**Име и презиме**:

**Титула**:

**Установа**:

**Број лиценце**:

**Број телефона**:

ПИТАЊА ЗА ТЕСТ 5.4.2022.

1. Која група лекова је искључена из препоручених режима за започињање АРТ, према ЕАКС из 2020. (верзија 10.1):
   1. нуклеозиди
   2. ненуклеозидни инхибитори реверзне транскриптазе
   3. протеазни инхибитори
   4. инхибитори интегразе
2. Изабрани терапијски режим мора да има:
   1. снажну антивирусну потенцију
   2. високу генетску баријеру
   3. добар безбедоносни профил
   4. све од наведеног
3. Успех АРТ одређујемо на основу:
   1. одсуства клиничких знакова прогресије у АИДС
   2. губитка антитела на п24 антиген одређених ЕЛИСА тестом
   3. недетектибилне виремије и пораста броја ЦД4 лимфоцита
   4. одсуства нежељених ефекта терапије
4. Колико често радимо проверу ефекта АРТ у Србији:
   1. месечно
   2. шестомесечно
   3. годишње
   4. двогодишње
5. Вирусолошки неуспех АРТ дефинише се резултатом ПЦР ХИВ РНК у крви:
   1. 20 – 50 копија/мл
   2. 50 – 200 копија/мл
   3. 200 – 400 копија/мл
   4. > 400 копија/мл
6. Који је наредни поступак у случају вирусолошког неуспеха:
   1. прекид АРТ
   2. укључење имуностимулаторне терапије
   3. измена АРТ на основу резултата клиничких студија у овој области
   4. измена АРТ на основу одређивања мутација вируса генотипским тестом резистенције
7. Која је тврдња од наведених тачна:
   1. АРТ увек чине три лека
   2. модерна АРТ може бити сачињена и од терапијског режима са два лека
   3. модерна АРТ може бити сачињена и од дугоделујућих инјекционих лекова на почетку лечења новооткривених ПЛВХ
   4. комбинација три НРТИ је, према релевантним препорукама, опција за прву линију лечења „наивних“ ПЛВХ
8. Која је тврдња у вези нових лекова тачна:
   1. каботегравир+рилпивирин се ординирају као интрамускуларна инекција сваких 8 недеља
   2. каботегравир+рилпивирин се ординирају као интрамускуларна инекција сваких 12 недеља
   3. каботегравир+рилпивирин имају високу генетску баријеру и вирус не развија мутације и последичну резистенцију на ове лекове
   4. Каботегравир+Рилпивирин је неуспешна у лечењу ПЛВХ са ХИВ субтипом Б
9. ИРИС је:
   1. имунско-реконститутивни инфламаторни синдром
   2. цвет који је заштитни знак ПЛВХ популације
   3. синдром системског инфламаторног одговора
   4. ништа од понуђеног није тачно
10. ИРИС се јавља:
    1. у периоду сероконверзије, односно у првих 6 месеци ХИВ инфекције
    2. у првих 6 месеци АРТ
    3. када АРТ постане неуспешан
    4. у терминалној фази АИДС
11. Узрочник ИРИС је:
    1. Mycobacterium tuberculosis
    2. бројни инфективни узрочници
    3. аутоимунски феномени
    4. бројни инфективни и неинфективни узрочници
12. Ризик за развој ИРИСА у току ХИВ инфекције је:
    1. низак број ЦД4 лимфоцита и висок ниво виремије у моменту започињања АРТ
    2. кратко трајање терапије опортунистичке инфекције пре започињања АРТ
    3. брза супресијавиремије уз АРТ
    4. све од наведеног
13. У лечењу ИРИС примењује се:
    1. прекид АРТ одмах по испољавању ИРИС
    2. смањење доза антиретровоирусних лекова одмах по испољавању АРТ
    3. кортикостероидна терапија
    4. нема терапијске интервенције при појаве ИРИС
14. Која је најчешћа инфективна етиологија ИРИСА у српској ХИВ кохорти:
    1. туберкулоза, плућна или ванплућна
    2. криптококоза
    3. прогресивна мултифокална леукоенцефалопатија
    4. херпес зостер
15. Који су од наведених фактора удружени са добијањем у тежини уз АРТ:
    1. женски пол
    2. употреба инхибитора интегразе друге генерације
    3. висок ниво виремије ( > 100.000 копија/мл ) и низак број ЦД4 лимфоцита у тренутку започињања АРТ
    4. сви горе наведени фактори
16. Који антиретровирусни лек се, поред инхибитора интегразе друге генерације, повезује са добијањем у тежини:
    1. тенофовир дисопроксилфумарат (ТДФ)
    2. тенофовир алафенамид (ТАФ)
    3. абакавир (АБК)
    4. ламивудин (3ТЦ)
17. Да ли стил живота, навике и исхрана ПЛВХ утичу на добијање у тежини:
    1. не, никада
    2. углавном не
    3. да, само у екстремним случајевима
    4. да, увек
18. Да ли је нефротоксичност један од нежељених ефеката АРТ:
    1. не, никада
    2. да, само када се примењује истовремено са антихипертензивима
    3. да, само када се ПЛВХ не придржава правилне исхране уз АРТ
    4. да, у корелацији је са временом примене АРТ
19. Који антиретровирусни лек се везује са бубрежним синдромом:
    1. тенофовир дисопроксилфумарат (ТДФ)
    2. тенофовир алафенамид (ТАФ)
    3. абакавир (АБК)
    4. долутегравир (ДТГ)
20. Да ли коморбидитети ПЛВХ уз АРТ, могу повећати ризик од бубрежних болести:
    1. не, немају никаквог утицаја
    2. не, али могу имати индиректан утицај
    3. да, повећавају ризик од бубрежних болести
    4. да, али само ако је ПЛВХ имао неку бубрежну болест пре АРТ
21. Који коморбидитети ПЛВХ повећавају ризик од бубрежних болести:
    1. хипертензија
    2. дијабетес
    3. ко-инфекција са ХЦВ
    4. све наведено је тачно
22. Да ли бубрежне болести узроковане АРТ могу имати за последицу бубрежну инсуфицијенцију:
    1. не, никада
    2. не, ако се прекине АРТ
    3. да, ако се не предузму мере превенције бубрежне инсуфицијенције
    4. да, увек
23. Како се може третирати бубрежна инсуфицијенција узрокована АРТ:
    1. променом антиретровирусних лекова и променом животних навика
    2. лечењем коморбидитета и ко-инфекција
    3. дијализом и/или трансплантацијом бубрега
    4. све наведено је тачно
24. Колика је преваленца хроничне бубрежне болести код ПЛВХ:
    1. < 10%
    2. 10 – 20%
    3. > 20%
    4. нема података из ове области
25. Да ли остеопороза представља један од нежељених ефеката АРТ:
    1. не, никада
    2. да, али само када је постојала пре започињања АРТ
    3. да, али само код ПЛВХ старијих од 65 година
    4. да и у корелацији је са временским трајањем АРТ и избором антиретровирусних лекова
26. Да ли је преваленца остеопорозе код ПЛВХ виша него код ХИВ негативних људи сличних карактеристика:
    1. не, приближно је иста
    2. да, 3 пута је виша
    3. да, 5 пута је виша
    4. да, 10 пута је виша
27. Да ли је преваленца патолошких фрактура виша код ПЛВХ, у односу на ХИВ негативну популацију:
    1. не, приближно је иста
    2. да, за 5 – 10% је виша
    3. да, за 10 – 20% је виша
    4. да, за 30 – 70% је виша
28. Који су фактори ризика за смањење коштане густине („bone mineral density“, BMD) код ПЛВХ:
    1. хронична инфламација у току ХИВ инфекције
    2. традиционални ризици за БМД (сиромашна исхрана, неухрањеност, прекомерно пушење и конзумација алкохола идр.)
    3. антиретровирусни лекови
    4. све наведено
29. Како хронична ХИВ инфекција утиче на смањење БМД:
    1. ХИВ протеини повећавају остеокластну активност
    2. ХИВ протеини подспешују апоптозу остеобласта
    3. повећање ТНФ-a изазива ресорпцију кости без конкомитантног стварања коштане масе
    4. све наведено
30. Који коморбидитети могу утицати на смањење БМД код ПЛВХ:
    1. хипогонадизам
    2. смањење нивоа витамина Д
    3. липоатрофија и централна гојазност
    4. све наведено
31. Који антиретровирусни лек се највише повезује са остеопорозом код ПЛВХ:
    1. ТДФ
    2. ТАФ
    3. ДТГ
    4. ДРВ
32. Да ли постоји специфична фармако-терапија остеопорозе код ПЛВХ:
    1. не постоји, потребно је само прекинути АРТ
    2. не постоји, потребно је само променити стил живота и исхрану
    3. постоји, терапија бисфосфонатима
    4. постоји само супституциона терапија
33. Да ли постоји разлика у инциденци дијабетеса између ПЛВХ и ХИВ негативне популације:
    1. постоји, 4 пута је већа у популацији ХИВ негативних особа
    2. постоји, 4 пута је већа у популацији ПЛВХ
    3. не постоји разлика у инциденци дијабетеса између ове две популације
    4. не постоје подаци о инциденци дијабетеса у популацији ПЛВХ
34. Шта је предиспонирајући фактор за дијабетес код ПЛВХ:
    1. АРТ и постојање хроничне инфламације због ХИВ инфекције
    2. хепатитис Ц ко-инфекција
    3. гојазност и липодистрофија
    4. све наведено
35. Који антиретровирусни лекови подспешују настанак дијабетеса код ПЛВХ:
    1. нуклеозиди
    2. протеазни инхибитори
    3. инхибитори интегразе
    4. све наведено
36. Да ли антиретровирусни лекови новије генерације (инхибитори интегразе, абакавир, тенофовир, дарунавир идр.) имају мањи ризик у погледу дијабетеса у поређењу са лековима старије генерације (зидовудин, ставудин, диданозин, лопинавир идр.)
    1. лекови нове генерације имају већи ризик за дијабетес
    2. нема разлике
    3. лекови старе генерације имају већи ризик за дијабетес
    4. нема студија из ове области
37. Које су компликације дијабетеса код ПЛВХ:
    1. атеросклероза и последичне кардиоваскуларне болести
    2. полинеуропатија
    3. нефропатија и ретинопатија
    4. све наведено
38. Да ли ПЛВХ имају већу учесталост хиперлипидемије у поређењу са ХИВ негативном популацијом:
    1. да, али без статистичке значајности
    2. да и то статистички значајно већу
    3. не, имају мању учесталост
    4. учесталости у ове две популације су сличне
39. Који је узрок хиперлипидемије код ПЛВХ:
    1. ХИВ инфекција „per se“
    2. хронична инфламација
    3. АРТ
    4. све наведено
40. Шта треба предузети код ПЛВХ са хиперлипидемијом
    1. дијета и физичка активност
    2. промена антиретровируснихлкова
    3. увођење статина или фибрата у терапију
    4. све наведено
41. Који су „lipid friendly“ антиретровирусни лекови
    1. тенофовир
    2. инхибитори интегразе
    3. доравирин
    4. сви наведени
42. Који су најчешћи ЦНС нежељеним ефектима АРТ:
    1. депресија
    2. несаница
    3. еректилнадисфункција
    4. све наведено
43. Који лек старе генерације се повезивао са ЦНС нежељеним ефектима:
    1. ефавиренз
    2. зидовудин
    3. лопинавир
    4. невирапин
44. Који лекови нове генерације могу изазвати ЦНС нежељене ефекте:
    1. инхибитори интегразе
    2. дарунавир
    3. рилпивирин
    4. ниједан од наведених
45. Који је тренд смртних исхода од кардиоваскуларних болести међу ПЛВХ упоследњих 10 година:
    1. опадајући, захваљујући бољој контроли ХИВ инфекције
    2. стагнира, нема зналајнијих промена
    3. растући, од 2,0 на 4,6%
    4. нема студија у овој области
46. Који је примарни ризик за кардиоваскуларне болести код ПЛВХ:
    1. стрес савременог доба
    2. старење уз АРТ
    3. пушење
    4. хиперлипидемија
47. Која интервенција у АРТ може имати најповољнији исход код супримиранихПЛВХ, али са вишеструким коморбидитетима (остеопороза, хиперлипидемија и кардиоваскуларне болести):
    1. смањење доза датих антиретровирусних лекова
    2. прекид АРТ на извесно време
    3. дуални терапијски режим
    4. промена антиретровирусних лекова у оквиру трипле терапије
48. Која група антиретровирусних лекова има најмање интеракција са другим лековима (статинима, антидијабетицима, антибиотицима, анти-ХЦВ лековима идр.):
    1. ненунклеозидни инхибитори реверзне транскриптазе
    2. инхибитори интегразе
    3. инхибитори протеазе
    4. ниједна од понуђених
49. Ком антиретровирусном леку не морамо да коригујемо дозе, приликом укључења рифампицина у терапију:
    1. долутегравир
    2. ралтегравир
    3. дарунавир
    4. ефавиренз
50. Колико се процењује да је продужено време преживљавања ПЛВХ уз савремени АРТ:
    1. 10 година
    2. 20 година
    3. 30 година
    4. 50 година