

## Autodidaktický test hodnotený kreditmi SACME



Vladimír Uličiansky

Via medica, s.r.o., Košice

### 1. Ktoré z týchto výrokov sú pravdivé?

- Po zverejnení výsledkov celoslovenského skríningu výskytu diabetes mellitus (DM) a metabolického syndrómu v roku 2008 sa prevalencia DM vyšplhala na 7 %.
- Makrovaskulárne komplikácie kardiovaskulárneho aparátu sú u diabetikov v porovnaní s bežnou populáciou 4-krát častejšie, majú horšiu prognózu a vyššiu mortalitu.
- Na liečbu diabetes mellitus (bez liečby komplikácií) sa vo väčšine krajín každoročne vynaloží asi 6–8 % celkových nákladov určených na zdravotníctvo.
- Diabetes mellitus je akútne ochorenie, ktoré je možné úplne vyliečiť.

### 2. Medzi inhibítory dipeptidylpeptidázy-4 (DPP-4) patrí:

- exenatid
- liraglutid
- vildagliptín
- pioglitazón

### 3. Medzi charakteristické vlastnosti inhibítorov DPP-4, ktoré pôsobia cez inkretínový systém, nepatrí:

- zníženie glykémie
- dobrá tolerancia
- signifikantný prírastok hmotnosti
- relatívne nízke riziko hypoglykémie

### 4. V kombinácii s metformínom majú inhibítory DPP-4 v porovnaní so sulfonylureou:

- rovnaký hypoglykemizujúci účinok
- sú bez rizika prírastku hmotnosti
- sú bez rizika hypoglykémie
- všetky uvedené odpovede sú správne

### 5. Ktoré z nasledujúcich výrokov sú správne?

- U dlhodobo dialyzovaných pacientov býva diabetická nefropatia príčinou zlyhania obličiek v 30–40 %.
- Kumulatívna incidencia manifestnej nefropatie sa pohybuje medzi 28–34 % po 25 rokoch trvania diabetes mellitus 1. typu.
- Kumulatívna incidencia manifestnej nefropatie sa pohybuje medzi 25–31 % po 25 rokoch trvania DM2T.
- Všetky uvedené odpovede sú správne.

### 6. Vildagliptín v dávke 50 mg denne:

- je kontraindikovaný pri poškodení obličiek
- je bezpečný a účinný pri poškodení obličiek včítane hemodialýzy
- pri poškodení obličiek je nutné dávať dávku 2 × 50 mg
- stupeň obličkového poškodenia nemá vplyv na dávkovanie vildagliptínu

### 7. Rýchle fluktuácie (exkurzie) glykémii môžu mať dôležitú úlohu pri vzniku metabolických a vaskulárnych komplikácií. Pri priamom porovnaní sitagliptínu a vildagliptínu boli zistené tieto nálezy:

- rovnaké zlepšenie glykémie nalačno
- rovnaké zlepšenie postprandiálnej glykémie
- priemerná amplitúda glykemických exkurzií (MAGE) bola signifikantne vyššia v skupine so sitagliptínom v porovnaní so skupinou liečenou vildagliptínom
- medzi liečivami neboli pozorované žiadne rozdiely v účinku

### 8. Ktorý z nasledujúcich výrokov je nepravdivý?

- Mikroalbuminúria (MAU) je definovaná ako vylučovanie 30–300 mg albumínu za 24 hodín počas 24 hodinového zberu moču.
- Pre diagnózu a dlhodobé sledovanie chorých sa dá použiť aj pomer močového albumínu a kreatinínu v rozmedzí 2,5–25 mg /mmol v rannom moči.
- U žien bol vzhľadom na nižšiu exkréciu kreatinínu navrhnutý dolný limit indexu albumín/kreatinín 3,5 mg/mmol.
- Mikroalbuminúria nemá diagnostický, liečebný a prognostický význam.

### 9. Medzi závery z veľkých klinických štúdií patria tieto zistenia:

- Glykemická kompenzácia je prospešná (UKPDS, UKPDS – Post Trial Monitoring).
- Neskorá agresívna snaha o „tesnú“ glykemickú kompenzáciu je škodlivá (ACCORD).
- Pomalá a postupná neskorá glykemická kompenzácia je prospešná (ADVANCE).
- Uvedené dôkazy nemajú všeobecnú platnosť, pretože randomizované klinické štúdie sú zatažené veľkou štatistickou chybou.

**10. Medzi piliere primárnej prevencie vzniku diabetickej nefropatie patrí:**

- a) zabránenie vzniku mikroalbuminúrie
- b) maximálne možná metabolická kontrola
- c) liečba inhibítormi RAS
- d) liečba infekcií močového systému antibiotikami

**11. Medzi princípy sekundárnej prevencie diabetickej nefropatie je možné zaradiť:**

- a) metabolická kontrola diabetes mellitus
- b) cieľové hodnoty TK < 130/80 mmHg
- c) inhibítory RAS (ACEI a ARB)
- d) podávanie tiazidových diuretík

**12. Triedy antihypertenzív podľa odporúčaní K/DOQI na zabrzdenie progresie nefropatie u pacientov s artériovou hypertenziou a chronickým obličkovým poškodením zahŕňajú tieto farmaká:**

- a) ACE-inhibítory a blokátory  $AT_1$ -receptorov pre angiotenzín II (sartany)
- b) aliskiren
- c) non-dihydropyridínové blokátory kalciového kanála
- d) všetky uvedené farmaká

**13. Pri začiatku liečby ACE inhibítorom musíme minimálne poznať hodnoty krvného tlaku, renálne a hepatálne funkcie, kaliémiu. Pacient musí byť dobre hydratovaný. Vzostup kreatinínemie 3.–7. deň po začiatku liečby by nemal presahovať:**

- a) 15  $\mu\text{mol/l}$
- b) 25  $\mu\text{mol/l}$
- c) 45  $\mu\text{mol/l}$
- d) 55  $\mu\text{mol/l}$

**14. Aktualizovaný súhrn charakteristických vlastností lieku (SPC) v spolupráci s Európskou liekovou agentúrou uvádza tieto údaje:**

- a) Lieky obsahujúce aliskiren sa neodporúčajú v kombinácii s ACEI alebo ARB u pacientov s diabetes mellitus alebo s poruchou funkcie obličiek ( $\text{GFR} < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ).
- b) U pacientov s diabetes mellitus alebo pri miernej poruche funkcie obličiek ( $\text{GFR} > 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ) je možné použitie aliskirenu v kombinácii s inými antihypertenzívami ako ACEI alebo ARB.
- c) U ostatných pacientov, ktorí užívajú aliskiren v kombinácii s ACEI alebo ARB, sa má starostlivo zvážiť pomer prínosu a rizika pokračujúcej liečby.
- d) Všetky uvedené údaje

**15. Medzi účinky antiVEGF nepatrí:**

- a) zníženie neoangiogenézy
- b) zníženie cievnej hyperpermeability
- c) zvýšenie cievnej permeability
- d) zníženie stimulácie pre hyperproliferáciu endotelových buniek

**16. Medzi systémové faktory ovplyvňujúce diabeticú retinopatiu okrem nedostatočnej kontroly glykémie, vysokého krvného tlaku a proteinúrie patrí:**

- a) anémia
- b) vysoká hladina oxidovaného nízkoviskózneho lipoproteínu a cholesterolu
- c) gravidita
- d) všetky uvedené možnosti

**17. Medzi možnosti liečby diabetickej retinopatie a diabetickeho edému makuly patrí:**

- a) laserová liečba
- b) intravitreálna aplikácia steroidov a antiVEGF (VEGF – vascular endothelial growth factor)
- c) chirurgická liečba
- d) všetky uvedené spôsoby

**18. Po úvodnej liečbe metformínom má nasledovať okrem široko diskutovaných derivátov sulfonylurey lebo inzulínu liečba:**

- a) tiazolidíndiónom
- b) inhibítorom dipeptidylpeptidázy 4
- c) agonistom či analógom GLP-1
- d) všetky uvedené možnosti prichádzajú do úvahy na základe individuálneho zhodnotenia cieľov liečby a rizikovosti pacienta

**19. Z inhibítorov DPP-4 nízky potenciál pre liekové interakcie majú:**

- a) sitagliptín
- b) vildagliptín
- c) saxagliptín
- d) linagliptín

**20. Prvé písomné zmienky o cukrovke pochádzajú z obdobia začiatkov klinických pozorovaní. Prvý opis cukrovky v Ebersovom papyruse pochádza z obdobia:**

- a) 5. storočie p.n.l.
- b) rok 1350 p.n.l.
- c) rok 1552 p.n.l.
- d) 3. storočie p.n.l.

Správne môžu byť aj viaceré odpovede.

**Hodnotenie testu kreditmi SACCME**

| miera úspešnosti riešenia | počet získaných bodov za správne odpovede | počet získaných kreditov |
|---------------------------|---|--------------------------|
| 80 % – 100 %              | 16–20                                     | 2                        |
| 60 % – 80 %               | 12–15                                     | 1                        |
| 0 % – 60 %                | 0–11                                      | 0                        |

Správne odpovede označte na priloženom korešpondenčnom lístku.