proLékaře.cz | 22.8.2025



# Autodidaktický test hodnotený kreditmi SACCME

Slavomíra Filipová[1,2], Anna Vachulová[2]

[1] *Klinika kardiológie a angiológie, LF SZU, NÚSCH, a.s., Bratislava, prednosta prof. MUDr. Róbert Hatala, CSc.*
[2] *Oddelenie arytmií a kardiostimulácie, NÚSCH, a.s., Bratislava, primár prof. MUDr. Robert Hatala, CSc., FESC, FACC*

1. Na posúdenie 1-ročnej mortality podľa pozitivity záťažového EKG testu sa používa:
a) Cornell treadmill skóre
b) Duke treadmill skóre
c) Framinghram treadmill skóre
d) CCS (Canadian Cardiologic Society) skóre

2. Telesná aktivita nie je preukázateľne spojená so zmenami:
a) sérovej hladiny inzulínu
b) srdcovej frekvencie
c) diastolického krvného tlaku
d) sérovej hladiny ALT (alanínaminotransferázy)

3. Pre indikácie ambulantného monitorovania krvného tlaku (AMTK) platí:
a) dôvody vyšetrenia sú diagnostické a prognostické
b) dôvody vyšetrenia sú diagnostické a terapeutické
c) dôvody vyšetrenia sú terapeutické a prognostické
d) dôvody vyšetrenia sú diagnostické, terapeutické a prognostické

4. Pri hodnotení AMTK hornou hranicou pre systolický krvný tlak v nočných hodinách (počas spánku) je:
a) ≥ 120 mm Hg
b) ≥ 125 mm Hg
c) ≥ 130 mm Hg
d) ≥ 135 mm Hg

5. Diurnálny index (DI) krvného tlaku sa pokladá za znížený, ak pri variabilite cirkadiánneho rytmu krvného tlaku počas AMTK je pokles (dipping) nočného tlaku oproti dennému tlaku:
a) < 5 %
b) < 10 %
c) < 15 %
d) < 20 %

6. Ktorý parameter AMTK najviac informuje (ako prediktor) o progresii obličkovej insuficiencie?
a) nadmerný pokles (dipping > 20 %) nočných hodnôt systolického TK
b) zvýšená (hypertonická) tlaková záťaž > 40 %
c) nadmerný vzostup tlaku krvi po prebudení (sleep-through surge)
d) zvýšená variabilita srdcovej frekvencie

7. Metaanalýza 7 prospektívnych kohortových štúdií a 4 ďalších štúdií (spolu s 1 686 097 pacientmi) potvrdila, že DM2T zvyšuje riziko fibrilácie predsiení v porovnaní s nediabetikmi o:
a) 20 %
b) 30 %
c) 40 %
d) 60 %

8. Hlavné riziko fibrilácie predsiení u diabetikov – tromboembolické komplikácie – hodnotíme podľa skórovacieho systému:
a) NYHA skóre (New York Heart Accociation)
b) CCS skóre (Canadian Cardiologic Society)
c) CHA2DS2-VASc skóre (European Society of Cardiology)
d) Framingham risc skóre

9. Pre riziko náhlej srdcovej smrti (NSS) u diabetikov po infarkte myokardu platí:
a) závisí od výšky glykémie
b) je vyššie u žien
c) je vyššie pri prítomnej mikrovaskulárnej koronárnej chorobe
d) všetky uvedené možnosti sú správne

10. Hypoglykémia môže mať proarytmický vplyv mechanizmami:
a) poruchami aktivity sympatika a parasympatika
b) predĺžením intervalu QT na EKG
c) uvoľňovaním katecholamínov
d) všetky uvedené možnosti sú správne

11. Pacienti s DM2T a vysokým rizikom náhlej srdcovej smrti (NSS):
a) majú mať všetci v liečbe akýkoľvek betablokátor
b) majú mať v liečbe betablokátory s vysokou afinitou k beta2 receptorom a betablokátory s vazodilatačným účinkom bez vnútornej sympatikovej aktivity
c) majú mať v liečbe betablokátor, len ak prekonali akútny infarkt myokardu s eleváciou segmentu ST (STEMI)
d) nemajú mať v liečbe betablokátory

proLékaře.cz | 22.8.2025



12. Podľa dát Registra SLOVAKS 2011 najvyšší výskyt rizikových faktorov (hypertenzia a diabetes mellitus) sa zistil v kraji:
a) Bratislava
b) Západoslovenskom
c) Stredoslovenskom
d) Východoslovenskom

13. O diabetikoch s akútnym koronárnym syndrómom neplatí jedno z nasledujúcich tvrdení:
a) majú vyššie riziko renálneho poškodenia
b) majú viac komorbidít
c) majú komplexnejšie a difúzne koronárne poškodenie
d) majú častejšie postihnutie hlavného kmeňa ľavej koronárnej artérie

14. Cieľom manažmentu diabetikov s akútnym koronárnym syndrómom je:
a) udržať hodnoty glykémie ≤ 11,0 mmol/l a vylúčiť epizódy hypoglykémie < 5,0 mmol/l
b) udržať hodnoty glykémie ≤ 11,0 mmol/l
c) udržať hodnoty glykémie ≤ 8,0 mmol/l
d) vylúčiť epizódy hypoglykémie < 5,0 mmol/l

15. Novšie protidoštičkové lieky (prasugrel, tikagrelor) v liečbe diabetikov s akútnym koronárnym syndrómom:
a) je možné používať s indikačným obmedzením pri viaccievnom (2 a viac) postihnutí koronárneho riečiska
b) indikujú sa iba pri súčasne prítomnej fibrilácii predsiení
c) indikujú sa obmedzene u diabetikov s preukázaným hyperagregačným stavom
d) podľa indikácií a indikačných obmedzení sa využívajú u diabetikov rovnako ako u nediabetikov

16. Čo nie je preukázané ako podklad pre vznik srdcového zlyhávania pri koronárnej chorobe srdca?
a) ireverzibilná strata myocytov po infarkte myokardu s následným vytvorením jazvy
b) hibernujúci myokard
c) protrahovaná hypotenzia počas akútneho koronárneho syndrómu
d) remodelácia, ktorá zasahuje zvyšný pôvodne funkčný myokard

17. 10–15-ročná priechodnosť mamarokoronárnych bypassov je:
a) 25–30 %
b) 31–45 %
c) 46–64 %
d) 65–88 %

18. Podľa Nurses Health Study relatívne riziko rozvoja koronárnej choroby srdca je najnižšie u mužov a žien s BMI < 22. Ak je BMI > 29, riziko sa oproti BMI < 22:
a) zvyšuje 2-násobne
b) zvyšuje 2,5-násobne
c) zvyšuje 3-násobne
d) zvyšuje 4-násobne

19. Termín „ektopické tukové tkanivo“ sa používa pre nahromadenie tukového tkaniva:
a) ako nealkoholové stukovatenie pečene (NAFL)
b) v myokarde
c) v perikardiálnom priestore
d) všetky možnosti sú správne

20. Pri dobre preverenej predikcii angíny pektoris s použitím jednoduchého „pravidla 5 parametrov“ (podľa kanadskej klasifikácie, Boesner et al, 2010) sú to: 1. vek a pohlavie (muži ≥ 55 rokov, ženy ≥ 65 rokov), 2. diagnostikované vaskulárne ochorenie, 3. pacient si myslí, že bolesť je srdcového pôvodu, 4. bolesť nie je reprodukovateľná palpáciou hrudníka a ako piaty parameter sa uznáva:
a) zhoršovanie bolesti pri telesnej námahe
b) zhoršovanie bolesti pri psychickom strese
c) vznik bolesti v pokoji
d) všetky údaje (a, b, c) sú správne

**Správne môžu byť aj viaceré odpovede.**

| 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.**