

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 2011/2 (ISSN 1214-7036) možno riešiť **od 19. septembra do 2. decembra 2011.**
- Certifikáty s udeleným počtom kreditov budú riešiteľom zaslané do 29. februára 2012.

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 2011/2

Označte správnu odpoveď/správne odpovede

1. RANK ligand:

- a) inhibuje tvorbu a funkčnosť osteoklastov
- b) inhibuje tvorbu, funkčnosť a prežívanie osteoklastov
- c) podporuje tvorbu osteoklastov
- d) je receptor na povrchu osteoklastov

2. Systém RANK/RANKL/OPG sa najčastejšie zúčastňuje

v patogenéze:

- a) hyperparatyreózy
- b) postmenopauzálny osteoporózy
- c) osteoporózy vyvolanej glukokortikoidmi
- d) všetky uvedené

3. Kostná remodelácia je regulovaná pomerom:

- a) RANKL/OPG
- b) RANK/OPG
- c) RANK/RANKL
- d) hormóny/RANK

4. Preparát denosumab sa s vysokou špecificitou a afinitou

viaže na:

- a) OPG
- b) RANK
- c) RANKL
- d) osteoklasty

5. Priaznivý účinok liečby statínmi u pacientov s neurologickými ochoreniami sa pozoroval pri:

- a) neurometabolických ochoreniach
- b) traumatických postihnutiach
- c) zápalových a autoimunitných ochoreniach
- d) všetkých z uvedených ochorení

6. Neuroprotektívne účinky statínov spočívajú v:

- a) protizápalových, antioxidantných účinkoch a tvorbe NO
- b) pôsobením na aktivitu trombocytov a produkciu trombínu
- c) žiadne z uvedených
- d) všetky z uvedených

7. Podľa posledných Európskych odporúčaní na liečbu dyslipidémie (2011) je kombinovaná liečba statín + fibrát indikovaná predovšetkým na liečbu:

- a) familiárnej hypercholesterolémie
- b) ostatných foriem hypercholesterolémie
- c) kombinovanej hyperlipoproteinémie
- d) ostatných foriem hypertriacylglycerolémie

8. Podľa posledných Európskych odporúčaní na liečbu dyslipidémie (2011) je kombinovaná liečba statín + fibrát indikovaná v skupinách pacientov s:

- a) žiadne z uvedených
- b) metabolickým syndrómom
- c) diabetes mellitus 2. typu
- d) b + c

9. Liečba fibrátom významne ovplyvňuje hladiny:

- a) leptínu
- b) grelínu
- c) a + b
- d) žiadne z uvedených

10. V štúdiu ACCORD z kombinovanej liečby statín + fibrát najviac profitovali pacienti s:

- a) familiárnou hypercholesterolémiou
- b) hypertriacylglycerolémiou
- c) hypertriacylglycerolémiou a nízkym HDL-cholesterolom
- d) vysokým LDL-cholesterolom

11. Stupeň fibrózy u NAFLD môžeme hodnotiť:

- a) hepatálnou biopsiou
- b) elastografiou
- c) sledovaním biomarkerov fibrogenézy
- d) všetky z uvedených

12. Optimálna farmakologická hypolipidemická liečba NAFLD je:

- a) liečba statínom
- b) liečba fibrátom
- c) kombináčn liečba
- d) žiadne z uvedených

13. Vplyv hypolipidemickej liečby na fibrogénézu:

- a) je známy a dokázaný
- b) je otázný
- c) nie je známy

14. Vliv léčby moxonidinem vede k:

- a) snížení inzulínové rezistence
- b) zvýšení inzulínové rezistence
- c) neovlivňuje významně inzulínovou senzitivitu
- d) žádná z možností

15. Vliv léčby moxonidinem na aktivitu sympatického nervového systému:

- a) snižuje sympatickou nervovou aktivitu
- b) zvyšuje sympatickou nervovou aktivitu
- c) neovlivňuje významně sympatickou nervovou aktivitu
- d) žádná z možností

16. V klinické studii O.B.E.Z.I.T.A přidání moxonidinu k zavedené léčbě vedlo u pacientů s metabolickým syndromem ke:

- a) významnému snížení krevního tlaku
- b) příznivému ovlivnění metabolických parametrů
- c) žádná z možností
- d) a + b

17. Keďže sa železo obsiahnuté v jeho anorganických a organických soliach vstrebáva výlučne v oblasti dvanástorníka (duodena) a hornej časti bedrovníka (ilea):

- a) musí byť najprv ionizované a redukované na 2-mocnú formu (Fe^{2+})
- b) musí byť najprv ionizované a oxidované na 3-mocné formu (Fe^{3+})
- c) musí byť prezentované v retardovanej galenickej forme

18. Prítomnosť askorbátůz hľadiska ferokinetiky ovplyvňuje v organizme:

- a) duodenálny cytochróm B, ktorý redukuje v čreve nevstrebateľnú formu trojmocného nehémového železa (Fe^{3+}) na jeho vstrebateľnú dvojmocnú formu (Fe^{2+})
- b) tvorbu komplexu Fe^{3+} -askorbát, ktorý sa vstrebáva mechanizmom nezávislým od mechanizmov prenosu Fe^{2+}
- c) mobilizáciu depotného feritínového železa v organizme
- d) všetky z uvedených

19. Optimálny molárny pomer askorbátu a ionizovateľného železa 3 : 1, maximalizujúci vstrebávanie Fe^{2+} , musí byť dosiahnutý na úrovni:

- a) celotelových zásob askorbátu
- b) aktuálneho poolu askorbátu na kartáčovom leme črevných buniek v dvanástorníku
- c) aktuálneho poolu askorbátu v kostnej dreni

20. Metaanalýza výsledkov u 97 981 pacientov, liečených statínmi v rôznych dávkach v 26 sekundárne preventívnych, randomizovaných, kontrolovaných klinických štúdiách, preukázala:

- a) zníženie incidencie všetkých typov cievnych mozgových príhod o 21 %
- b) zvýšenie rizika hemoragickej konverzie primárne ischemických príhod
- c) nulový vplyv na výskyt cievnych mozgových príhod

21. Okrem preukázaného účinku statínov u ischemických náhlych cievnych mozgových príhod boli v podmienkach experimentu, resp. klinického skúšania preukázané priaznivé účinky statínov:

- a) u pacientov s periférnou diabetickou neuropatiou
- b) u hypercholesterolemických pacientov s Alzheimerovou chorobou s nosičstvom rizikovej alely apolipoproteínu E4
- c) u pacientov so sclerosis multiplex
- d) všetky z uvedených

22. Polyvitamínové prípravky radu Milgamma:

- a) v perorálnej forme obsahujú ako jediné na Slovensku v tuku rozpustnú formu vitamínu B1 – benfotiamín
- b) sú určené k liečbe postihnutia periférnych nervov herpetickými infekciami, cukrovkou, alkoholom, útlakom pri ochoreniach medzistavcových platničiek a iných degeneratívnych bolestivých ochoreniach chrbtice
- c) v prípravku Milgamma NA predstavujú u nás jedinú dvojkombináciu (B1 + B6), určenú aj na vnútrožilové podanie
- d) všetky z uvedených

23. Nealkoholová tuková choroba pečene (NAFLD), ktorá predstavuje hepatálnu manifestáciu metabolického syndrómu:

- a) progreduje v 10-ročnom intervale v 15 – 30 % z NAFLD do cirhózy
- b) progreduje v 10-ročnom intervale v 7 % z NAFLD do hepatocelulárneho karcinómu (HCC), ktorý je dnes vo svete na 3. mieste v príčinách úmrtí na maligne ochorenia
- c) je nezávislým rizikovým faktorom KV príhod
- d) všetky z uvedených

24. Analýza podsúboru štúdie GREACE (1 600 pacientov s manifestnou koronárnou chorobou srdca) u pacientov so steatohepatítidou preukázala, že použitie atorvastatínu v priemernej dávke 24 mg/deň po dobu 3 rokov:

- a) spôsobilo pokles, resp. normalizáciu pečeneových aminotransferáz (AST, ALT, GMT), kým v statínmi neliečenej skupine došlo k ich ďalšiemu progresívnemu vzostupu
- b) navodilo neakceptovateľný výskyt pečeneových a svalových komplikácií
- c) redukovalo výskyt KV príhod dokonca viac (pokles o 68 %) ako u pacientov, ktorí nemali steatohepatítidu, ale liečbu statínom dostávali (pokles o 39 %)

25. V sekundárnej prevencii chronickej ischemickej choroby srdca (vrátane pacientov s prekonaným infarktom v minulosti) je vhodné uprednostniť podávanie atorvastatínu v dávke > 10 mg, nakoľko:

- a) atorvastatín má výrazne vyššiu hypolipidemicкую účinnosť v porovnaní s inými dostupnými statínmi, čo ho favorizuje najmä u pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom
- b) v klinických štúdiách bola potvrdená výrazne vyššia redukcia kardiovaskulárneho rizika po podávaní intenzifikovanej statínovej terapie, reprezentovanej vyššími dávkami atorvastatínu v porovnaní s jeho základnou dávkou 10 mg denne, alebo inými, menej účinnými statínmi
- c) pri dodržaní indikácií a kontraindikácií bol potvrdený výborný bezpečnostný profil atorvastatínu v celej jeho používanej terapeutickú šírke, a to aj u pacientov so steatohepatítidou pri metabolickom syndróme
- d) všetky z uvedených

26. Štatisticky významná redukcia následných ischemických príhod, zdôvodňujúca podanie vysokých dávok statínu bez ohľadu na aktuálne hodnoty LDL-cholesterolu už 1. – 4. deň pri akútnom koronárnom syndróme, bola potvrdená v klinických štúdiách:

- a) so simvastatínom
- b) s fluvastatínom
- c) s pravastatínom
- d) s atorvastatínom
- e) s rosuvastatínom
- f) s lovastatínom