proLékaře.cz | 4.11.2026

Autodidaktický test hodnotený kreditmi SACCME

Vladimír Uličiansky

Via medica, s.r.o., Košice

1. Incidencia diabetickej ketoacidózy sa pohybuje v rozmedzí:
a) 2,8–6/1000 diabetikov ročne
b) 6,1–7 /1000 diabetikov ročne
c) 4,6–8/1000 diabetikov ročne
d) 5,9–9/1000 diabetikov ročne

2. Mortalita na diabetickú ketoacidózu sa pohybuje v rozmedzí:
a) 7–15 %
b) 8–16 %
c) 5–12 %
d) 9–14 %

3. Medzi diagnostické kritériá pre diabetickú ketoacidózu (DKA) patrí:
a) glykémia > 16,7 mmol/l
b) osmolalita ≤ 320 mmol/l
c) ketolátky v moči > 3+
d) všetky uvedené možnosti

4. V liečbe akútnych komplikácií diabetes mellitus je indikovaný:
a) premixovaný inzulín
b) krátkodobý regulárny inzulín
c) agonista GLP1-receptorov
d) dlhodobo pôsobiaci inzulín

5. Najčastejšou príčinou hypoglykémie pri non-B-bunkových neostrovčekových tumoroch je:
a) nadprodukcia inzulínu
b) nadprodukcia glukagónu
c) nadprodukcia inzulínu podobného faktora 2 (IGF2)
d) nadprodukcia glukagónu podobného peptidu 1 (GLP1)

6. Na hypoglykemickom účinku IGF2 sa podieľajú tieto faktory:
a) IGF2 stimuluje vychytávanie glukózy v kostrovom svale
b) vychytávanie glukózy v nádorovej mase (iba v malej miere)
c) pri nadprodukcii IGF 2 sú znížené hladiny glukagónu a rastového hormónu
d) všetky vyššie uvedené faktory

7. Hypoglykémia pri non-B bunkových neostrovčekových tumoroch:
a) vyskytuje sa nalačno
b) prevládajú neuroglykopenické príznaky
c) chýbajú alebo sú menej vyjadrené neuroadrenergné príznaky
d) všetky vyššie uvedené stavy a príznaky

8. Pri liečbe nádorovej hypoglykémie nie sú efektívne tieto postupy:
a) odstránenie nádoru alebo jeho časti chirurgickou liečbou, paliatívnou rádioterapiou alebo chemoterapiou
b) z krátkodobého hľadiska podávanie glukózy, glukagónu, liečba diazoxidom/chlórtiazidom
c) podávanie somatostatínových analógov (okreotid)
d) z dlhodobého hľadiska podávanie kortikoidov

9. Metanalýza klinických štúdií ACCORD, ADVANCE, VADT, UKPDS potvrdila, že intenzívny terapeutický režim v porovnaní s menej intenzívnym režimom je spojený:
a) s viac ako 2 – dvojnásobným rizikom závažnej hypoglykémie (RR 2,48)
b) s viac ako 3 – násobným rizikom závažnej hypoglykémie (RR 3,24)
c) nie je spojený s rizikom závažnej hypoglykémie (RR 0,99)
d) s mierne zvýšeným rizikom závažnej hypoglykémie (RR 1,39)

10. Medzi účinky hypoglykémie na kardiovaskulárny systém nepatrí:
a) tachykardia, arytmie – predĺženie QT-intervalu
b) tichá ischémia myokardu, angína pectoris
c) bradykardia
d) protrombotické zmeny

11. Z hľadiska ovplyvnenia hyperglykémie pri zvážení benefitu a rizika je vhodné
a) rýchle znižovanie HbA_{1c}
b) pomalé progresívne znižovanie HbA_{1c}
c) používať lieky, ktoré majú výrazný účinok na znižovanie HbA1c bez ohľadu na riziko hypoglykémie
d) neovplyvňovať hyperglykémiu, lebo to nemá vplyv na prognózu pacienta

proLékaře.cz | 4.11.2026

12. Nízke riziko hypoglykémie je spojené s liečbou
a) metformínom
b) inhibítormi dipeptidyl-peptidázy 4 (DPP4)
c) agonistami GLP1-receptorov (GLP-RA)
d) so všetkými vyššie uvedenými liekmi

13. Prevalencia hypoglykémie u hospitalizovaných pacientov na I. internej klinike JLF UK v Martine v 4 ročnej retrospektívnej štúdií bola:
a) 2,76 %
b) 3,12 %
c) 4,8 %
d) 5,12 %

14. Medzi najčastejšie pravdepodobné príčiny hypoglykémie u hospitalizovaných pacientov bez diabetes mellitus patria:
a) nádory (inzulinóm, generalizovaný karcinóm, lokalizovaný karcinóm)
b) akútne hepatálne a renálne zlyhanie
c) akútna pankreatitída, metabolický rozvrat, malnutrícia, intoxikácia
d) všetky vyššie uvedené príčiny

15. Najčastejšou pravdepodobnou príčinou hypoglykémie u hospitalizovaných pacientov na I. internej klinike JLF UK s diabetes mellitus 1. typu bola:
a) liečba intenzifikovaným inzulínovým režimom
b) ulcerózna kolitída
c) cievna mozgová príhoda
d) kardiálna dekompenzácia

16. Najčastejšou pravdepodobnou príčinou hypoglykémie u hospitalizovaných pacientov na I. internej klinike JLF UK s diabetes mellitus 2. typu bola:
a) liečba inzulínom
b) nefropatia
c) liečba perorálnymi antidiabetikami
d) všetky vyššie uvedené príčiny

17. Do konceptu skorej a bezpečne dosiahnutej glykemickej kontroly patrí liečba:
a) vo včasnom štádiu diabetes mellitus
b) s nízkym rizikom hypoglykémie
c) bez nárastu telesnej hmotnosti
d) vo všetkých vyššie uvedené možnosti

18. Koncept glykemickej pamäti – „efekt dedičstva“ z 10 ročného sledovania v štúdii UKPDS vychádza z poznatku, že pacienti, ktorí boli zaradení do intenzívneho liečebného ramena od momentu diagnózy si po 10 rokoch aktívnej intervencie udržali
a) významnú redukciu celkovej mortality a mortality spojenej s diabetes mellitus 2. typu
b) významnú redukciu infarktu myokardu a mikrovaskulárnych komplikácií
c) napriek nevýznamnému rozdielu HbA_{1c} v 10. roku v porovnaní s konvenčne liečenou skupinou
d) správne sú všetky vyššie uvedené výroky

19. Podľa spoločného ADA/EASD vyhlásenia u pacientov bez rizikových faktorov cieľom liečby diabetes mellitus 2. typu by mala byť:
a) hodnota $HbA_{1c} \geq 7{,}0$ % DCCT
b) prísna glykemická kontrola dosiahnutá zavčasu a udržiavaná v hodnote $HbA_{1c} < 7{,}0$% DCCT
c) hodnota $HbA_{1c} \geq 7{,}5$ % DCCT
d) hodnota $HbA_{1c} < 7{,}0$ % DCCT bez ohľadu na riziko závažnej hypoglykémie

20. Odporúčania National Institute of Clinical Excellence (NICE guidelines) pri neadekvátnej glykemickej kontrole odporúčajú do kombinácie s metformínom namiesto sulfonylurey zvážiť pridanie:
a) rýchlo účinkujúceho inzulínu
b) agonistu GLP1-receptorov
c) akarbózy
d) inhibítora DPP4

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.