosti crvenih znakova i Child-Pughovom stadiju bolesti
 - u bolesnika koji u primarnoj profilaksi uzimaju neselektivni β-blokator, gornju endoskopiju treba ponavljati jednom godišnje
 - u svih bolesnika s anamnezom krvarenja iz varikoziteta indicirana je sekundarna farmakološka profilaksa i endoskopska ligacija
 - nakon potpune endoskopske obliteracije varikoziteta, endoskopsku kontrolu potrebno je učiniti nakon tri mjeseca, a potom dalje svakih šest mjeseci
21. Za hepatičnu encefalopatiju (HE) NIJE točno:
- najčešći precipitirajući čimbenici za HE jesu krvarenje iz gastrointestinalnoga (GI) trakta i infekcije
 - indicirana je primarna profilaksa HE-a u bolesnika s cirozom
 - u sekundarnoj profilaksi HE-a može se primjenjivati laktuloza
 - načelno se sekundarnu profilaksu HE-a treba provoditi trajno ili do transplantacije jetre
22. Za spontani bakterijski peritonitis (SBP) točno je sljedeće:
- rijetka je komplikacija ciroze jetre
 - primarna profilaksa SBP-a nikad nije indicirana
 - u epizodi krvarenja iz GI-trakta u bolesnika s cirozom i ascitesom potrebna je primjena antibiotika radi prevencije SBP-a
 - bolesnici koji su preživjeli epizodu SBP-a, a nakon liječenja koncentracija albumina u ascitesu im je ≥20 g/L, ne trebaju sekundarnu profilaksu
23. Sekundarna profilaksa SBP-a provodi se:
- norfloksacinom 400 mg jednom tjedno
 - norfloksacinom 2 × 400 mg na dan
 - norfloksacinom 400 mg jednom na dan
 - sulfametoksazol-trimetoprim 2 × 960 mg na dan
24. Pri probiru za rano otkrivanje hepatocelularnoga karcinoma (HCC) točno je sljedeće:
- provodi se u bolesnika s dijagnozom ciroze jetre bilo koje etiologije
 - provodi se u nositelja HBV-a bez ciroze, s aktivnim hepatitisom ili pozitivnom obiteljskom anamnezom HCC-a
 - provodi se ultrazvučnim pregledom abdomena/jetre svakih šest mjeseci
 - sve navedeno je točno

25. Za nealkoholni steatohepatitis (NASH) NIJE točno:
- učestala je bolest i sve je češći uzrok ciroze jetre
 - nije poznata povezanost s pretilošću i metaboličkim sindromom
 - redovita tjelesna aktivnost može dovesti do laboratorijskog i patohistološkog poboljšanja
 - pijenje kave ima povoljan učinak
26. Najčešći uzročnici akutnoga pankreatitisa jesu:
- koledokolitijaza i hiperkalcijemija
 - alkohol i hipertrigliceridemija
 - kolelitijaza i alkohol
 - kolelitijaza i hipertrigliceridemija
27. Za akutni pankreatitis NIJE točno sljedeće:
- kolecistekomija prevenira recidive bilijarnoga pankreatitisa
 - recidivirajući pankreatitisi mogu uzrokovati razvoj kroničnoga pankreatitisa
 - rizik za nastanak akutnoga pankreatitisa nije povezan s pušenjem i dijabetesom
 - kolecistektomija s ciljem prevencije nastanka bilijarnoga pankreatitisa u asimptomatskih bolesnika nije indicirana
28. Za kronični pankreatitis točno je sljedeće:
- apstinencija od alkohola ne smanjuje rizik za razvoj kroničnoga pankreatitisa
 - alkohol je drugi po redu važnosti uzročnika, nakon kolelitijaze
 - prestanak pušenja i apstinencija od alkohola ne usporavaju progresiju bolesti
 - pušenje je najvažniji kofaktor za razvoj kroničnoga pankreatitisa u alkoholičara
29. Čimbenici rizika za razvoj karcinoma gušterače jesu:
- dob
 - kronični pankreatitis
 - pušenje
 - svi navedeni
30. Preventivne mjere kod bolesti bilijarnoga trakta jesu:
- održavanje idealne tjelesne mase
 - zdrava prehrana
 - kolecistektomija nakon bilijarnoga pankreatitisa
 - sve navedeno
31. Za koledokolitijazu i akutni kolangitis NIJE točno sljedeće:
- primarna koledokolitijaza rjeđa je od sekundarne u našim krajevima
 - preduvjet za kolangitis jest kolestaza
 - asimptomatske konkremente u koledokusu potrebno je preventivno ekstrahirati
 - najčešći uzrok bilijarne opstrukcije s kolangitisom jest periamputarni divertikul
32. Čimbenici rizika za razvoj karcinoma žučnjaka jesu:
- dob
 - dugogodišnji veliki konkrementi u žučnjaku
 - sesilni polip u žučnjaku
 - sve navedeno
33. Za prevenciju bolesti pankreatobilijarnoga sustava točno je sljedeće:
- uzimanje metformina u terapiji indicirano je kao profilaksa nastanka karcinoma gušterače u osoba s pozitivnom obiteljskom anamnezom na isti
 - preventivne metode potencijalno mogu smanjiti incidenciju i prevalenciju tih bolesti
 - preventivna kolecistektomija u bolesnika nakon bilijarnoga pankreatitisa nije opravdana
 - terapija ursodeoksikolnom kiselinom nema smisla u bolesnika nakon barijatrijske kirurgije
34. Antiagregacijski lijekovi djeluju na trombocite, njihovo djelovanje manifestira se u sprječavanju:
- adhezije
 - aktivacije
 - agregacije
 - sve navedeno je točno
35. Smrtnost kod peptičnog ulkusa je:
- 35%
 - 8,9%
 - 6%
 - 13%
36. U bolesnika koji uzimaju NSAR-e rizik za krvarenje iz peptičkog ulkusa je:
- 1–2 puta veći
 - 2–3 puta veći
 - 3–4 puta veći
 - 4–5 puta veći
37. U bolesnika s visokim rizikom za krvarenje, a koji trebaju terapiju COX-inhibitorima preporučeno je u liječenju primjenjivati:
- neselektivni NSAR u monoterapiji
 - selektivni NSAR u monoterapiji
 - selektivni NSAR u kombinaciji s inhibitorom protonske crpke (IPP)
 - neselektivni NSAR u kombinaciji s IPP-om
38. U kardiovaskularnih bolesnika koji su dobivali kardioprotektivnu terapiju niskim dozama aspirina, nakon krvarenja iz peptičkog ulkusa liječenje aspirinom treba:
- trajno obustaviti
 - obustaviti tijekom sljedećih 6 mjeseci
 - započeti čim prije kad se procijeni da rizik za kardiovaskularne komplikacije nadmašuje rizik za krvarenje
 - ne treba prekidati
39. Glavni čimbenici rizika za krvarenje iz peptičkog ulkusa jesu:
- infekcija bakterijom *Helicobacter pylori*
 - istodobna primjena lijekova, osobito kombinacija inhibitora ciklooksigenaze (COX) i anti-trombocitnih lijekova
 - ranije krvarenje iz duodenalnog ulkusa u anamnezi
 - sve navedeno
40. Hrvatski postupnik za dijagnostiku i terapiju infekcije bakterijom *Helicobacter pylori*, koji je objavljen u Liječničkom vjesniku 2014., preporučuje kao prvu liniju terapije za eradicaciju *Helicobacter pylori* sekvencijsku 10-dnevnu terapiju. U toj terapiji uz inhibitor protonske crpke daje se kombinirana antibiotska terapija koja sadržava:
- amoksisilin, metronidazol i klaritromicin
 - levofloksacin i amoksisilin
 - bizmut, tetraciklin, metronidazol
 - bizmut i levofloksacin

Nastavlja se na sljedećoj stranici

41. U bolesnika s visokim rizikom za gornje gastrointestinalno krvarenje, a koji trebaju antiagregacijsku terapiju, primarna prevencija krvarenja provodi se primjenom:
- mizoprostola
 - inhibitorima protonske crpke
 - antagonistima H₂-receptora
 - sukralfatom
42. Prema Forrestovoj klasifikaciji krvarenja iz ulkusa, u lezije visokoga rizika ne spada:
- Forrest 1A + 1B
 - Forrest 2A
 - Forrest 2B
 - Forrest 2C
43. *Clostridium difficile* je bakterija koja:
- raste samo u anaerobnim uvjetima i stvara spore
 - može biti dio normalne flore, može asimptomatski kolonizirati sluznicu crijeva
 - može prouzročiti proljev koji nastaje zbog stvaranja toksina A i/ili B
 - sve navedeno je točno
44. Bolest prouzročena infekcijom bakterijom *C. difficile*:
- povezana je s primjenom antibiotika širokoga spektra
 - nikad ne progredira do toksične dilatacije debeloga crijeva niti može dovesti do perforacije crijeva i sepse
 - nikad ne rezultira smrtnim ishodom
 - nije povezana s primjenom nazogastrične sonde
45. Najznačajniji čimbenici virulencije bakterije *C. difficile* su:
- sposobnost adhezije i kemotaksije
 - stvaranje brojnih enzima kao što su kolagenaza i hijaluronidaza
 - toksin A, toksin B i binarni toksin
 - rezistencija vegetativnih oblika *C. difficile*
46. U rutinskoj dijagnostici infekcije bakterijom *C. difficile*, koja je uzrokom klinički značajnoga proljeva najviše se primjenjuju:
- imunokromatografski kao i ELISA testovi kojima se dokazuje prisutnost toksina A i/ili B u stolici
 - anaerobna inkubacija ploča nasadenih proljevastom stolicom nakon adekvatnog liječenja 100%-tnim alkoholom koje preživljavaju samo spore
 - molekularni testovi koji imaju veću osjetljivost i specifičnost od ELISA testova
 - točni su odgovori a) + c)
47. Proljev izazvan infekcijom bakterijom *C. difficile* može biti terapijski izazov:
- zbog perzistencije spora u crijevu ili okolišu te zbog nemogućnosti bolesnika da razvije imunosti odgovor na toksine bakterije *C. difficile*
 - zbog primjene antibiotika širokoga spektra, koji mogu biti uzrok potiskivanja ili nestanka broja i vrsta bakterija koje su dio normalne crijeвне flore
 - zbog klinički značajne rezistencije na metronidazol i/ili vankomicin koji se primjenjuju u liječenju infekcije bakterijom *C. difficile*
 - točni su odgovori a) + b)
48. Genski materijal crijeвне mikrobiote obuhvaća:
- 30–50 puta više gena u odnosu na genom čovjeka
 - 50–100 puta više gena u odnosu na genom čovjeka
 - 100–150 puta više gena u odnosu na genom čovjeka
 - 200–300 puta više gena u odnosu na genom čovjeka
49. Disbioza ili narušena ravnoteža crijeвне mikrobiote ne pojavljuje se zbog:
- nekritične primjene antibiotika
 - različitih akutnih i kroničnih vrsta stresa
 - promjene prehrane (posebice visoke koncentracije šećera i masnoća)
 - ništa od ponudjenog nije točno
50. Prvi znanstvenik koji je uočio pozitivan učinak bakterija mliječne kiseline na ljudsko zdravlje zvao se:
- Louis Pasteur
 - Ilja Metchnikoff
 - Denis Burkitt
 - Henri Boulard
51. Koji je navod točan za sindrom crijeвне propusnosti (engl. *gut permeability/leaky gut syndrome*)?
- nastaje zbog oštećenja međustaničnih struktura sluznice i crijeвне stijenke
 - nije povezan s endotoksemijom
 - može se spriječiti primjenom antibiotika
 - ništa od ponudjenog nije točno
52. Najistraživaniji probiotički sojevi do danas jesu:
- L. bulgaricus* LB10 i *L. casei* DN-114001
 - E. coli* Nissle i *L. casei* DN-114001
 - LGG i *Saccharomyces boulardii*
 - Lactobacillus reuterii* i *Lactobacillus casei*
53. Dvije najveće skupine bakterija koje čine čak 90% ukupnih bakterijskih vrsta jesu:
- Cyanobacteria* i *Firmicutes*
 - Firmicutes* i *Bacteroidetes*
 - Verrucomicrobia* i *Fusobacteria*
 - Actinobacteria* i *Proteobacteria*
54. Istraživanja na životinjskom i humanom modelu pokazala su da je za pretilost karakterističan:
- smanjen udio bakterija *Firmicutes* prema bakterijama *Bacteroidetes*
 - smanjen udio bakterija *Bacteroidetes* prema bakterijama *Firmicutes*
 - smanjen udio bakterija *Fusobacteria* prema bakterijama *Firmicutes*
 - smanjen udio bakterija *Bacteroidetes* prema bakterijama *Fusobacteria*
55. U mehanizme obrane crijeвне sluznice uključene su sljedeće strukture:
- tkivno specifični 20–27 kDa proteini – okcludini, klaudini i zonulini
 - limfatično tkivo crijeva (GALT)
 - Peyereove ploče i tercijarne limfatične strukture
 - sve navedeno je točno
56. Za proljev putnika točna je sljedeća tvrdnja:
- klinička slika najčešće je umjerena do srednje teška i razvija se unutar prvoga tjedna dolaska u stranu zemlju

- b) klinička slika najčešće je fulminantna s letalnim ishodom u >50% slučajeva
- c) klinička slika je blaga i prolazi asimptomatski
- d) povraćanje je karakterističan simptom
- 57. Čimbenici rizika za razvoj proljeva putnika jesu svi osim:**
- a) ingestije kontaminirane hrane
- b) destinacije u koju putnik putuje
- c) spola, dobi, godišnjem dobu
- d) putovanja u zemlje zapadne Europe
- 58. Najčešće promjene na sluznici tankog i debelog crijeva koje se opisuju uz uzimanje nesteroidnih protuupalnih lijekova su sljedeće:**
- a) povećana sluznična propusnost i upalne promjene na crijevnoj sluznici
- b) ulceracije
- c) angiodisplazije
- d) a) + b)
- 59. Za mezenterijalnu ishemiju kao uzrok oštećenja crijevne sluznice karakteristično je sve osim:**
- a) označuje ozbiljno kliničko stanje uzrokovano ishemijom ili okluzijom gornje mezenterične arterije
- b) karakteristična klinička prezentacija su bolovi u prsima i gornjim udovima
- c) entitet je povezan s visokom stopom mortaliteta i komplikacija
- d) rane reperfuzijske reakcije
- 60. U nastanku postiradijacijskog enteritisa važnim se smatraju sljedeći patofiziološki mehanizmi:**
- a) inhibicija mitoze u crijevnim kriptama
- b) migracija stanica i denudacija epitela
- c) hiperreaktivnost na sekretagoge djelovanjem na mastocyte
- d) sve navedeno je točno
- 61. Povećani rizik za nastanak mikroskopskog kolitisa povezan je s više skupina lijekova:**
- a) nesteroidnim antireumeticima
- b) inhibitorima protonske crpke i antagonistima H₂-receptora
- c) statinima i akarbozom
- d) sve navedeno je točno
- 62. Suvremeni pristup u liječenju kronične upalne bolesti crijeva, a koji treba spriječiti kumulativno oštećenje probavnoga sustava u prvom redu ima za cilj:**
- a) uklanjanje simptoma
- b) smanjenje upalne aktivnosti
- c) promjenu biološkoga tijeka bolesti
- d) sve navedeno je točno
- 63. Načela racionalne farmakoterapije upalnih bolesti crijeva poglavito se oslanjaju na:**
- a) prepoznavanje bolesnika s teškim oblikom i nepovoljnim tijekom bolesti
- b) rani početak optimalne terapije sa svrhom postizanja duboke remisije bez steroida
- c) potpuno zacjeljenje sluznice i redoviti nadzor nad tijekom bolesti uz opetovanje procjene uspjeha terapije i rano otkrivanje komplikacija bolesti
- d) sve navedeno je točno
- 64. Kada treba provoditi gornju endoskopiju?**
- a) kod terapijskih intervencija
- b) ako je empirijska terapija suspektanoga dobroćudnog stanja uspješna
- c) u osoba koje nemaju familijarnu opterećenost probavnim tumorima
- d) pri praćenju dobroćudnih lezija
- 65. Ako je uklonjeno pet polipa debelog crijeva, prema patohistološkoj dijagnostici tubularnih adenoma, koji je preporučeni interval praćenja u osobe koja ima prosječni rizik za razvoj kolorektalnoga karcinoma?**
- a) 10 godina
- b) 5 godina
- c) 3 godine
- d) 1 godina
- 66. Kolonoskopski je nađen kolorektalni karcinom koji je kirurški zbrinut. Kada treba učiniti poslijeoperacijsku kolonoskopiju?**
- a) za 2 godine
- b) za mjesec dana
- c) za 10 godina
- d) ništa od navedenoga nije točno
- 67. U kojoj je dobi potrebno započeti probir na kolorektalni karcinom u osoba prosječnog rizika?**
- a) 70 godina
- b) 30 godina
- c) 45 godina
- d) 50 godina
- 68. Koliko dana prije endoskopske intervencije treba isključiti iz terapije antiagregacijsku terapiju?**
- a) 2 dana
- b) 5 dana
- c) 3 dana
- d) 1 dan
- 69. Po učinjenoj endoskopskoj intervenciji, kada se ponovno uvodi antiagregacijska terapija?**
- a) 24 sata nakon procedure
- b) 36 sati nakon procedure
- c) 48 do 72 sata nakon procedure
- d) 12 sati nakon procedure
- 70. U slučaju dijagnostičke gastrokopije, antibiotsku profilaksu potrebno je učiniti:**
- a) 12 sati prije procedure
- b) 24 sata prije procedure
- c) nije potrebno učiniti
- d) nakon procedure