

## GARANTOVANÝ AUTODIDAKTICKÝ TEST

s akreditáciou SACCME

Garantovaný autodidaktický test je oficiálna vzdelávacia aktivita. Slovenská akreditačná rada pre kontinuálne medicínske vzdelávanie (SACCME) udeľuje až 2 kredity za jeden test.

Trvanie vzdelávacej aktivity „autodidaktický test“:

- Testy distribuované prostredníctvom časopisu Súčasná klinická prax 2011/1 (ISSN 1214-7036) možno riešiť od 25. marca do 15. júna 2011.
- Certifikáty s udeleným počtom kreditov budú riešiteľom zaslané do 31. augusta 2011.

Ohodnotenie testu:

- 80% – 100% úspešnosť riešenia ..... 2 kredity
- 60% – 79% úspešnosť riešenia ..... 1 kredit
- menej ako 60% úspešnosť ..... 0 kreditov

Testové otázky k článkom zverejneným v časopise:

SÚČASNÁ KLINICKÁ PRAX 2011/1

Označte správnu odpoveď/správne odpovede

### 1. Antiagregačný účinok klopidogrelu na rozdiel od kyseliny acetylsalicylovej spočíva:

- a) v ireverzibilne inaktivácii enzýmu COX-1, čo spôsobuje pokles syntézy tromboxanu A<sub>2</sub> (TxA<sub>2</sub>) počas celej doby života trombocytu
- b) v ireverzibilnej blokáde receptora P2Y<sub>12</sub> pre adenozindifosfát (ADP) na povrchu trombocytu, čo inhibuje aktiváciu receptora IIb/IIIa pre fibrinogén
- c) v inhibícii fosfodiesterázy, čím narastá koncentrácia cAMP a klesá koncentrácia Ca<sup>2+</sup> v cytoplazme, čo vedie k poklesu agregability trombocytu
- d) a + b sú správne

### 2. Tiklopidín v porovnaní s klopidogrelom:

- a) je tienopyridín prvej generácie
- b) nemá z hľadiska súčasných požiadaviek na medicínu dôkazov tak zdokumentovanú klinickú účinnosť v takom spektre indikácií a v takom merítku, ako ju má klopidogrel
- c) má nevýhodnejší rizikový profil, vyžadujúci pravidelné kontroly hematologických parametrov pre riziko potenciálne fatálnych komplikácií (agranulocytóza, trombotická trombocytopenická purpura, aplastická anémia...)
- d) bol v súčasnosti z používania vytlačený klopidogrelom pre jeho vyššiu účinnosť a menej nežiaducich účinkov
- e) a – d sú správne

### 3. Na základe výsledkov štúdie CURE, ktorá potvrdila 20% redukciiu rizika vzniku infarktu myokardu, mozgovej porážky a kardiovaskulárneho úmrtia, má mať každý pacient s NSTEMI (s výnimkou kontraindikovaných):

- a) duálnu antiagregačnú liečbu klopidogrel + ASA v trvaní 12 mesiacov s nasycovacou dávkou klopidogrelu 300 mg pri prijatí do nemocnice
- b) monoterapiu klopidogrelom pod dobu 12 mesiacov s nasycovacou dávkou klopidogrelu 600 mg pri prijatí do nemocnice
- c) duálnu antiagregačnú liečbu klopidogrel + ASA v trvaní 12 týždňov s nasycovacou dávkou 600 mg klopidogrelu pri prijatí do nemocnice
- d) ASA v dávke 75 – 150 mg denne po dobu 12 mesiacov s nasycovacou dávkou kyseliny acetylsalicylovej 500 mg

### 4. U pacientov so STEMI:

- a) duálna antitrombotická liečba klopidogrel + ASA v nasycovacej dávke klopidogrelu 300 mg a udržiavacej dávke 75 mg denne znižuje včasné riziko uzáveru infarktovej tepny z 21 na 15 % (ARR 6 %, RRR 28,6 %)
- b) duálna antitrombotická liečba klopidogrel + ASA znižuje riziko 28-dňovej mortality bez významného zvýšenia krvácajúcich komplikácií
- c) prídanie abciximabu k ASA a klopidogrelu znížilo u rizikových pacientov relatívne riziko pre kombinovaný cieľ o 25 % (30-dňové úmrtie, infarkt myokardu, potreba urgentnej revaskularizácie cieľovej koronárnej tepny)
- d) a – c sú správne

**5. Podľa súčasného konsenzu o liečebnom manažmente pacienta, ktorý vyžaduje trojkombináciu antikoagulačnej a duálnej antiagregačnej liečby (warfarín + acetylsalicylová kyselina + klopidogrel/W + ASA + K), je potrebné:**

- a) vyhnúť sa implantácií stentov uvoľňujúcich liečivo (DES), ktoré vyžadujú dlhodobú, väčšinou 12 mesiacov trvajúcu liečbu A + K
- b) udržiavať hodnotu INR striktno v rozpätí 2 – 2,5; optimálne 2
- c) podávať ASA v DTD < 100/deň: konsenzus 75 mg/deň
- d) pridať do liečby inhibitor protónovej pumpy
- e) vždy prehodnotiť indikáciu W liečby
- f) vždy zachovať individuálny prístup na podklade stratifikácie rizika krvácania a tromboembolizmu vrátane trombózy stentu – aj napriek známej heterogenite bodovacích rizikových skóre
- g) a – f sú správne

**6. Americký ACCF/ACG/AHA 2010 Expert Consensus Document on the Concomitant Use of Proton Pump Inhibitors and Thienopyridines (JACC, December 2010) sumarizuje súčasné poznatky o interakcii tienopyridínov a inhibítoroch protónovej pumpy (PPI):**

- a) súčasné používanie tienopyridínov a PPI je plne indikované u všetkých pacientov bez ohľadu na stupeň rizika krvácania do GIT
- b) súčasné používanie tienopyridínov a PPI je plne indikované u pacientov s vysokým stupňom rizika krvácania do GIT
- c) pozorovania o inhibícii antiagregačného účinku tienopyridínov PPI vychádzajú z observačných a in vitro sledovaní, ale neboli potvrdené v randomizovaných klinických štúdiách
- d) neexistujú jednoznačné dôkazy o existencii klinicky významnej interakcie medzi tienopyridínmi/klopidogrelom a PPI
- e) neexistujú dôvody k preferencii jednotlivých PPI pred ostatnými
- f) zhodnotenie individuálneho rizika pacienta z hľadiska rizika krvácania do GIT je ponechané na ošetrojúceho lekára
- g) b – f sú správne

**7. Ktorý z uvedených vitamínov môže pri dlhodobej liečbe indukovať poškodenie periférneho nervového systému?**

- a) tiamín/benfotiamín v dávke > 5 000 mg/deň
- b) pyridoxín v dávke > 200 mg/deň
- c) kyanokobalamín v dávke > 2 mg/deň
- d) askorbát v dávke > 3 000 mg/deň

**8. Benfotiamín, obsiahnutý v rade prípravkov Benfogamma a Milgamma, sa ako jediná u nás dostupná liposulubilná forma tiamínu vyznačuje oproti štandardnému, vo vode rozpustnému tiamínu:**

- a) 3,6× vyššou biologickou dostupnosťou s dosahovaním 5× vyššej plazmatickej koncentrácie
- b) 5× vyššou inkorporáciou do svala
- c) 25× vyššou inkorporáciou do mozgu
- d) 2 – 5× vyššou aktiváciou kokarboxylázy = aktívnej formy tiamínu (TDP)
- e) nižšou iritáciou GIT (NÚL)
- f) a – e sú správne

**9. Na rozdiel od registrovaných liekov, u potravinových doplnkov:**

- a) ich výroba nepodlieha zásadám správnej výrobnjej praxe, platnej pre medicínske výrobky
- b) ich registrácia nepodlieha povinnosti testovania bioekvivalencie potravinového doplnku s referenčným liekom
- c) ich kvalitatívne hodnotenie nepodlieha povinnosti testovania farmakologickej stability prípravku
- d) nie je garantovaná aktivita a množstvo deklarovaných účinných látok, len hygiena samotnej výroby
- e) a – d sú správne

**10. IVIG sa používajú v terapii:**

- a) osteoartrózy
- b) hypermobilného syndrómu
- c) chondrokalcinózy artikulárnej
- d) aktívnej a rezistentnej glomerulonefritídy pri SLE

**11. Pri istej dg. SLE sa IVIG využívajú terapeuticky v týchto klinických situáciách:**

- a) pri ruptúre Achillovej šlachy
- b) osteonekróze kolenného alebo ramenného kĺbu
- c) epizodickej artritíde
- d) pri aktívnej a rezistentnej glomerulonefritíde pri SLE

**12. Dávka 0,5 g/kg IVIG počas piatich dní je nevýhodná a neúčinná v liečbe SLE:**

- a) trombocytopénii
- b) serozitíde
- c) glomerulonefritíde
- d) iných orgánových prejavov pri SLE

**13. Ktoré častice sérových lipidov priaznivo ovplyvňujú fibráty:**

- a) LDL cholesterol
- b) triacylglyceroly
- c) HDL cholesterol

**14. Riziko vzniku ischemickej choroby srdca je u diabetikov vyššie ako u nediabetikov. O koľko:**

- a) 2-násobne
- b) 3 – 4-násobne
- c) 5-násobne

**15. Podľa metaanalýzy randomizovaných klinických štúdií s fibrátmi u diabetikov 2. typu sú fibráty schopné priaznivo ovplyvniť sérové lipidy. Ktorá odpoveď je správna:**

- a) pokles celkového sérového cholesterolu o 4 až 10 %
- b) pokles sérového LDL cholesterolu o 6 až 35 %
- c) pokles triacylglycerolov o 21 až 36 %
- d) vzostup HDL cholesterolu o 6 až 35 %
- e) a – d sú správne

**16. V klinickej štúdií ACCORD (diabetici 2. typu) viedla kombinovaná hypolipidemická liečba (statín s fenofibrátom) v podskupine pacientov s aterogénnou dyslipidémiou k priaznivému a významnému poklesu primárneho cieľa (kardiovaskulárne úmrtie, nefatálny infarkt myokardu a cievna mozgová príhoda) o:**

- a) 21 %
- b) o 31 %
- c) o 41 %

**17. Eprosartan okrem selektívnej blokády AT-1 receptora pre angiotenzín II:**

- a) zvyšuje inzulínovú rezistenciu
- b) znižuje aktivitu sympatikového nervového systému
- c) znižuje plazmatickú renínovú aktivitu
- d) žiaden z uvedených

**18. V štúdií OSCAR u pacientov s rezistentnou hypertenziou liečených eprosartanom v dávke 600 mg denne liečba viedla ku:**

- a) efektívnej kontrole krvného tlaku
- b) zlepšeniu kognitívnych funkcií
- c) a + b sú správne
- d) žiadne z uvedených

**19. V štúdií MOSES liečba eprosartanom v porovnaní s nitrendipínom viedla ku:**

- a) lepšej kontrole krvného tlaku
- b) zlepšeniu lipidového i glycidového metabolizmu
- c) ku 25% poklesu relatívneho rizika opakovanej cievnej mozgovej príhody
- d) ku 25% poklesu relatívneho rizika náhlejšej srdcovej smrti

**20. Selektívne blokátory AT-1 receptora pre angiotenzín II:**

- a) majú skupinový efekt
- b) majú aj niektoré odlišné vlastnosti súvisiace s farmakokinetikou
- c) majú profil vedľajších nežiaducich účinkov porovnateľný s placebom
- d) a – e sú správne