GARANTOVANÝ AUTODIDAKTICKÝ TEST

s akreditáciou SACCME

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

Trvanie vzdelávacej aktivity „autodidaktický test":

- Testy distribuované prostredníctvom časopisu Súčasná klinická prax 2014/2 (ISSN 1214-7036) možno riešiť **od 20. októbra do 20. decembra 2014**.
- Certifikáty s udeleným počtom kreditov budú riešiteľom zaslané do 16. apríla 2015.

Ohodnotenie testu:

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

Informácia pre lekárnika!

Na základe platných pokynov Slovenskej lekárnickej komory je test možné vyplniť len elektronicky na stránke education.adcc.sk pod názvom „Súčasná klinická prax 2014/2". V prípade, ak autodidaktický test na internete riešite po prvýkrát, na začiatku je potrebné zaregistrovať sa. Akékoľvek otázky konzultujte na adrese info@pharminfo.sk.

Autodidaktický test je možné riešiť od 20. 10. 2014. Potvrdenie o úspešnom absolvovaní testu Vám bude zaslané automaticky na Vami zadanú emailovú adresu.

Testové otázky k článkom zverejneným v časopise:

SÚČASNÁ KLINICKÁ PRAX 2014/2

Označte správnu odpoveď alebo správne odpovede!

1. Výsledky štúdie NAVIGATOR preukázali, že prehĺbenie poruchy glukózového metabolizmu a vznik diabetu štatisticky významne urýchľujú len:
a) betablokátory a statíny
b) diuretiká a betablokátory
c) kalciové blokátory a diuretiká
d) statíny a diuretiká

2. Podľa odporúčaní európskej ESC a americkej ACC sa liečba betablokátormi u pacientov s nedávno prekonaným infarktom myokardu:
a) neodporúča
b) odporúča len krátkodobo a podľa individuálnej tolerancie
c) odporúča sa po dobu troch rokov po príhode spolu s antitrombotickou a hypolipemickou liečbou statínom
d) odporúča len pri intolerancii liekov z iných ATC skupín

3. V liečbe hypertenzie sa betablokátory podľa posledných smerníc ESC:
a) neodporúčajú
b) odporúčajú len ako druholíniová liečba
c) odporúčajú len v kombinácii
d) odporúčajú ako prvolíniové lieky v monoterapii ako aj v kombinácii

4. Karvedilol ako treťogeneračný betablokátor s vazodilatačným účinkom:
a) na základe porovnaní s atenololom, bisoprololom, metoprololom a nebivololom preukazuje najvyšší prínos v ovplyvnení celkovej mortality
b) v porovnaní s metoprololom nezhoršuje metabolizmus glukózy, inzulínovú senzitivitu a neovplyvňuje negatívne metabolizmus lipidov
c) nemá kardiodepresívny účinok, znižuje stredný aortálny tlak, arteriálnu tuhosť a zlepšuje koronárny prietok, čím efektívne znižuje prácu srdca a zlepšuje jeho trofiku
d) žiadna možnosť nie je správna

5. U pacientov v štúdii Metabolic Physical and Mental Program liečených o.i. aj magnézium orotátom bolo dokázané zlepšenie kvality života na úrovni:
a) 20 %
b) 24 %
c) 48 %
d) 50 %

6. Vyššie riziko srdcového zlyhania u pacientov s aterosklerózou je spojené s:
a) hypomagneziémiou, hypofosfatémiou, hypokalciémiou
b) hypomagneziémiou, hyperfosfatémiou, hypokalciémiou
c) hypomagneziémiou, hyperfosfatémiou, hyperkalciémiou
d) hypermagneziémiou, hypofosfatémiou, hypokalciémiou

7. Magnézium je:
a) jedným zo štyroch najvýznamnejších aniónov ľudského organizmu
b) prvok, ktorý minimálne zasahuje do enzymatických systémov ľudského organizmu
c) jedným zo štyroch najvýznamnejších katiónov ľudského organizmu

d) významný prvok, ktorý sa však nepodieľa na ovplyvnení parametrov oxidačného stresu

8. Pri liečbe artériovej hypertenzie:
a) je uvedené magnézium v Odporúčaniach Európskej hypertenziologickej spoločnosti pre management artériovej hypertenzie z roku 2011
b) je výhodné použiť magnézium ako adjuvantnú liečbu a magnézium má významné použitie i u liečby artériovej hypertenzie v gravidite
c) nemá použitie magnézia svoje opodstatnenie
d) pridanie magnézia do liečby vedie k vazokonstrikcii

9. Kyselina orotová:
a) má dokázané významné kardioprotektívne účinky a preto je výhodné spojenie magnézia a kyseliny orotovej v jednej tabletke
b) nezasahuje do energetického metabolizmu bunky
c) nebola nikdy podrobnejšie skúmaná
d) má využitie iba v experimentálnej medicíne

10. Arytmie a magnézium:
a) nie je popísané žiadne prepojenie medzi hypomagneziémiou a vznikom supraventrikulárnych a ventrikulárnych arytmií
b) hypomagneziémia je spojená s intracelulárnou hypokaliémiou, hypernatriémiou a zvýšením excitability buniek
c) magnézium sa môže používať u všetkých stupňov atrioventrikulárnej blokády (AV blokády)
d) podávanie magnézia je kontraindikované pri podávaní antiarytmík pri liečbe komorových arytmií

11. Betablokátory patria k štandardnej liečbe pacientov so systolickým srdcovým zlyhávaním. Znižujú mortalitu o:
a) 10–15 %
b) 20–25 %
c) 30–35 %
d) 40–45 %

12. Ako dávkujeme betablokátor pacientovi so systolickým srdcovým zlyhávaním?
a) dávame najvyššiu tolerovanú dávku podľa príslušnej klinickej štúdie s týmto betablokátorom
b) dávkovanie sa riadi srdcovou frekvenciou v kľude, ktorá má byť okolo 50/min
c) dávkovanie sa riadi srdcovou frekvenciou v kľude, ktorá má byť okolo 60/min
d) dávkovanie sa riadi srdcovou frekvenciou v kľude, ktorá má byť okolo 70/min

13. Zmena životného štýlu môže znížiť riziko vzniku nového diabetes mellitus o:
a) tretinu
b) štvrtinu
c) pätinu
d) polovicu

14. Pri hodnotení individuálneho rizika pacienta z pohľadu diabetes mellitus sa zohľadňujú faktory:
a) stav glykémie
b) základné rizikové faktory
c) makro- a mikrovaskulárne postihnutie
d) žiadna možnosť nie je správna

15. Makrovaskulárne postihnutie charakterizujú:
a) koronárny stav a srdcové zlyhávanie
b) cerebrovaskulárne postihnutie
c) periférne artériové postihnutie
d) žiadna možnosť nie je správna

16. Mikrovaskulárne postihnutie charakterizujú:
a) retinopatia
b) nefropatia
c) neuropatia
d) žiadna možnosť nie je správna

17. Požadovaná cieľová hladina LDL-cholesterolu u rizikového diabetika je:
a) 1,8 mmol/l
b) 2,5 mmol/l
c) 3,0 mmol/l
d) 4,0 mmol/l

18. Požadovaná cieľová hladina glykovaného hemoglobínu u rizikového diabetika je:
a) pod 9 %
b) pod 8 %
c) pod 7 %
d) pod 6 %

19. Na kontrolu dyslipidémie u rizikového pacienta s diabetom je liekom prvej voľby:
a) statín
b) fibrát
c) ezetimib
d) niacín

20. Na kontrolu aterogénnej dyslipidémie u rizikového diabetika je vhodná liečba:
a) statín v monoterapii vo vysokej dávke
b) statín v monoterapii v štandardnej dávke
c) kombinačná liečba statín + fibrát
d) kombinačná liečba statín + + ezetimib