

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 „Kronična bubrežna bolest“. Pozitivno riješene testove (najmanje 60% vaših točnih odgovora) vrednovati će Povjerenstvo za trajnu izobrazbu HLK sa 7 bodova, a rezultati će, osim u „Medixu“, biti objavljeni u „Liječničkim novinama“, što će, ujedno, biti potvrda vaših ostvarenih bodova u postupku stručnog medicinskog usavršavanja

1. Prevalencija kronične bubrežne bolesti je:
 - a) oko 10% odraslog stanovništva
 - b) oko 35% odraslog stanovništva
 - c) manja od 5% odraslog stanovništva
 - d) više od 30% osoba starijih od 20 godina
2. Jedan od kriterija definicije kronične bubrežne bolesti je:
 - a) glomerularna filtracija >100 ml/min
 - b) signifikantna bakteriurija
 - c) proteinurija >3 g u 24 sata
 - d) proteinurija koja traje dulje od 3 mjeseca
3. Ciljne vrijednosti krvnog tlaka u osoba s KBB su:
 - a) >140/90 mmHg
 - b) <170/100 mmHg
 - c) <110/70 mmHg
 - d) <130/90 mmHg
4. Najčešće komplikacije u bolesnika s kroničnom bubrežnom bolesti su:
 - a) gastrointestinalne komplikacije
 - b) trombocitopenija
 - c) periferna neuropatija
 - d) kardiovaskularne komplikacije
5. Prema klasifikaciji, bolesnici s nadomještanjem bubrežne funkcije su u:
 - a) 1. stadiju KBB
 - b) 2. stadiju KBB
 - c) 4. stadiju KBB
 - d) 5. stadiju KBB
6. Antihipertenzivni lijekovi izbora u bolesnika s KBB su:
 - a) blokatori kalcijevih kanala
 - b) beta-blokatori
 - c) ACE inhibitori / blokatori angiotenzinskih receptora
 - d) niti jedan od navedenih
7. Bolesnici s transplantiranim bubrežom imaju KBB:
 - a) da
 - b) ne
 - c) pripadaju 3. stadiju KBB
 - d) pripadaju 5. stadiju KBB
8. Incidencija KBB se u razvijenom svijetu:
 - a) smanjuje
 - b) povećava
 - c) nije poznato
 - d) ne mijenja
9. Mikroalbuminurija se može dokazati:
 - a) rutinskim pregledom mokraće test-trakom
 - b) imunokemijskim metodama
 - c) metodama visoke osjetljivosti i specifičnosti
 - d) točne su tvrdnje b) i c)
10. Brzina glomerularna filtracija procjenjuje se laboratorijskim određivanjem:
 - a) klirensa endogenog kreatinina
 - b) klirensa inulina
 - c) klirensa endogenog kreatinina prema empirijskoj formuli
 - d) točne su sve tvrdnje
11. MDRD jest kratica za:
 - a) izračunavanje albuminurije u omjeru prema kreatininu
 - b) studiju Modification of Diet Renal Disease
 - c) zlatni standard procjene brzine glomerularne filtracije
 - d) metodu određivanja kreatinina
12. Omjer proteina i albumina u odnosu na kreatinin primjenjuje se:
 - a) za procjenu odnosa supstrata i metabolita u serumu i mokraći
 - b) za procjenjivanje proteinurije i albuminurije u jednokratnom uzorku mokraće
 - c) za provjeru točnosti sakupljanja 24-satne mokraće
 - d) za ispitivanje kataboličkih procesa
13. Svim empirijskim jednadžbama za procjenu brzine glomerularne filtracije zajedničko je sljedeće:
 - a) procjena na temelju vrijednosti serumskog kreatinina
 - b) procjena na temelju težine i visine ispitanika
 - c) proizašle su iz ispitivanja na skupinama isključivo zdravih ispitanika
 - d) isključivanje dječje populacije iz ispitivanih skupina
14. Određivanje kreatinina u porciji mokraće:
 - a) nema kliničke vrijednosti
 - b) koristi se u izračunavanje klirensa kreatinina
 - c) procjenjuje diurezu, čime standardiziramo izmjerene proteine u uzorku
 - d) klinički je značajna za otkrivanje specifičnih prehrambenih kroničnih bubrežnih bolesnika
15. Za mjerenje proteinurije i albuminurije referentni je uzorak:
 - a) drugi jutarnji uzorak mokraće
 - b) prvi jutarnji uzorak mokraće
 - c) 24-satna mokraća
 - d) ne postoji jasan dogovor o izboru referentnog uzorka
16. Empirijske formule za procjenu GFR:
 - a) nisu primjenjive za zdravu populaciju
 - b) primjenjive su za opću populaciju
 - c) primjenjive su u probiru opće populacije
 - d) nisu primjenjive za populaciju bubrežnih bolesnika

17. Koja koncentracija albumina u mokraći definira normoalbuminuriju?
- 30-300 mg/24 sata
 - <10 mg/24 sata
 - < 30 mg/24 sata
 - 0 mg/24 sata
18. Monogenske nasljedne bolesti mogu se podijeliti na:
- bolesti srca i bolesti bubrega
 - dominantne, recesivne i spolno (X) vezane
 - bolesti introna i eksona
 - delecije i insercije
19. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, od policistične bolesti bubrega danas boluje:
- više od pola milijuna stanovnika SAD-a te više od 12 milijuna djece i odraslih širom svijeta
 - svaka treća osoba
 - svaka peta osoba
 - ništa od navedenog
20. „Two hit“ hipoteza opisuje sljedeću zakonitost:
- bolest nastaje samo ako je isti gen pogođen dvaput istom mutacijom
 - kao posljedica jedne mutacije nastaju dvije različite bolesti
 - dvije različite genske promjene uzrokuju dvije različite bolesti
 - bolest nastaje kao posljedica dvije genske promjene, od kojih prvu nosimo od rođenja, a druga nastaje spontano tijekom života
21. Ciljano gensko testiranje za policističnu bolest bubrega je korisno:
- ako se radi o maloj obitelji
 - ako je u obitelji puno muške djece
 - u osoba u kojih postoji pozitivna obiteljska anamneza
 - samo u žena starijih od 60 godina
22. Temeljem rezultata genskog testiranja za policističnu bolest bubrega moguće je predvidjeti:
- trenutak nastanka bolesti
 - težinu bolesti
 - trenutak nastanka bolesti i njenu težinu
 - ništa od navedenog
23. Gensko testiranje poligenih bolesti bubrega omogućuje:
- predviđanje vremena pojave bolesti
 - procjenu težine bolesti
 - kao kod monogenske policistične
- bolesti bubrega, nije moguće predvidjeti fenotip
- d) za razliku od monogenske policistične bolesti bubrega predviđa fenotip
24. Koliko je identificirano gena kandidata za nastanak kronične bubrežne bolesti?
- više od 10
 - nema dokaza o postojanju genetskog polimorfizma
 - samo 1
 - nema dokaza o povezanosti genetskog ustroja s kroničnom bubrežnom bolešću
25. ACE polimorfizam se osim s arterijskom hipertenzijom povezuje još i s:
- pojavom intersticijskog nefritisa, pri čemu je D alel nosilac rizika
 - pojavom intersticijskog nefritisa, pri čemu je 677T alel nosilac rizika
 - infantilnom PKD
 - ništa od navedenog
26. Metaloproteinaze matriksa su uključene u procese remodeliranja izvanstaničnog matriksa, a njihovi se genetski polimorfizmi dovode u vezu s:
- lošijim odgovorom na ACE inhibitore
 - pojavom intersticijskog nefritisa i posljedično kronične bubrežne bolesti
 - razvojem fibroze bubrega
 - a i c
27. Glavni uzrok anemije u kroničnoj bubrežnoj bolesti je:
- manjak eritropoetina
 - manjak željeza
 - inhibicija koštane srži uremičkim toksinima
 - skraćen vijek eritrocita
28. Anemija u kroničnoj bolesti javlja se:
- s pojavom proteinurije
 - s pojavom hipertenzije
 - kod smanjenja GF na polovicu normalne vrijednosti
 - kod porasta kreatinina
29. Anemija kronične bubrežne bolesti javlja se ranije kod:
- policistične bolesti bubrega
 - dijabetičara
 - žena
 - kronične opstruktivne plućne bolesti
30. Liječenjem anemije u kroničnoj bubrežnoj bolesti ne očekuje se:
- popravljanje kvalitete života
 - povećanje fizičke sposobnosti
 - neovisnost o transfuzijama krvi
 - zaustavljanje gubitka bubrežne funkcije
31. Ciljne vrijednosti hemoglobina pri liječenju anemije kronične bubrežne bolesti eritropoetinom su:
- normalizacija hemoglobina na vrijednosti za zdravu populaciju
 - hemoglobin iznad 120 g/L
 - hemoglobin između 110 i 120 g/L
 - u bolesnika koji se još ne liječe dijalizom hemoglobin iznad 100 g/L, a u dijaliziranih bolesnika iznad 130 g/L
32. Anemija kronične bubrežne bolesti u bolesnika koji još nisu na dijalizi ne liječi se eritropoetinom u Hrvatskoj zbog:
- nedokazane koristi liječenja
 - većeg rizika malignih bolesti
 - ubrzanja gubitka bubrežne funkcije
 - administrativnog ograničenja
33. Ciljne vrijednosti hemoglobina kod liječenja anemije kronične bubrežne bolesti eritropoetinom su ograničene zbog:
- visoke cijene eritropoetina
 - zapreke transplantaciji bubrega
 - povećanog kardiovaskularnog rizika
 - zbog rizika nastanka antieritropoetinskih antitijela
34. Jedna od navedenih tvrdnji nije točna. Nakon transplantacije bubrega:
- anemija nestaje
 - anemija je povezana s imunosupresivnim lijekovima
 - anemija je česta zbog smanjene bubrežne funkcije
 - anemiji mogu pogodovati ACEI i ARB
35. Jedna od navedenih tvrdnji nije točna. Liječenje anemije eritropoetinom:
- popravlja hemoglobin
 - povećava viskoznost krvi
 - može povećati krvni tlak
 - smanjuje broj kardiovaskularnih incidenata
36. Optimalna koncentracija parathormona u bolesnika sa završnim stadijem renalne insuficijencije je:

- a) unutar referentnih vrijednosti za zdrave osobe
b) 2-3 puta iznad referentnih vrijednosti
c) 5-10 puta iznad referentnih vrijednosti
d) sve navedeno
37. U bolesnika s kroničnom bubrežnom bolesti česta nuspojava je:
a) primarni hiperparatireoidizam
b) pseudohipoparatiroidizam
c) sekundarni hiperparatireoidizam
d) hipoparatiroidizam
38. Optimalni vezač fosfata je:
a) aluminijev hidroksid
b) sevelamer hidroklorid
c) kalcijev karbonat
d) b i c
39. Ubrzana pregradnja kosti u bolesnika s KBB posljedica je:
a) sekundarnog hiperparatiroidizma
b) aluminijske intoksikacije
c) hipoparatiroidizma
d) intoksikacije vitaminom D
40. Aktivni metabolit vitamina D je:
a) parikalcitol
b) kalcitriol
c) ergokalciferol
d) kolekalciferol
41. FGF 23 (*fibroblast growth factor*):
a) smanjuje aktivnost 1 α hidroksilaze u tubulima bubrega
b) povećava aktivnost 1 α hidroksilaze u tubulima bubrega
c) povećava izlučivanje fosfora
d) a + c
42. Usporena pregradnja kosti u bolesnika s KBB može biti posljedica:
a) sekundarnog hiperparatiroidizma
b) aluminijske intoksikacije
c) relativnog hipoparatiroidizma
d) b + c
43. Ultrazvučnom pretragom možemo prikazati:
a) povećane paratiroidne žlijezde
b) razlikovati tip hiperplazije paratiroidnih žlijezda
c) odrediti lokalizaciju povećanih paratiroidnih žlijezda
d) a+b+c
44. Godišnji porast prevalencije bubrežne bolesti u svijetu iznosi:
a) 1-2%
b) 5-8%
- c) 0,5-1%
d) 15%
45. Između koja dva stadija kronične bubrežne bolesti je opažen najveći pad prevalencije koji se objašnjava upravo povećanim kardiovaskularnim rizikom?
a) između stadija 1 i 2
b) između stadija 2 i 3
c) između stadija 3 i 4
d) između stadija 4 i 5
46. U kojem je europskom gradu provedeno najsustavnije istraživanje koje je potvrdilo kako je mikroalbuminurija povezana s povećanim kardiovaskularnim rizikom ne samo u bolesnika s hipertenzijom i dijabetesom nego i u općoj populaciji:
a) Gronningen
b) Gotteborg
c) Gdansk
d) Gottingen
47. U netradicionalne čimbenike rizika ateroskleroze u kroničnoj bubrežnoj bolesti ubrajaju se svi osim:
a) upale
b) pothranjenosti
c) muškog spola
d) proteinurije
48. Koji je od netradicionalnih čimbenika kardiovaskularnog rizika izostavljen iz smjernica ESH/ESC 2007. godine?
a) CRP
b) homocistein
c) ADMA
d) poremećaj spavanja
49. Anemija je bitan čimbenik KV rizika u KBB. Relativni rizik za KV incident je 1,32 uz pad hemoglobina za 0,5 g/dl, što je tek nešto manje od relativnog rizika od 1,37 vezanog uz porast sistoličkog tlaka od 15 mmHg. Zbog toga je nužno početi korekciju anemije već u predijalitičkoj fazi bolesti. Koja je studija pokazala da to pravilo vrijedi nezavisno o rasama i društvima?
a) VALLIANT
b) BENEDICT
c) DOPPS
d) HOORN
50. Preventivi pregledi provode se:
a) kod osoba koje se smatraju zdravima u odnosu na bolest za koju se pregled provodi
b) kod osoba koje su izložene riziku za pojavu bolesti za koju se pregled provodi
c) kod osoba za koje postoji opravdana sumnja da boluju od bolesti za koju se pregled provodi
d) kod osoba kod kojih postoje određeni znakovi bolesti za koju se pregled provodi, s ciljem potvrđivanja dijagnoze
51. Skupina bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa prema broju umrlih, stopi umiranja na 100.000 stanovnika i udjelu od ukupnog broja umrlih osoba nalazi se:
a) među prva tri uzroka smrti
b) među prvih pet uzroka smrti
c) između petog i desetog uzroka smrti
d) iznad desetog uzroka smrti
52. Probir (eng. *screening*) je vrsta ciljanog pregleda koji je u cilju ranog/pravodobnog otkrivanja bolesti usmjeren na obuhvat:
a) cijele populacije
b) najvećeg dijela populacije koja je na poseban način ugrožena od određene bolesti
c) odabranih predstavnika koji statistički reprezentiraju populaciju
d) slučajnog uzorka populacije
53. U što moramo biti sigurni kod svakog probira?
a) u sustavu postoje osigurana novčana sredstva za liječenje bolesti
b) u sustavu postoje odgovarajući specijalisti i lijekovi za liječenje bolesti
c) za sve kojima se dokaže odnosna bolest u sustavu postoje odgovarajuće ustanove za liječenje
d) za sve osobe s pozitivnim nalazima osigurati će se brza, učinkovita dijagnostika i terapija
54. O čemu najviše ovisi kvaliteta podataka u rezultatima probira?
a) motiviranosti zdravstvenih djelatnika
b) opremljenosti računalima i softverima za prikupljanje podataka
c) educiranosti kadrova za rad na prikupljanju i obradi podatka
d) sve navedeno

55. Najčešće je korištenje prikupljenih podataka iz probira za:
- lokalne i međunarodne usporedbe
 - statističke prikaze
 - izradu znanstvenih i stručnih radova
 - za sudjelovanje u tuzemnim i inozemnim projektima
56. Na čemu se zasniva scenarij uspješne organizacije i provedbe probira?
- motiviranosti zdravstvenih djelatnika
 - dobrom planiranju svih elemenata projekta (cilj, financijska sredstva, ljudi...)
 - dobroj analizi i (povoljnim) rezultatima projekta
 - dobroj logistici i vezama sa zdravstvenim autoritetima
57. Glavni uzrok kronične bubrežne bolesti i konačnog zatajenja bubrega kod nas i u svijetu je:
- hipertenzija
 - dijabetes
 - glomerulonefritis
 - pijelonefritis
58. Kolika je učestalost kronične bubrežne bolesti (svih stupnjeva) u razvijenim zemljama?
- manje od 1%
 - približno 3%
 - približno 10%
 - više od 30%
59. Bolesnici s kroničnom bubrežnom bolešću najviše su ugroženi od:
- ranog obolijevanja i smrti od kardiovaskularnih bolesti
 - konačnog zatajenja bubrega i potrebe liječenja dijalizom
 - anemije
 - metaboličke bolesti kostiju
60. Najveći rizik za pogoršanje bubrežne funkcije nosi:
- hipertenzija
 - proteinurija
 - visoka životna dob
 - infekcije mokraćnog sustava
61. U kojih osoba treba redovito jednom godišnje provoditi probir na proteinuriju?
- u čitavoj populaciji
 - u svih osoba iznad 18 godina
 - u muškaraca iznad 50 godina
 - u osoba iz rizičnih skupina
62. Koje skupine se ne ubrajaju u posebno rizične za nastanak i napredovanje KBB?
- dijabetičari
 - hipertoničari
 - bolesnici s cirozom jetre
 - bolesnici s kardiovaskularnim bolestima
63. U bolesnika s kroničnom bubrežnom bolešću:
- veći je rizik gubitka bubrežne funkcije i liječenja dijalizom nego rizik smrti od kardiovaskularnih bolesti
 - podjednak je rizik smrti od kardiovaskularnih bolesti i rizik od gubitka bubrežne funkcije i liječenja dijalizom
 - dvostruko je veći rizik smrti od kardiovaskularnih bolesti nego rizik od gubitka bubrežne funkcije i liječenja dijalizom
 - deset puta je veći rizik smrti od kardiovaskularnih bolesti nego rizik gubitka bubrežne funkcije i liječenja dijalizom
64. Zašto se vrši probir za kroničnu bubrežnu bolest?
- zbog liječenja anemije
 - zbog velikih subjektivnih tegoba
 - zbog smanjenja radne sposobnosti
 - zbog rizika smrti i konačnog zatajenja bubrega
65. Za dijagnozu i stupnjevanje kronične bubrežne bolesti potreban je nalaz:
- anemije, leukopenije
 - kreatinina u serumu, glomerularne filtracije
 - UZV bubrega, infuzijske urografije
 - leukociturijske i bakteriurijske
66. Sniženje glomerularne filtracije sa životnom dobi u osoba bez bubrežne bolesti iznosi:
- 1 ml/min/god
 - 2 ml/min/god
 - 4-10 ml/min/god
 - 0,5 ml/min/god
67. Smanjen broj nefrona dovodi do progresije bubrežnog oštećenja:
- povećanom glomerularnom filtracijom
 - glomerularnom hipertenzijom
 - glomerularnom hiperperfuzijom
 - A + B + C
68. Prevalencija mikroalbuminurije u općoj populaciji iznosi:
- 5-7%
 - 8-23%
 - 40%
 - 10-20%
69. U korekciji anemije kroničnih bubrežnih bolesnika ciljna vrijednost hemoglobina je:
- 10 g/dl
 - 11 g/dl
 - 12 g/dl
 - 13 g/dl
70. O CRP-u su točni svi podaci osim:
- CRP je nespecifični upalni biljeg
 - razina CRP-a korelira s debljinom
 - CRP korelira s nastankom kardiovaskularnih komplikacija
 - CRP pokazuje povezanost s krvnim tlakom

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, Šubićeva 9, 10000 Zagreb), najkasnije do **15. svibnja 2008. godine**.

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