

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 „**Novosti u liječenju arterijske hipertenzije**“. 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, uz upis bodova u elektroničkom obliku.



1. Koja je točna definicija predhipertenzije u djece i adolescenata na temelju mjerenja arterijskoga tlaka u ordinacijama (vrijednosti sistoličkog i/ili dijastoličkog arterijskoga tlaka):
 - a) za djecu do 15. godine od 95. do 99. percentile + 5 mmHg, za adolescente od 16. godine i starije 140–159/90–99 mmHg
 - b) za djecu do 15. godine <90. percentile, za adolescente od 16. godine i starije 135/85 mmHg
 - c) za djecu do 15. godine od ≥ 90 . do <95. percentile, za adolescente od 16. godine i starije 130–139/85–89 mmHg
 - d) ništa od navedenoga nije točno
2. Što je od navedenoga točno:
 - a) prevalencija perzistentne predhipertenzije u djece i adolescenata je oko 3–4%
 - b) najveća prevalencija predhipertenzije registrirana je u prekomjerno teških dječaka adolescentske dobi
 - c) ako je predhipertenzija registrirana u adolescenata u trima mjerenjima, veći je rizik progresije u hipertenziju te je godišnja incidencija 6,6%
 - d) sve navedeno je točno
3. Što je točno vezano uz oštećenje ciljnih organa u djece i adolescenata:
 - a) oštećenje ciljnih organa rijetko nalazimo u adolescenata s hipertenzijom
 - b) oštećenje ciljnih organa nalazimo često u adolescenata s hipertenzijom, ali nikad u djece i adolescenata s predhipertenzijom
 - c) hipertrofiju lijeve klijetke, dijastoličku disfunkciju, veću debljinu intime medije arterija te povećanu krutost arterija nalazimo u djece i adolescenata s hipertenzijom i predhipertenzijom
 - d) ništa navedeno nije točno
4. Liječenje djece s predhipertenzijom:
 - a) nije potrebno s obzirom na lako povišene vrijednosti arterijskoga tlaka
 - b) uključuje promjenu životnih navika i redovito praćenje
 - c) uglavnom je potrebno medikamentno liječenje
 - d) u djece s kroničnim bubrežnim bolestima i dijabetesom nije potrebno medikamentno liječenje
5. Što od navedenoga nije indikacija za kontinuirano mjerenje arterijskoga tlaka (KMAT) u djece:
 - a) procjena učinkovitosti antihipertenzivnoga liječenja
 - b) hipertenzivni odgovor tijekom ergometrije
 - c) probir na hipertenziju u dječjoj populaciji
 - d) potvrda dijagnoze hipertenzije
6. Koja je od tvrdnji točna za hipertenziju „bijelog ogrtača“ u djece:
 - a) zahtijeva nefrološku obradbu i striktno praćenje
 - b) djeca s hipertenzijom „bijelog ogrtača“ imaju povećan rizik za razvoj trajne hipertenzije
 - c) radi se o dobroćudnom stanju bez ikakvih rizika
 - d) iznimno je rijetka u djece

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 **31. listopada 2018.** godine.

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!

7. Što nije točno za „maskirnu“ hipertenziju:
- „maskirna“ hipertenzija u djece ne veže se uz povećani kardiovaskularni rizik
 - debeli djeca imaju veći rizik za razvoj „maskirne“ hipertenzije
 - definira se kao ordinacijski tlak <95. centile uz vrijednosti u KMAT-u > 95. centile i postotak prekoračenja 95. centile > 25%
 - adolescenti s perzistentnom „maskirnom“ hipertenzijom dvostruko češće imaju pozitivnu anamnezu o roditeljskoj hipertenziji
8. Točno je:
- fibrilacija atrijske kontraindikacija je za kontinuirano mjerenje arterijskoga tlaka (KMAT)
 - hipertenzija „bijelog ogrtača“ (HBO) puno je češća u bubrežnih bolesnika
 - KMAT je potrebno ponoviti unutar kratkoga vremenskoga intervala u visokorizičnih bolesnika pri promjeni ili titraciji antihipertenzivne terapije
 - KMAT se ne treba ponavljati jednom kad se ustanovi dijagnoza OSA-sindroma (od engl. *obstructive sleep apnea*)
9. Za osobe s HBO-om točno je:
- dijagnoza HBO-a donosi se nakon jednoga mjerenja povišenoga AT-a u ordinaciji
 - KV-smrtnost osoba s HBO-om jednaka je smrtnosti hipertoničara
 - KV-smrtnost osoba s HBO-om viša je od smrtnosti normotoničara samo ako su vrijednosti AT-a u ordinaciji postojano i opetovano visoke
 - KV smrtnost osoba s HBO-om jednaka je smrtnosti normotoničara ako su vrijednosti ordinacijskoga tlaka povremeno povišene
10. Koje su patofiziološke poveznice debljine i hipertenzije:
- retencija natrija i aktivacija simpatikusa
 - aktivacija sustava renin-angiotenzin-aldosteron
 - smanjena aktivnost dušikova oksida
 - sve navedeno
11. Prilikom mjerenja arterijskoga tlaka u pretilih osoba neadekvatnim orukvicama:
- izmjerena arterijska tlak varira s obzirom na mjerenja lijeve ili desne ruke
 - izmjerena arterijska tlak isti je bez obzira na veličinu orukvice
 - izmjerena arterijska tlak varira unutar 10 mmHg sistoličkoga i 20 mmHg dijastoličkoga
 - može se oštetiti tlakomjer
12. Adherencija je:
- mjera u kojoj se ponašanje bolesnika, u smislu uzimanja lijekova, pridržavanja dijete i mijenjanja životnih navika, podudara s preporukama dogovorenim s propisivačem
 - bolesnikovo slušanje liječnikovih uputa o uzimanju lijekova
 - nevažna u liječenju bolesnika
 - neovisna o broju i načinu uzimanja lijekova
13. Adherencija s vremenom opada najčešće kod
- akutnih stanja
 - zaraznih bolesti
 - kroničnih nezaraznih bolesti
 - nijedan odgovor nije točan
14. Čimbenici adherencije jesu:
- socijalno-ekonomski i organizacija zdravstvene skrbi
 - čimbenici povezani s bolešću i terapijom
 - čimbenici povezani s bolesnikom
 - svi odgovori su točni
15. Ljekarnik može podsjetiti bolesnika na redovito uzimanje lijekova:
- telefonskim pozivom
 - preko mobilne aplikacije
 - na prije dogovorenog sastanka
 - svi odgovori su točni
16. Najčešće upotrebljavan upitnik za procjenu adherencije je:
- Hill-bone ljestvica suradljivosti
 - Moriskyjeva ljestvica s 8 pitanja (MMAS-8)
 - kratki upitnik o liječenju
 - samoprocjena adekvatne primjene lijeka (SEAMS)
17. Ljekarnikova uloga u zdravstvenom sustavu je:
- izdavanje lijekova i oblikovanje i izdavanje lijekovitih oblika
 - savjetovanje bolesnika i provođenje racionalne farmakoterapije
 - provođenje javnozdravstvenih projekata i suradnja s liječnicima
 - svi su odgovori točni
18. Povećan angažman ljekarnika dovodi do
- smanjenja opterećenja primarne zdravstvene zaštite
 - bolje kvalitete života bolesnika
 - bolje kontrole bolesti
 - svi su odgovori točni
19. Unaprjeđenje elektroničkoga medicinskog zapisa (EMZ) podrazumijeva:
- povezanost s ljekarnama i automatsko naručivanje lijekova
 - automatizirana pomoć u donošenju odluke (npr. podsjetnici i upute)
 - automatizirana administracija
 - svi su odgovori točni
20. Koja sredstva unutar elektroničkoga medicinskog zapisa (EMZ) mogu pomoći u poboljšanju kvalitetne skrbi o bolesnicima s hipertenzijom:
- povezivanje ažuriranih podataka bolesnika sa smjericama
 - izračun prilagođenih, konkretnih preporuka
 - sredstva za podršku u odlučivanju s većim brojem mogućnosti
 - svi su odgovori točni
21. Koji od navedenih lijekova ima biokemijski učinak sličan onome koji se opisuje uz primjenu gospine trave?
- oksazepam
 - klonidin
 - fluoksetin
 - verapamil
22. Koji se biljni pripravak može primijeniti za liječenje urinarnih simptoma koji su uzrokovani benignom hiperplazijom prostate?
- ehinacea
 - efedra
 - ginseng
 - sabal-palma
23. Koji „prirodni lijek“ pomaže u redukciji tjelesne mase i poboljšava sportsku produktivnost?
- efedra
 - ginkgo
 - sabal-palma
 - ehinacea
24. Farmakokinetičke interakcije s blokatorima kalcijevih kanala mogu imati:
- valerijana
 - ginkgo

- c) češnjak
d) sve navedeno je točno
- 25. Za koji se od navedenih pripravaka smatra da podiže energiju u tijelu (engl. *energy-booster*)?**
- a) valerijana
b) melatonin
c) češnjak
d) ginseng
- 26. Lijek izbora za konverziju fibrilacije atrijske u sinusni ritam je:**
- a) digitalis
b) verapamil
c) diltiazem
d) amiodaron
- 27. NOAK-i su kontraindicirani u bolesnika:**
- a) s renalnom insuficijencijom
b) s dijabetesom
c) s umjetnim zalistkom
d) s dubinskovenskom trombozom
- 28. Za kontrolu frekvencije u bolesnika s fibrilacijom atrijske primjenjuju se:**
- a) β -blokatori
b) digitalis
c) verapamil
d) sve navedeno
- 29. U bolesnika s renalnom insuficijencijom potrebno je prilagoditi dozu:**
- a) dabigatrana
b) epiksabana
c) rivaroksabana
d) svih navedenih
- 30. Periferna arterijska bolest (PAB) NE uključuje:**
- a) bolesti aorte i koronarnih arterija
b) bolesti mezenteričnih i renalnih arterija
c) bolesti karotidnih arterija i arterija donjih udova
d) bolesti karotidnih i renalnih arterija
- 31. Osnovni standard primjene antitrombotične terapije uključuje primjenu:**
- a) monoterapije u svih bolesnika sa stenozom karotidnih arterija, neovisno o kliničkim simptomima i revaskularizaciji te kod simptomatske bolesti arterija donjih udova gdje klopidoogrel ima prednost u odnosu na acetilsalicilnu kiselinu
- b) dvojnog antitrombotičnog liječenja tijekom najmanje 1 mjeseca nakon stentiranja karotidnih arterija, odnosno nakon perkutane revaskularizacije PAB-a donjih udova
- c) trajne peroralne antikoagulantne terapije u kombinaciji s antitrombotičnom terapijom (tijekom najmanje 1 mjeseca nakon perkutane revaskularizacije periferne vaskularne bolesti), a indicirana je u bolesnika s PAB-om i atrijskom fibrilacijom uz CHA2DS2-VASc zbroj ≥ 2 ili nakon ugradnje mehaničkoga srčanog zalistka
- d) sve navedeno je točno
- 32. Budućnost liječenja periferne arterijske bolesti je u:**
- a) potentnijoj antitrombotičnoj terapiji
b) dvojnog antitrombotičnog liječenja
c) primjeni antitrombotične monoterapije s vaskularnom dozom oralnog antikoagulansa (rivaroksaban)
d) ničemu od navedenoga
- 33. Za PAB i arterijsku hipertenziju točna je tvrdnja:**
- a) kontrola arterijskoga tlaka u bolesnika s PAB-om je loša
b) incidencija amputacija u oboljelih od PAB-a povezana je s kontrolom sistoličkoga arterijskoga tlaka
c) inhibitori angiotenzin-konvertirajućeg enzima (ACE-I) i antagonisti angiotenzinskih receptora (ARB) znatno smanjuju kardiovaskularni rizik u bolesnika s PAB-om
d) sve navedeno
- 34. Točne su sljedeće tvrdnje:**
- a) povećana aktivnost simpatikusa u bolesnika s kroničnom bubrežnom bolešću (KBB) jedan je od uzroka AH-a
b) povećana aktivnost renin-angiotenzin-aldosteronskoga sustava (RAAS) u bolesnika s KBB-om jedan je od uzroka AH-a
c) smanjena mogućnost izlučivanja natrija bubrežima – hipervolemija pridonosi nastanku AH-a u bolesnika s KBB-om
d) sve su tvrdnje točne
- 35. Netočna je sljedeća tvrdnja:**
- a) MATS (mjerenje arterijskoga tlaka samomjeračem) ima veće dijagnostičko i prognostičko značenje od KMAT-a (kontinuiranog mjerenja arterijskoga tlaka) u bolesnika s AH-om i KBB-om
- b) MATS pomaže isključenju „efekta bijele kute“, a poboljšava suradljivost i ustrajnost bolesnika u liječenju AH-a
- c) KMAT pruža dodatne informacije o varijabilnosti, cirkadijnom ritmu i noćnom sniženju tlaka (tzv. fenomen „dippinga“), koji su često patološki promijenjeni u svim stadijima KBB-a, kao i maskirnoj hipertenziji (MH)
- d) ciljne vrijednosti tlaka u bolesnika s KBB-om su $<140/90$ mmHg, a u slučaju postojanja proteinurije $<130/80$ mmHg
- 36. Netočna je tvrdnja?**
- a) preporučeni dnevni unos natrija u bolesnika s AH-om i KBB-om je <100 mEq (<2300 mg kuhinjske soli)
- b) ACE-inhibitori ili ARB-ovi trebaju biti prvi lijek izbora u liječenju hipertenzije u bolesnika s proteinuričnim KBB-om
- c) izbor diuretika u liječenju hipertenzije u bolesnika s KBB-om treba biti temeljen na visini glomerularne filtracije (GFR)
- d) dihidropiridinski antagonisti kalcijevih kanala smanjuju proteinuriju
- 37. U liječenju AH-a u dijaliziranih bolesnika točno je sve osim:**
- a) u postizanju „suhe mase“ nije potrebna restrikcija unosa soli
b) u postizanju „suhe mase“ potrebna je restrikcija unosa soli
c) u regulaciji tlaka potrebna je i individualizacija koncentracije dijalitičkoga natrija
d) β -blokatori, ACE-inhibitori i antagonisti angiotenzinskih receptora, uz dihidropiridinske blokatore kalcijevih receptora, najvažniji su u liječenju arterijske hipertenzije dijaliziranih bolesnika
- 38. Za AH u transplantiranih bolesnika točne su sljedeće tvrdnje:**
- a) ciljne vrijednosti tlaka u transplantiranih bolesnika jesu $<130/80$ mmHg
b) u ranome posttransplantacijskom razdoblju ne preporučuje se primjena RAAS-blokatora
c) blokatori kalcijevih kanala smatraju se lijekovima prvog izbora u liječenju arterijske hipertenzije nakon transplantacije bubrega
d) sve su tvrdnje točne

39. Koja se skupina lijekova zbog negativna inotropnog učinka ne preporučuje u liječenju arterijske hipertenzije u bolesnika sa zatajivanjem srca (HFrEF):
- ACE-inhibitori
 - dihidropiridinski blokatori kalcijevih kanala
 - nedihidropiridinski blokatori kalcijevih kanala
 - β -blokatori
40. U liječenju arterijske hipertenzije u bolesnika sa zatajivanjem srca (HFrEF) ne preporučuje se:
- titriranje lijekova koji modificiraju tijekom bolesti do maksimalnih podnošljivih doza
 - kombinacija ACE-inhibitora i antagonista receptora angiotenzina
 - kombinacija ACE-inhibitora, β -blokatora i antagonista receptora aldosterona
 - intenzivirano liječenje arterijske hipertenzije
41. Koja je od navedenih tvrdnji točna za liječenje arterijske hipertenzije u bolesnika sa zatajivanjem srca (HFrEF):
- preporučuje se moksonidin
 - blokatore kalcijevih kanala treba titrirati do maksimalne podnošljive doze
 - ako je prisutna fibrilacija atrijska, treba dodati verapamil
 - ako uz trojnu terapiju perzistiraju povišene vrijednosti arterijskoga tlaka, može se dodati tiazidni diuretik
42. Ključni čimbenik rizika za moždani udar na koji je moguće utjecati jest:
- ateroskleroza
 - fibrilacija atrijska
 - arterijska hipertenzija
 - fizička neaktivnost
43. Što je od navedenoga točno u primarnoj prevenciji moždanog udara?
- sniženje dijastoličkog arterijskoga tlaka povoljno utječe na redukciju rizika
 - sniženje sistoličkog arterijskoga tlaka na vrijednosti <120 mmHg povećava vjerojatnost nuspojava niskog arterijskoga tlaka
 - automatski uređaji za mjerenje krvnoga tlaka mogli bi postati standardnom metodom
 - sve navedeno je točno
44. U akutnoj fazi moždanog udara arterijski tlak reguliramo prema kojoj od sljedećih smjernica:
- u akutnoj fazi ishemijskoga moždanog udara prihvatljiv je arterijski tlak $\leq 220/120$ mmHg, ukoliko bolesnik nije kandidat za fibrinolitičku terapiju
 - u akutnoj fazi intracerebralnoga krvarenja prihvatljiv je arterijski tlak $\leq 180/100$ mmHg ukoliko je bolesnik dijabetičar
 - u akutnoj fazi subarahnoidalnoga krvarenja prihvatljiv je arterijski tlak $\leq 220/120$ mmHg ukoliko je krvarenje aneurizmatičko
 - oralni antihipertenzivi u akutnoj fazi moždanog udara kvalitetnije reguliraju arterijski tlak od intravenoznih
45. U sekundarnoj prevenciji moždanih udara:
- nakon TIA-e cilj je arterijski tlak $\leq 130/80$ mmHg
 - nakon ishemijskoga moždanog udara cilj je arterijski tlak $\leq 120/80$ mmHg
 - nakon intracerebralnoga krvarenja cilj je arterijski tlak održavati što nižim
 - razvije li bolesnik nakon moždanog udara demenciju, cilj je arterijski tlak $\leq 150/90$ mmHg
46. Etiološki čimbenik u nastanku arterijske hipertenzije u bolesnika s opstruktivnom apnejom u spavanju (OSA) je:
- aktivacija renin-angiotenzin-aldosteronskoga sustava
 - simpatička aktivacija
 - oksidativni stres
 - sve navedeno je točno
47. Najbolji je učinak liječenja primjenom kontinuirana pozitivnoga tlaka na dišne puteve (CPAP) u kontroli arterijskoga tlaka u bolesnika:
- s rezistentnom hipertenzijom i OSA-om
 - s teškim stupnjem OSA-e
 - koji se redovito koriste terapijom CPAP-om
 - sve navedeno je točno
48. Najveću specifičnost i osjetljivost za probir na OSA-u ima:
- Epworthova ljestvica pospanosti
 - Berlinski upitnik
 - STOP-Bang upitnik
 - KMAT
49. U kojemu se postotku bolesnika procjenjuje da OSA nije dijagnosticirana:
- 20%
 - 30%
 - 50%
 - 85%
50. Lijek prvog izbora u liječenju hipertenzije u bolesnika sa šećernom bolešću je:
- blokator angiotenzinskih receptora
 - antagonist kalcijevih kanala
 - ACE-inhibitor
 - α -blokator
51. Boljom regulacijom glikemije i arterijskoga tlaka odgađa se nastanak:
- dijabetičke bolesti bubrega
 - retinopatije
 - moždanog udara
 - a + b + c
52. Pri potrebi za kombiniranjem lijekova za liječenje hipertenzije u bolesnika sa šećernom bolešću prednost treba imati kombinacija:
- ARB-ova i antagonista kalcija
 - ACE-inhibitora i antagonista kalcija
 - ACE-inhibitora i tiazidnih diuretika
 - ACE-inhibitora i moksonidina
53. Cilj kontrole arterijskoga tlaka u bolesnika sa šećernom bolešću jest
- $<140/90$ mmHg u većine
 - $<130/80$ mmHg u bolesnika s visokim rizikom za kardiovaskularnu bolest ili s bolešću bubrega
 - $<130/80$ mmHg za sve bolesnike sa šećernom bolešću
 - a + b
54. Koja je tvrdnja o ciljevima regulacije šećerne bolesti točna?
- za većinu bolesnika cilj je HbA_{1c} niži od 7%
 - za starije bolesnike s komorbiditetima cilj su vrijednosti HbA_{1c} niže od 6,5%
 - za mlađe bolesnike bez komorbiditeta, cilj su vrijednosti HbA_{1c} više od 7%
 - nijedan odgovor nije točan
55. U bubrežnoj bolesti nije potrebno reducirati dozu kod:
- pioglitazona
 - metformina

- c) linagliptina
d) a + c
56. Primjena metformina s može nastaviti do eGFR mL/min/1,73 m²:
- a) 30
b) 45
c) 60
d) 15
57. Koji lijekovi za regulaciju glikemije snižuju arterijski tlak?
- a) agonisti GLP-1 receptora
b) SGLT2-inhibitori
c) DPP4-inhibitori
d) svi navedeni
58. Koji su od navedenih lijekova u dosadašnjim istraživanjima dokazali kardiovaskularnu protektivnost u KV-rizičnih bolesnika sa šećernom bolešću?
- a) agonisti GLP-1 receptora
b) DPP4-inhibitori
c) SGLT2-inhibitori
d) a + c
59. Od ukupno umrlih osoba u Republici Hrvatskoj u 2017. godini koliko je smrti izravna posljedica kardiovaskularnih bolesti?
- a) svaka peta
b) svaka četvrta
c) svaka treća
d) svaka druga
60. Koju bi vrstu antihipertenziva trebalo izbjegavati u bolesnika s metaboličkim sindromom i prisutnom arterijskom hipertenzijom?
- a) blokatore kalcijevih kanala
b) ACE-inhibitore
c) visoke doze tiazidnih diuretika
d) centralno djelujuće antihipertenzive poput moksonidina
61. Koja je tvrdnja vezana uz uporabu statina u liječenju dislipidemija točna:
- a) liječenje dislipidemije statinima indicirano je u bolesnika s metaboličkim sindromom te intolerancijom glukoze jer korist od liječenja dislipidemije uvelike premašuje potencijalni rizik za razvatak „de novo“ šećerne bolesti
b) kombinacija statina i fibrata nije preporučiva radi vrlo velikoga rizika od rabdomiolize
c) SAMS (statinom uzrokovana miopatija) vrlo je česta i pojavljuje se u više od polovine bolesnika koji uzimaju statine
- d) nije potrebna korekcija doze rosuvastatina u bolesnika s dislipidemijom i kroničnom bubrežnom bolešću
62. U kojem omjeru bolesnici s arterijskom hipertenzijom imaju i prilježnu dislipidemiju?
- a) gotovo svaki bolesnik
b) svaki drugi bolesnik
c) svaki treći bolesnik
d) svaki četvrti bolesnik
63. Koja je tvrdnja točna?
- a) hipertenzivna emergencija definira se kao nagli i znatan porast arterijskoga tlaka povezan s progresivnim organskim oštećenjima ciljnih organa
b) hipertenzivna emergencija definira se kao znatan porast arterijskoga tlaka (AT >160/100 mmHg) povezan s progresivnim organskim oštećenjima ciljnih organa
c) hipertenzivna emergencija definira se kao znatan porast arterijskoga tlaka (AT >170/100 mmHg) povezan s progresivnim organskim oštećenjima ciljnih organa
d) hipertenzivna emergencija definira se kao znatan porast arterijskoga tlaka (AT >160/110 mmHg) povezan s progresivnim organskim oštećenjima ciljnih organa
64. Stopa bolničke smrtnosti za bolesnike s hipertenzivnom emergencijom u razdoblju od 30 dana iznosi:
- a) 3 do 11%
b) 2 do 15%
c) 1 do 2%
d) manje od 1%
65. Za fibromuskularnu displaziju točna je sljedeća tvrdnja:
- a) to je upalna autoimunosna bolest krvnih žila
b) to je neupalna aterosklerotična bolest krvnih žila
c) to je neupalna neaterosklerotična bolest krvnih žila
d) to je nasljedna upalna bolest krvnih žila
66. Za fibromuskularnu displaziju (FMD) točno je sve osim:
- a) prevalencija FMD-a bubrežne arterije u općoj populaciji nije poznata
b) FMD bubrežnih arterija češći je u žena nego u muškaraca i većinom se razvija u dobi od 15. do 50. godine života
- c) 15% do 20% slučajeva spontanih disekcija cervikalne arterije kao uzrok moždanog udara u mladima, povezane su s FMD-om cervikalne arterije
d) svi su odgovori točni
67. Ovisno o sloju arterije koji je najjače promijenjen u fibromuskularnoj displaziji (FMD) razlikujemo sljedeće histološke tipove:
- a) intimalni FMD
b) medijalni FMD
c) adventicijalni FMD
d) a + b + c
68. Za kliničke manifestacije fibromuskularne displazije (FMD) točno je sve osim:
- a) klinička slika ovisi o distribuciji zahvaćenih krvnih žila
b) klinička slika ovisi o tipu i težini vaskularne/nih lezije/a
c) najčešća manifestacija je renovaskularna hipertenzija
d) renalna insuficijencija uobičajena je manifestacija renalnoga FMD-a u odraslima
69. Indikacije za revaskularizaciju u renovaskularnom FMD-u jesu sve osim:
- a) rezistentne hipertenzije
b) hipertenzije kratkoga trajanja s ciljem izlječenja hipertenzije
c) aneurizma renalne arterije; obično zahtijeva revaskularizaciju endovaskularnim stentom i zavojnicama, rjeđe kirurški
d) kontrolirana hipertenzija uz medikamentnu terapiju dvama antihipertenzivima uz očuvanu bubrežnu funkciju
70. U slučaju FMD-a renovaskularne stenoze, metoda izbora u liječenju je:
- a) perkutana transluminalna angioplastika bubrežne arterije (PTRA) balonom
b) perkutana transluminalna angioplastika bubrežne arterije (PTRA) stentom
c) pri relapsu uvijek perkutana transluminalna angioplastika bubrežne arterije (PTRA) stentom
d) kirurška revaskularizacija za aneurizme bubrežne arterije manje od 1 cm u promjeru