

GARANTOVANÝ AUTODIDAKTICKÝ TEST

s akreditáciou SLK

Garantovaný autodidaktický test je oficiálna vzdelávacia aktivita. Akreditačná rada Slovenskej lekárskej komory udeľuje až 2 kredity za jeden test.

Trvanie vzdelávacej aktivity „autodidaktický test“:

- Testy distribuované prostredníctvom časopisu *Súčasná klinická prax* 2022/2 (ISSN 1214-7036) možno riešiť **od 14. mája 2022 do 31. augusta 2022.**
 - **Pridelené kredity** budú úspešným riešiteľom registrovaným v SLK pripísané podľa zoznamu riešiteľov do 31. 10. 2022. **Na pripísanie je nevyhnutné presne uviesť meno lekára a ID na návratku.**
- Certifikáty s udeleným počtom kreditov budú ostatným riešiteľom zaslané do **30. novembra 2022.**

Ohodnotenie testu:

- 91–100% úspešnosť riešenia 2 kredity
- 80–90% úspešnosť riešenia 1 kredit
- menej ako 80% úspešnosť riešenia 0 kreditov

Informácia pre lekárnika

Na základe platných pokynov Slovenskej lekárskej komory je test možné vyplniť len elektronicky na stránke education.adcc.sk pod názvom *Súčasná klinická prax 2022/1*. V prípade, ak autodidaktický test na internete riešite po prvý raz, je potrebné sa na začiatku zaregistrovať. Akékoľvek otázky konzultujte na adrese info@pharminfo.sk.

Autodidaktický test je možné riešiť od 14. 5. 2022 do 10. 7. 2022. Potvrdenie o úspešnom absolvovaní testu Vám bude zaslané automaticky na Vami zadanú e-mailovú adresu.

Informácia pre lekára

Testové otázky k článkom zverejneným v časopise SÚČASNÁ KLINICKÁ PRAX 2022/1
Označte správnu odpoveď!

1. V prípade akútnej ischemickej mozgovej príhody s relevantným deficitom u pacientov s liečbou NOAK sa trombolýza:

- a) nemôže podať nikdy
- b) môže sa podať, ak posledný príjem NOAK bol > 48 hodín a zároveň je funkcia obličiek normálna
- c) nemôže sa podať, ak pacient s normálnou funkciou obličiek dostáva apixabán, edoxabán alebo rivaroxabán a od posledného príjmu NOAK uplynulo 24–48 hodín
- d) môže sa podať, ale vždy je nutné podať idarucizumab

2. Dávku apixabánu je nutné redukovať na 2,5 mg 2-krát denne:

- a) ak dve podmienky z troch sú splnené: váha ≤ 60 kg, vek ≥ 80 rokov, kreatinín v sére ≥ 133 μmol/l (1,5 mg/dl) alebo ak CrCl je 15–29 ml/min
- b) ak je váha ≤ 60 kg alebo CrCl 15–49 ml/min alebo prebieha konkomitantná terapia so silným P-Gp inhibítorom

- c) ak je CrCl ≤ 15–49 ml/min
- d) ak je vek ≥ 80 rokov, prítomná konkomitantná liečba verapamilom, zvýšené riziko krvácania z gastrointestinálneho traktu

3. Reiniciácia antikoagulačnej terapie po CMP s pretrvávajúcim miernym neurologickým deficitom, ale s klinickým zlepšením, je možná po:

- a) > 3 dňoch
- b) ≥ 6–8 dňoch
- c) 1–3 dňoch
- d) už po 1 dni

4. Mozog pacientov s AD (Alzheimerova choroba) je v stave inzulínovej rezistencie a rozvrátenej energetickej homeostázy. Aj preto sa v súčasnosti hovorí o AD ako o:

- a) nervovej inzulínovej rezistencii
- b) ochorenia diabetes mellitus 3. typu
- c) cukrovke
- d) mozgovej hmle

5. Inzulín je syntetizovaný aj v mozgu:

- a) nie, len v pankrease

- b) len v mozgovom kmeni
- c) áno, malé množstvo z celkového inzulínu sa syntetizuje v mozgu
- d) v mozgu nie, ale v ostatných štruktúrach CNS

6. Možno AD považovať za:

- a) neurodegeneratívne ochorenie, neuroendokrínologické ochorenie, neurometabolické ochorenie a inzulínopatiu
- b) infekčné ochorenie
- c) príónové ochorenie
- d) dedičné demyelinizačné ochorenie s nástupom vo vyššom veku

7. Ktorá signálna dráha a ktorý signálny uzol sú kľúčové pre „vnímanie“ a funkciu inzulínu v bunke:

- a) PDE3b – PKA; PKA signálny uzol
- b) G-proteín – adenylátcykláza – PKA; PKA signálny uzol
- c) PKB – GSK3; GSK3 signálny uzol
- d) IR – PI3K – PDK1 – Akt/PKB; Akt/PKB signálny uzol

8. Aké preventívne opatrenia s cieľom minimalizovať pravdepodobnosť nástupu AD vo vyššom veku môžeme odporučiť už dnes pacientom v produktívnom veku:

- a) opatrenia identické ako v prevencii DMT2, inzulínovej rezistencie, obezity a kardio-vaskulárnych ochorení
- b) vytrvalostný beh
- c) hladovku
- d) transplantáciu črevného mikrobiómu, nízkokalorickú diétu, vysoký príjem vlákniny a suplementáciu železa a mangánu

9. Ako sa volajú bunky, ktoré sa podieľajú na stavbe HEB (hemato-encefalická bariéra) v mozgu a sú potenciálnym terapeutickým cieľom pre liečbu AD:

- a) Cajalove bunky
- b) pericyty (Rougetove bunky)
- c) mikroglie
- d) Purkyňove bunky

10. Nedostatek vitamínu B₁₂ sa môže projeviť:

- a) perniciózní anemii
- b) depresí a demencií
- c) paresteziemi na dolných končatinách, podobnými diabetické neuropatii
- d) všetky odpovedi jsou správné

11. Mezi skupiny ohrožené projevy nedostatku B₁₂ nepatří:

- a) senioři
- b) mladí vegetariáni
- c) pacienti s onemocněním ledvin
- d) diabetici léčení metforminem

12. Jaká farmakokinetika jsou známa pro perorálně podaný vitamin B₁₂:

- a) pasivní
- b) aktivní
- c) pasivní i aktivní
- d) aktivní, pomocí holotranskobalaminu

13. Jaké maximální jednorázové množství je možno absorbovat pomocí IF:

- a) maximálně 1,5 µg
- b) maximálně 1,5 mg
- c) maximálně 1,5 g
- d) minimálně 1,5 mg

14. Jaká dávka pro perorální podání je dostatečná pro efektivní aktivaci pasivního transportu:

- a) 400 µg p.o.
- b) 100 µg p.o.
- c) 1 000 µg p.o.
- d) 50 µg p.o.

15. Pasivní absorpce B₁₂:

- a) je nezávislá na přijaté dávce B₁₂
- b) je nižší se stoupající přijatou jednorázovou dávkou B₁₂
- c) je vyšší se stoupající přijatou jednorázovou dávkou B₁₂
- d) dávka není rozhodující

16. Odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti (2021) indikujú, že dve liečivá NOAK (DOAK) treba uprednostniť u chorých s predsieňovou fibriláciou a s nedávnym krvácaním. Ktoré sú to:

- a) apixabán a rivaroxabán
- b) dabigatran (obe dávky) a apixabán
- c) dabigatran (110 mg dávka 2-krát denne) a apixabán
- d) apixabán a edoxabán

17. V štúdií ARISTOPHANES sa hodnotila aj bezpečnosť liečby NOAK (DOAK). Čo bolo primárnym bezpečnostným end-pointom:

- a) prítomnosť neznášanlivosti NOAK (DOAK)
- b) prítomnosť krvácania u pacienta liečeného NOAK (DOAK)
- c) prítomnosť významného krvácania
- d) prítomnosť významného krvácania, osobitne gastrointestinálneho, intrakraniálneho či v inej lokalite

18. Posolstvo štúdie ARISTOPHANES:

- a) Liečba (apixabán, dabigatran a rivaroxabán) pacientov s nevalvulárnou predsieňovou fibriláciou a vysokým rizikom výskytu gastrointestinálneho krvácania bola spojená s nižším rizikom výskytu cievnej mozgovej príhody a/alebo systémovej embolizácie než v ramene liečby warfarínom.
- b) Apixabán a dabigatran sa pri liečbe spájali s nižším rizikom výskytu veľkého krvácania oproti liečbe warfarínom.
- c) Liečba apixabánom mala nižšie riziko výskytu gastrointestinálneho krvácania (oproti liečbe warfarínom) a liečba rivaroxabánom mala riziko gastrointestinálneho krvácania vyššie než pri liečbe warfarínom.
- d) Všetko vyššie uvedené platí.

19. Najčastejšou chronickou pečevnou chorobou je MAFLD. Globálna prevalencia v bežnej populácii sa vyskytuje na úrovni:

- a) cca 20–25 %
- b) cca 30–35 %
- c) cca 35–40 %
- d) žiadne tvrdenie neplatí

20. Najspoločnejšie odlišenie jednoduchej steatózy (NAFL) od progresívne sa správajúcej steatohepatitídy (NASH) poskytuje:

- a) ultrasonografia
- b) biopsia pečene
- c) elastografia
- d) aktivita transamináz

21. Základný pilier liečby MAFLD predstavujú:

- a) statíny
- b) inzulínové senzitizerý
- c) režimové opatrenia
- d) hepatoprotektíva