

# 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 „Intervencije i vještine u obiteljskoj medicini“. Pozitivno riješene testove (najmanje 60% vaših točnih odgovora) vrjednovat će Povjerenstvo za trajnu izobrazbu HLK-a sa **sedam bodova**, uz upis bodova u elektroničkom obliku.



- Jedna od navedenih NIJE značajka kroničnih nezaraznih bolesti
  - u njihovu nastanku djelatni su brojni čimbenici rizika
  - u slabije ekonomski razvijenim zemljama uzrokuju više od 40% smrti u osoba mlađih od 60 godina
  - uzrokuju veliko radno i financijsko opterećenje zdravstvenoga sustava
  - sve navedeno je točno
- Za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti jedna tvrdnja NIJE TOČNA
  - čine najveći broj posjeta liječniku obiteljske medicine
  - ne mogu sudjelovati u kontroli kronične bolesti
  - moraju biti upoznani s bolesti, modalitetima dijagnostike i liječenja
  - trebaju biti u skrbi tima stručnjaka
- U modelu skrbi o bolesnicima koji boluju od kroničnih bolesti (engl. *chronic care model* – CCM) preporučeno je sve OSIM
  - programirane skrbi
  - koordinacije skrbi
  - potpore obitelji i drugih neformalnih njegovatelja
  - penalizacije bolesnika zbog slabe adherencije
- Za unaprjeđenje skrbi o bolesnicima s kroničnim bolestima, u obiteljskoj medicini nužno je uvesti promjene u definiranju zadataka svih sudionika
  - većim uključivanjem medicinskih sestara u rad tima
  - subspecijalističkim usavršavanjem liječnika obiteljske medicine
  - razvijanjem multidisciplinarnoga tima
  - redovitim timskim sastancima
- Za sustavnu skrb o bolesnicima s kroničnim bolestima, liječniku obiteljske medicine na raspolaganju su:
  - kontinuitet skrbi
  - uporaba svih podataka iz elektroničkoga zdravstvenoga zapisa
  - timski rad
  - sve navedeno je točno
- Ciljna vrijednosti LDL-kolesterola liječenjem u osoba s vrlo visokim rizikom za kardiovaskularnu smrt (10-godišnji rizik za kardiovaskularnu KV-smrtnost >10%) prema Smjernicama o dislipidemiji Europskoga kardiološkoga društva iz 2019. godine je
  - <1,8 mmol/L
  - <1,4 mmol/L
  - smanjenje za najmanje 50% od početne vrijednosti
  - b + c

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. rujna 2020. 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!

U svrhu bodovanja kontinuirane medicinske edukacije (CME) potrebnih za obnavljanje licence, obavještavamo čitatelje da će Ljekarska–Liječnička komora Kantona Sarajevo bodovati s 5 bodova točno ispunjen test (više od 60%) objavljen u časopisu Medix. Ispunjen test potrebno je poslati u zatvorenoj omotnici poštom na adresu:

Ljekarska–liječnička komora Kantona Sarajevo  
Sprečanska br. 5/III, Lamela C, Malta  
71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Bodovanje počinje od testa znanja objavljenoga u Medixu br. 138, listopad/studen 2019.

Informacije o pretplati na Medix možete dobiti na tel: +387 61 161 393 ili e–poštom: medoptic@medoptic.ba.

7. Ciljna vrijednost LDL-kolesterola liječenjem za bolesnike visokoga rizika (10-godišnji rizik smrti od 5% do 10%) prema Smjernicama o dislipidemiji Europskoga kardiološkoga društva iz 2019. godine je
- <2,6 mmol/L
  - <1,0 mmol/L
  - <1,4 mmol/L
  - smanjenje LDL-a od 50% ili više od početne vrijednosti i <1,8 mmol/L
8. Ciljna vrijednost LDL-a može biti i niža od 1,0 mmol/L
- u vrlo rizičnih bolesnika koji dožive drugi krvožilni događaj unutar dviju godina (ne nužno iste vrste kao prvi događaj), dok uzimaju maksimalno podnošljivu statinsku terapiju
  - netočno, to su preniske za život opasne vrijednosti LDL-kolesterola
  - netočno, u vrlo rizičnih bolesnika koji dožive drugi krvožilni događaj unutar dviju godina (ne nužno iste vrste kao prvi događaj), dok uzimaju maksimalno podnošljivu statinsku terapiju ciljna vrijednost liječenjem je <1,8 mmol/L
  - točno, poštujući načelo „što niže to bolje“, ali se vrijednost može mijenjati prema dobi
9. Ciljna vrijednost LDL-kolesterola za osobe s umjerenim rizikom (desetogodišnji rizik za smrt od 1% do 5%) ciljni bi LDL trebao biti
- <3,0 mmol/L
  - <2,6 mmol/L
  - <1,8 mmol/L
  - <1,4 mmol/L
10. Ciljna vrijednost LDL-kolesterola za osobe niskoga rizika (10-godišnji rizik za smrt <1%) je
- <3,0 mmol/L
  - <1,8 mmol/L
  - <1,4 mmol/L
  - <1,0 mmol/L
11. Hipertenzijom posredovano oštećenje organa (HMOD) najbolje korelira s rezultatima:
- MATS-a
  - ordinacijskoga mjerenja AT-a
  - KMAT-a
  - sve je točno
12. Najsnažniji pretkazatelj tihih cerebrovaskularnih događaja je:
- noćni tlak
  - dnevni tlak
  - prosječni tlak
  - jutarnji tlak
13. Granična vrijednost prosječno-ga 24-satnoga tlaka u KMAT-u iznosi
- 135/85
  - 130/80
  - 140/90
  - 120/70
14. Diperi imaju vrijednost noćnoga tlaka:
- 20% nižu noćnu vrijednost sistoličkoga i dijastoličkog arterijskoga tlaka od prosječne dnevne vrijednosti za sistolički i dijastolički tlak
  - 10% nižu vrijednost sistoličkoga i dijastoličkoga tlaka u odnosu na prosječnu dnevnu vrijednost sistoličkoga i dijastoličkoga tlaka
  - 10% višu vrijednost prosječnoga noćnoga tlaka u odnosu na prosječni dnevni tlak
  - ništa od navedenoga
15. Jutarnji skok tlaka označuje
- porast arterijskoga tlaka neposredno nakon ustajanja
  - porast arterijskoga tlaka 1 sat nakon ustajanja
  - porast prosječnog arterijskoga tlaka u najmanje 5 mjerenja unutar 2 sata nakon ustajanja u odnosu na prosječnu vrijednost noćnoga tlaka
  - porast prosječnog arterijskoga tlaka nakon ustajanja za 10 mm Hg-a
16. Periferna arterijska bolest (PAB) asimptomatska je u:
- <20% bolesnika
  - 20 do 50% bolesnika
  - 50 do 70% bolesnika
  - >70% bolesnika
17. Kroničnu kritičnu ishemiju karakteriziraju sve tvrdnje osim:
- smanjenja hodne pruge
  - pojava bolova u mirovanju u trajanju duljem od 2 tjedna
  - pojava bolova noću uz ometanje sna
  - pojava iznenadnoga jakoga bola u nozi uz bljedilo noge
18. Netočno je:
- mjerenje gležnanskog indeksa nužno je u probiru i dijagnostici PAB-a u obiteljskoj medicini
  - uređaj za mjerenje gležnanskog indeksa dio je obvezne opreme ordinacije obiteljske medicine
  - izračunana vrijednost gležnanskog indeksa <0,9 ima visok stupanj osjetljivosti i specifičnosti za dijagnozu PAB-a
  - mjerenje gležnanskog indeksa je neinvazivno, test je reproducibilan, potrebno je kratko vrijeme edukacije za izvođenje i interpretaciju nalaza
19. Izdvojite točnu tvrdnju:
- vrijednosti gležnanskog indeksa od 0,9 do 1,0 normalne su vrijednosti i ne zahtijevaju praćenje bolesnika
  - vrijednosti gležnanskog indeksa  $\geq 1,4$  upućuju na mediosklerozu koju rijetko ili nikad ne susrećemo u bolesnika sa šećernom ili kroničnom bubrežnom bolešću
  - vrijednosti gležnanskog indeksa od 0,5 do 0,8 upućuju na umjereni PAB i zahtijevaju dodatnu dijagnostičku obradu bolesnika
  - bolesnici s arterijskom ranom na potkoljenici/stopalu najčešće imaju gležnanski indeks viši od 0,5
20. Obvezna terapija bolesnika s PAB-om u obiteljskoj medicini uključuje:
- liječenje statinima svih bolesnika s PAB-om
  - antiagregacijsku terapiju u svih simptomatskih bolesnika s PAB-om
  - primjenu lijekova iz skupine inhibitora angiotenzin-konvertirajućeg enzima ili skupine inhibitora sustava angiotenzin-renin u bolesnika s PAB-om i arterijskom hipertenzijom uz ciljne vrijednosti AT-a 140/90 mm Hg-a
  - svi su odgovori točni
21. Tavi procedura preporučuje se:
- samo bolesnicima s prethodnim kirurškim zahvatom
  - samo bolesnicima starijima od 80 godina
  - bolesnicima sa srednje teškom aortnom stenozom
  - na osnovi zaključka konzilija kardiologa i kardiokirurga
22. Novost iz područja TAVI-ja jest:
- za liječenje tom procedurom

- dolaze u obzir i bolesnici s niskim kirurškim rizikom
- b) za liječenje tom procedurom dolaze u obzir i bolesnici s perifernom arterijskom bolešću
- c) za liječenje tom procedurom dolaze u obzir i bolesnici s porculanskom aortom
- d) za liječenje tom procedurom dolaze u obzir i bolesnici s bikuspidalnom aortnom stenozom
- 23. Perkutano liječenje mitralne regurgitacije prije svega se odnosi na liječenje**
- a) primarne mitralne regurgitacije
- b) sekundarne mitralne regurgitacije
- c) mitralne regurgitacije uzrokovane endokarditisom mitralnoga zalistka
- d) mitralne regurgitacije u djece
- 24. Istraživanje ISCHEMIA utvrdilo je da perkutana koronarna intervencija (PCI) u usporedbi s optimalnom medikamentnom terapijom kod stabilne koronarne bolesti**
- a) smanjuje smrtnost
- b) smanjuje pojavnost infarkta miokarda
- c) smanjuje anginozne tegobe
- d) smanjuje broj cerebrovaskularnih incidenata
- 25. Istraživanje TWILIGHT pokazalo je da monoterapija tikagrelom u usporedbi s dvojnog terapijom tikagrelora i ASK-om**
- a) ima veći broj akutnoga koronarnoga sindroma
- b) ima manju incidenciju krvarenja
- c) ima veću incidenciju moždanog udara
- d) povećava broj hospitalizacija
- 26. Razumijevanje glikemije i donošenje terapijske odluke:**
- a) hiperglikemija stimulira lučenje glukagona
- b) inkretini inhibiraju lučenje inzulina
- c) inzulin inhibira adipogenezu
- d) glukagonu-sličan peptid-1 potencira izlučivanje inzulina
- 27. Farmakološka kontrola glikemije uz oštećenu bubrežnu funkciju:**
- a) u slučaju drugoga stupnja renalne insuficijencije (eGFR 60 do 90 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) nije potrebna prilagodba doze metformina
- b) SGLT2-inhibitori ne preporučuju se u bolesnika s eGFR-om <60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>
- c) prilagodba doze linagliptina nije potrebna kod oštećenja bubrežne funkcije
- e) svi su odgovori točni
- 28. Neka od najčešćih komorbidnih stanja oboljelih od šećerne bolesti jesu:**
- a) ciroza jetre
- b) c + d
- c) depresija
- d) demencija
- 29. Edukacija oboljelih od šećerne bolesti:**
- a) upoznavanje bolesnika s činjenicama je najučinkovitije
- b) psihološke intervencije su uspješnije od didaktičkih
- c) psihološke intervencije mogu pridonijeti 0,5%-tnom sniženju HbA1c
- d) b + c
- 30. Unutarnje zaprjeko i motivacija oboljelog od šećerne bolesti posljedica su:**
- a) zdravstvenoga vjerovanja i ponašanja
- b) zdravstvene pismenosti
- c) znanja o vlastitoj bolesti
- d) svi su odgovori točni
- 31. Liječnik obiteljske medicine morao bi pomisliti na prisutnost KOPB-a u svojega pacijenta:**
- a) ako se tuži na zaduhu
- b) ima prisutan kronični kašalj ili iskašljavanje
- c) je izložen nekom od čimbenika rizika
- d) sve navedeno je točno
- 32. Za postavljanje dijagnoze KOPB-a važno je učiniti:**
- a) spirometriju
- b) metakolinški test
- c) rendgenski prikaz srca i pluća
- d) alergološko testiranje
- 33. U prilog opstrukciji dišnih puteva u spirometrijskom nalazu govori:**
- a) postbronhodilatacijski omjer forsiranog izdisajnog volumena u prvoj sekundi i forsiranoga vitalnoga kapaciteta (FEV<sub>1</sub>/FVC) >70%
- b) postbronhodilatacijski omjer forsiranog izdisajnog volumena u prvoj sekundi i forsiranoga vitalnoga kapaciteta (FEV<sub>1</sub>/FVC) <70%
- c) postbronhodilatacijski vršni protok pri izdisaju na 50% (MEF50) >80%
- d) forsirani vitalni kapacitet <80%
- 34. S obzirom na težinu KOPB-a, bolesnici skupine B su oni s:**
- a) visokim rizikom za egzacerbaciju
- b) niskim rizikom za egzacerbaciju
- c) manje simptoma
- d) a + c
- 35. Jedan od najčešćih uzroka loše adherencije oboljelog od KOPB-a je:**
- a) depresija
- b) pušenje
- c) nedovoljna edukacija o pravilnoj primjeni inhalera
- d) forsiranog izdisajnog volumena u prvoj sekundi (FEV<sub>1</sub>) 50 do 70%
- 36. U akutnim egzacerbacijama kroničnih opstruktivnih plućnih bolesti preporučuje se primjena ovoga tipa inhalerskog uređaja:**
- a) nebulizer/inhalator
- b) inhaler aerosola (engl. *pressurized metered dose inhaler*, pMDI)
- c) inhaler suhoga praha (engl. *dry powder inhaler*, DPI)
- d) inhaler s tekućim aerosolom u obliku maglice (engl. *soft mist inhaler*, SMI)
- 37. Najveće ograničenje inhalera aerosola (engl. pMDI) koje dovodi do otežane manipulacije uređajem i čestih pogreški u korištenju je:**
- a) potrebna primjena tijekom 10 do 15 minuta
- b) potreba za dobrom koordinacijom udaha i aktivacije inhalera potiskom
- c) udah mora biti dubok i jak
- d) uređaj je velik, bučan i skup
- 38. Pri primjeni inhalera suhoga praha (engl. DPI) za aktivaciju uređaja i isporuku lijeka ključno je:**
- a) plitko disati
- b) duboko i jako udahnuti
- c) primijeniti komoricu za inhaliranje
- d) disati polako tijekom 10 do 15 minuta

39. Novija istraživanja pokazuju da je za pravilan odabir inhalerskog uređaja potrebno mjerjenje:
- vitalnoga kapaciteta
  - forsiranog ekspiratornoga volumena u prvoj sekundi
  - inspiracijskoga protoka zraka pri različitim postavkama otpora
  - frakcije izdahnutoga dušikova oksida
40. Prednost inhalera s tekućim aerosolom u obliku maglice (engl. SMI) je:
- manja cijena
  - veliki izbor pripravaka priređenih u tom obliku
  - lakša primjena i manje taloženje lijeka u orofarinksu
  - bez komorice ga mogu primjenjivati djeca od novorođenačke dobi
41. Dijagnoza astme mora uključivati:
- tipičnu kliničku sliku
  - tipičan spirometrijski nalaz
  - tipičnu anamnezu
  - pridruženi alergijski rinitis
42. Pri sumnji na dijagnozu astme potrebno je bolesniku osigurati:
- inhalacijski kortikosteroid
  - kombinaciju inhalacijskoga kortikosteroida i dugodjelujućega  $\beta$ -agonista
  - kombinaciju inhalacijskoga kortikosteroida i brzodjelujućega  $\beta$ -agonista formoterola
  - kratkodjelujući  $\beta$ -agonist
43. Praćenje adherencije u astmi:
- može se brzo procijeniti MMAS-4 upitnikom
  - nije potrebno procijeniti na svakoj kontroli
  - nužno je u starijih bolesnika
  - nema veze s propisanim inhalerom
44. Kontrolu astme najbrže pouzdano procjenjujemo temeljem:
- spirometrijskoga nalaza
  - bronhodilatacijskoga testa salbutamolom
  - anamneze noćnih napadaja
  - upitnikom kontrole astme (ACT)
45. Slaba adherencija u astmi:
- najčešća je u blagoj trajnoj astmi
  - najčešća je u intermitentnoj astmi
  - rijetka je u bolesnika koji redovito uzimaju antihipertenzivnu terapiju
  - često je povezana s kortikofobijom
46. Probir za osteoporozu se treba napraviti u:
- žena i muškaraca kad navršše 70 godina
  - u žena kad navršše 65, a u muškaraca kad navršše 70 godina
  - samo u slučaju dodatnih čimbenika rizika
  - u žena kad navršše 55, a u muškaraca kad navršše 65 godina
47. Neki od dodatnih čimbenika rizika za razvoj osteoporoze jesu:
- pušenje, konzumacija alkohola veća od 2 jedinice na dan (2 dL vina, 7 dL piva, 0,3 dL žestokih pića) i kave (>2,5 šalice/na dan), preboljenje frakture gležnja i prstiju
  - pušenje, konzumacija alkohola veća od 2 jedinice na dan (2 dL vina, 7 dL piva, 0,3 dL žestokih pića) i kave (>2,5 šalice/na dan), anamneza frakture bedrene kosti u braće i sestara
  - pušenje, konzumacija alkohola veća od 2 jedinice na dan (2 dL vina, 7 dL piva, 0,3 dL žestokih pića) i kave (>2,5 šalice/na dan), primjena antihipertenziva
  - ni jedno od navedenoga nije točno
48. Biljege pregradnje kostiju radit ćemo kod:
- uvođenja farmakoterapije
  - utvrđivanja postojanja osteoporoze ili osteopenije
  - svakih 6 mjeseci dok je bolesnik na terapiji bisfosfonatima
  - njih je potrebno određivati samo u posebnim okolnostima
49. Interpretacija T-zbroja je:
- ako je T-zbroj  $\geq -1,0$ , nalaz govori u prilog osteopeniji
  - ako je T-zbroj od  $-1,0$  do  $-2,5$ , govorimo o uznapredovaloj osteoporozi
  - ako je T-zbroj  $\geq -1,0$ , govorimo o urednome nalazu
  - ako je T-zbroj  $\geq -1,0$ , potrebna nam je dodatna obrada kako bismo postavili dijagnozu
50. Od navedenoga koja tvrdnja nije točna:
- svakome bolesniku s osteopenijom /osteoporozom preporučit ćemo programiranu tjelesnu aktivnost
  - svakome bolesniku s osteopenijom/osteoporozom preporučit ćemo uzimanje odgovarajuće doze kalcija i vitamina D
  - svakome bolesniku s osteopenijom/osteoporozom učinit ćemo rendgensko snimanje lumbalne kralježnice i kukova
  - svakome bolesniku s osteopenijom/osteoporozom preporučit ćemo prestanak pušenja, uzimanje minimalne količine alkohola i kave
51. Za reumatoidni artritis nije karakteristično
- vretenasta oteklina malih zglobova šaka i /ili stopala je simetrična, gotovo da nema zglobova koji ne može biti zahvaćen upalom
  - drugi zglobovi nisu zahvaćeni
  - moгу biti zahvaćeni i drugi organi, primjerice, pluća, srce, koža, krvne žile
  - napredovanjem bolesti dolazi do nastanka deformiteta zglobova koji su izgledom vrlo karakteristični (deformiteti poput „labuđeg vrata“, „tuljanovih šaka“)
52. Od liječnika obiteljske medicine očekuje se da
- prije upućivanju reumatologu učini osnovnu dijagnostičku obradu
  - učini serološke pretrage RF I anti CCP, prije upućivanja reumatologu
  - reumatološki pregled ostvari unutar 6 do 12 tjedana nakon početka simptoma
  - sve je točno
53. U spondiloartritisu (SpA) ubrajamo:
- reumatoidni artritis (RA) i *polymyalgia rheumatica* (PmR)
  - ankilozantni spondilitis, reaktivne artritis, psorijatični artritis
  - enteropatske artritis, odnosno artritis udružene s upalnim bolestima crijeva i nediferencirani spondiloartritis
  - b + c
54. Karakteristike dijagnostičkih pretraga
- anti-CCP visoko su specifična (90%) i osjetljiva (96%) I za RA vrlo korista diferencijalno dijagnostička pretraga
  - kombinirano određivanje RF-a i anti-CCP-a ima pozitivnu pretkazateljsku vrijednost od 91%.
  - povišene vrijednosti RF-a, osim u bolesnika s reumatoidnim artritisom (u oko 70%), mogu se naći i u bolesnika s različitim bolestima vezivnoga tkiva, u bolesnika s

- kroničnim infekcijama te malignim bolestima
- d) sve je točno
55. Najčešća upalna reumatska bolest u osoba starijih od 50 godina je:
- polymyalgia rheumatica* (PmR)
  - reumatoidni artritis (RA)
  - ankilozantni spondilitis
  - psorijatični artritis
56. Kod tendinitisa *m. supraspinatus* karakteristično je:
- bolan abdukcijski luk (60 – 120°)
  - pozitivni „impigement znak“, bolnost u ramenu pri anteflektiranim nadlakticama uz pokret pražnjenja limenki i slabost mišića
  - točni su odgovori a i b
  - nemogućnost elevacije ruke
57. Za kapsulitis ili „smrznuto rame“ istinite su sljedeće tvrdnje:
- može biti udružen sa šećernom bolešću, bolestima štitnjače, hiperlipidemijom, aterosklerotičkom bolešću srca, plućnim bolestima, cerebrovaskularnim bolestima
  - u kliničkoj slici karakteristično je smanjenje opsega pokreta u ramenu, u svim smjerovima aktivno i pasivno, posebno adukcija i vanjska rotacija nadlaktice uz sekundarnu bol, s vremenom dolazi do atrofije mišića ramenoga obruča
  - u 33 do 61% bolesnika nastaje trajno smanjenje pokreta, žene obolijevaju češće od muškaraca
  - sve su tvrdnje istinite
58. *Bursitis anserina* pojavljuje se
- s medijalne strane tibije na hvatištu u području hvatišta tetiva *m. sartorius*, *m. semitendinosus* i *m. gracilis* za tibiju, prisutna je bol na palpaciju navedenoga područja te prilikom trčanja ili penjanja uza stube i otekline. Pozitivan je valgusni stresni test.
  - s prednje strane koljena, ponekad uz crvenilo, hipertermiju, bol. Bol se pojačava fleksijom, ali opseg pokreta u koljenu nije ograničen.
  - u lateralnome dijelu iznad tibije, pogotovo tijekom silaska nizbrdo, u flektiranome koljenu. Hodom s ekstendiranim koljenom prestaje.
  - na proksimalnome hvatištu za femur, zbog istežanja tijekom prsnoga plivanja.
59. Ako se pacijent žali na bol s medijalne strane stopala – pete, najviše nakon buđenja prilikom prvih koraka, a poslije kretanjem prestaje. Prilikom pregleda utvrdimo da pacijent ima ravna stopala, a kod pasivne dorzalne fleksije postoji bol koja se pojača uz dorzalnu fleksiju palca najvjerojatnije se radi o:
- Severovoj bolesti
  - plantarnom fascitisu
  - Haglundovoj peti
  - entezitisu Ahilove tetive
60. U liječenju izvanzglobnoga reumatizma često se primjenjuju nesteroidni antireumatici (NSAR). Točna je tvrdnja:
- poželjno je da se peroralni NSAR-i uzimaju barem tri tjedna
  - pri primjeni NSAR-a u liječenju izvanzglobnoga reumatizma moraju se primijeniti protuupalne doze lijekova
  - peroralni NSAR-i imaju bolji analgetički učinak od lokalno primijenjenih kortikosteroida
  - ni jedna tvrdnja nije točna
61. Što od navedenoga može utjecati na razvoj malnutricije u neuroloških bolesnika:
- poremećaji u unosu nutrijenata
  - nuspojave lijekova
  - gastrointestinalni poremećaji
  - sve navedeno je točno
62. Što u neuroloških bolesnika može utjecati na unos nutrijenata:
- orofaringealna disfagija
  - kognitivna disfunkcija
  - poremećaji pažnje
  - sve navedeno je točno
63. Moždane stanice mijenjaju se:
- u djetinjstvu i adolescenciji
  - do 65. godine
  - do 75. godine
  - cijeli život
64. Postupke neurorehabilitacije provodimo nakon nastanka moždane lezije:
- odmah
  - nakon jednoga mjeseca
  - nakon tri mjeseca
  - nakon šest mjeseci
65. Koliki udio u ukupnome smanjenju DALY-ja (smanjenje životnoga vijeka s obzirom na bolest) čini moždani udar?
- 28,4%
  - 35,3%
  - 47,3%
  - 51,2%
66. Koje kronične bolesti utječu na seksualnu disfunkciju:
- kardiovaskularne bolesti
  - šećerna bolest
  - artritis
  - sve navedeno
67. Središnja pretilost ne povezuje se sa:
- snižanim vrijednostima testosterona
  - preuranjenom ejakulacijom
  - hipogonadizmom
  - aterogenom erektilnom disfunkcijom
68. Koja od sljedećih tvrdnji NIJE točna:
- testosteron je glavni čimbenik koji pridonosi seksualnoj motivaciji u muškaraca
  - proizvodnja testosterona odvija se bez znatnih oscilacija
  - znatnu ulogu u nastanku spolne želje u muškaraca ima estradiol u dobi od 75 godina, muškarac u prosjeku izgubi oko 30% koncentracije testosterona, koju je imao u dobi od 25 godina
69. Koja od sljedećih tvrdnji NIJE točna:
- menopauza nastaje jer jajnici postupno prestaju odgovarati na stimulaciju gonadotropinima
  - koncentracija gonadotropina u postmenopauzi raste 5 do 10 puta
  - koncentracija estrogena, ali i testosterona u žena se naglo smanjuje poslije menopauze
  - DHEA u postmenopausalnih žena pokazuje pozitivno djelovanje u smislu poboljšanja spolnih funkcija
70. Indikacija za hormonalnu nadomjesnu terapiju (HNT) je:
- izolirani genitourinarni sindrom u postmenopauzi
  - osteoporoza
  - vazomotorni simptomi u postmenopauzi
  - smanjena seksualna želja