

## Autodidaktický test hodnotený kreditmi SACCME



Vladimír Uličiansky

Via medica, s.r.o., Košice

### 1. Incidencia diabetickej ketoacidózy sa pohybuje v rozmedzí:

- a) 2,8–6/1000 diabetikov ročne
- b) 6,1–7 /1000 diabetikov ročne
- c) 4,6–8/1000 diabetikov ročne
- d) 5,9–9/1000 diabetikov ročne

### 2. Mortalita na diabetickú ketoacidózu sa pohybuje v rozmedzí:

- a) 7–15 %
- b) 8–16 %
- c) 5–12 %
- d) 9–14 %

### 3. Medzi diagnostické kritériá pre diabetickú ketoacidózu (DKA) patrí:

- a) glykémia > 16,7 mmol/l
- b) osmolalita ≤ 320 mmol/l
- c) ketolátky v moči > 3+
- d) všetky uvedené možnosti

### 4. V liečbe akútnych komplikácií diabetes mellitus je indikovaný:

- a) premixovaný inzulín
- b) krátkodobý regulárny inzulín
- c) agonista GLP1-receptorov
- d) dlhodobopôsobiaci inzulín

### 5. Najčastejšou príčinou hypoglykémie pri non-B-bunkových neostrovčekových tumoroch je:

- a) nadprodukcia inzulínu
- b) nadprodukcia glukagónu
- c) nadprodukcia inzulínu podobného faktora 2 (IGF2)
- d) nadprodukcia glukagónu podobného peptidu 1 (GLP1)

### 6. Na hypoglykemickom účinku IGF2 sa podieľajú tieto faktory:

- a) IGF2 stimuluje vychytávanie glukózy v kostrovom svalu
- b) vychytávanie glukózy v nádorovej mase (iba v malej miere)
- c) pri nadprodukcii IGF 2 sú znížené hladiny glukagónu a rastového hormónu
- d) všetky vyššie uvedené faktory

### 7. Hypoglykémia pri non-B bunkových neostrovčekových tumoroch:

- a) vyskytuje sa nalačno
- b) prevládajú neuroglykopenické príznaky
- c) chýbajú alebo sú menej vyjadrené neuroadrenergné príznaky
- d) všetky vyššie uvedené stavy a príznaky

### 8. Pri liečbe nádorovej hypoglykémie nie sú efektívne tieto postupy:

- a) odstránenie nádoru alebo jeho časti chirurgickou liečbou, paliatívnou rádioterapiou alebo chemoterapiou
- b) z krátkodobého hladiska podávanie glukózy, glukagónu, liečba diazoxidom/chlórťiazidom
- c) podávanie somatostatínových analógov (okreotid)
- d) z dlhodobého hladiska podávanie kortikoidov

### 9. Metanalýza klinických štúdií ACCORD, ADVANCE, VADT, UKPDS potvrdila, že intenzívny terapeutický režim v porovnaní s menej intenzívnym režimom je spojený:

- a) s viac ako 2 – dvojnásobným rizikom závažnej hypoglykémie (RR 2,48)
- b) s viac ako 3 – násobným rizikom závažnej hypoglykémie (RR 3,24)
- c) nie je spojený s rizikom závažnej hypoglykémie (RR 0,99)
- d) s mierne zvýšeným rizikom závažnej hypoglykémie (RR 1,39)

### 10. Medzi účinky hypoglykémie na kardiovaskulárny systém nepatrí:

- a) tachykardia, arytmie – predĺženie QT-intervalu
- b) tichá ischémia myokardu, angína pectoris
- c) bradykardia
- d) protrombotické zmeny

### 11. Z hľadiska ovplyvnenia hyperglykémie pri zväžení benefitu a rizika je vhodné

- a) rýchle znižovanie HbA<sub>1c</sub>
- b) pomalé progresívne znižovanie HbA<sub>1c</sub>
- c) používať lieky, ktoré majú výrazný účinok na znižovanie HbA<sub>1c</sub> bez ohľadu na riziko hypoglykémie
- d) neovplyvňovať hyperglykémiu, lebo to nemá vplyv na prognózu pacienta

12. Nízke riziko hypoglykémie je spojené s liečbou

- a) metformínom
- b) inhibítormi dipeptidyl-peptidázy 4 (DPP4)
- c) agonistami GLP1-receptorov (GLP-RA)
- d) so všetkými vyššie uvedenými liekmi

13. Prevalencia hypoglykémie u hospitalizovaných pacientov na I. internej klinike JLF UK v Martine v 4 ročnej retrospektívnej štúdií bola:

- a) 2,76 %
- b) 3,12 %
- c) 4,8 %
- d) 5,12 %

14. Medzi najčastejšie pravdepodobné príčiny hypoglykémie u hospitalizovaných pacientov bez diabetes mellitus patria:

- a) nádory (inzulínóm, generalizovaný karcinóm, lokalizovaný karcinóm)
- b) akútne hepatálne a renálne zlyhanie
- c) akútna pankreatitída, metabolický rozvrat, malnutrícia, intoxikácia
- d) všetky vyššie uvedené príčiny

15. Najčastejšou pravdepodobnou príčinou hypoglykémie u hospitalizovaných pacientov na I. internej klinike JLF UK s diabetes mellitus 1. typu bola:

- a) liečba intenzifikovaným inzulínovým režimom
- b) ulcerózna kolitída
- c) cievna mozgová príhoda
- d) kardiálna dekompenzácia

16. Najčastejšou pravdepodobnou príčinou hypoglykémie u hospitalizovaných pacientov na I. internej klinike JLF UK s diabetes mellitus 2. typu bola:

- a) liečba inzulínom
- b) nefropatia
- c) liečba perorálnymi antidiabetikami
- d) všetky vyššie uvedené príčiny

17. Do konceptu skorej a bezpečne dosiahnutej glykemickej kontroly patrí liečba:

- a) vo včasnom štádiu diabetes mellitus
- b) s nízkym rizikom hypoglykémie
- c) bez nárastu telesnej hmotnosti
- d) vo všetkých vyššie uvedené možnosti

18. Koncept glykemickej pamäti – „efekt dedičstva“ z 10 ročného sledovania v štúdií UKPDS vychádza z poznatku, že pacienti, ktorí boli zaradení do intenzívneho liečebného ramena od momentu diagnózy si po 10 rokoch aktívnej intervencie udržali

- a) významnú redukciu celkovej mortality a mortality spojenej s diabetes mellitus 2. typu
- b) významnú redukciu infarktu myokardu a mikrovaskulárnych komplikácií
- c) napriek nevýznamnému rozdielu HbA<sub>1c</sub> v 10. roku v porovnaní s konvenčne liečenou skupinou
- d) správne sú všetky vyššie uvedené výroky

19. Podľa spoločného ADA/EASD vyhlásenia u pacientov bez rizikových faktorov cieľom liečby diabetes mellitus 2. typu by mala byť:

- a) hodnota HbA<sub>1c</sub> ≥ 7,0 % DCCT
- b) prísna glykemická kontrola dosiahnutá zavčas a udržiavaná v hodnote HbA<sub>1c</sub> < 7,0% DCCT
- c) hodnota HbA<sub>1c</sub> ≥ 7,5 % DCCT
- d) hodnota HbA<sub>1c</sub> < 7,0 % DCCT bez ohľadu na riziko závažnej hypoglykémie

20. Odporúčania National Institute of Clinical Excellence (NICE guidelines) pri neadekvátnej glykemickej kontrole odporúčajú do kombinácie s metformínom namiesto sulfonylurey zväziť prídanie:

- a) rýchlo účinkujúceho inzulínu
- b) agonistu GLP1-receptorov
- c) akarbózy
- d) inhibítora DPP4

#### Hodnotenie testu kreditmi SACCME

80% – 100% úspešnosť riešenia	2 kredity
60% – 80% úspešnosť riešenia	1 kredit
0% – 60% úspešnosť riešenia	0 kreditov

Správne odpovede označte na priloženom korešpondenčnom lístku.