proLékaře.cz | 4.11.2026

Autodidaktický test hodnotený kreditmi SACCME

Juraj Payer, Peter Jackuliak

V. interná klinika LF UK a Univerzitnej nemocnice Bratislava, prednosta: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., FRCP

1. Hlavné osteoporotické zlomeniny sú:
a) fraktúra chrbtice
b) fraktúra proximálneho femuru
c) fraktúra členkovej kosti
d) všetky z uvedených

2. Pre vzájomný vzťah „diabetes mellitus 2.typu a osteoporóza" platí:
a) pacienti s DM2T majú zníženú kostnú denzitu
b) u pacientov s DM2T je kostná denzita v norme, alebo len mierne znížená
c) napriek dobrej kostnej denzite majú zvýšené riziko fraktúr
d) riziko fraktúr je u pacientov s DM2T veľmi nízke

3. Optimálne sérová hladina 25-OH-vitamínu D z osteologického hľadiska je:
a) medzi 10 až 20 ng/ml
b) viac ako 30 ng/ml
c) viac ako 50 ng/ml
d) hladina vitamínu D nemá vplyv na kostný metabolizmus

4. Anabolickú modalitu liečby osteoporózy poskytuje:
a) bisfosfonáty, ako základné antiporotické lieky
b) denosumab
c) teriparatid
d) stroncium ranelát

5. Výskyt postihnutia štítnej žľazy u pacientov s diabetes mellitus je:
a) u asi 6% pacientov s DM sa vyskytujú tyreopatie
b) tyreopatie postihujú asi 10–15% diabetikov
c) ženy s DM sú ohrozené najmä autoimunitným zápalom štítnej žľazy
d) z neimunitných tyreopatií je u diabetikov najčastejšie eufunkčná struma pri nedostatku jódu

6. Ako ovplyvňujú tyroidálne hormóny metabolizmus sacharaidov:
a) vplývajú na resorpciu sacharidov
b) ovplyvňujú metabolizmu sacharidov v pečeni
c) ovplyvňujú metabolizmus sacharidov v periférnych tkanivách
d) znižujú syntézu glykogénu v pečeni

7. Medzi najčastejšie ochorenia štítnej žľazy diabetikov patria:
a) Gravesova-Basedowova choroba
b) syndróm nízkeho T3
c) Hashimotova tyreotitída
d) medulárny karcinóm štítnej žľazy

8. Pri manifestnej hypotyreóze u diabetikov:
a) zvýšené hodnoty TSH a normálne hodnoty tyreoidálnych hormónov
b) znížené hodnoty TSH a normálne hodnoty tyreoidálnych hormónov
c) zvýšené hodnoty TSH a znížené hodnoty fT4 a T3
d) zvýšené hodnoty TSH a zvýšené hodnoty fT4 a T3

9. Ako hypotyreóza vplýva na DM a manažment diabetika?
a) vedie k častým protrahovaným hypoglykémiám
b) urýchľuje rozvoj makrovaskulárnych komplikácií
c) pri korekcii hypoglykémie pacienti reagujú promptnejšie
d) je znížená účinnosť inzulínu čo vedie k postprandiálnym hyperglykémiám

10. O postihnutí pečene u obéznych diabetikov s DM2T platí:
a) takmer 50 % obéznych diabetikov má ultrasonografické známky steatózy pečne
b) histologicky sa jedná najčastejšie o čistú steatózu
c) vyšše tretina obéznych diabetikov má už známky fibrózy resp. incipientnej cirhózy
d) diabetici majú rovnaké riziko steatózy pečene ako nediabetická populácia

11. Ktorý typ dyslipoproteinémie je najrizikovejší z hľadiska rozvoja steatózy pečene:
a) izolovaná hypercholesterolémia
b) zmiešaná hyperlipidémia
c) hypertriaclyglycerolémia
d) zvýšené hladiny HDL-cholesterolu

12. Ktoré vyšetrenia sú vhodné na včasné odhalenie steatózy pečene u DM:
a) ultrasonografia
b) vyšetrenie GMT, ALT
c) vyšetrenie celkového aj konjugovaného bilirubínu
d) biopsia pečene

proLékaře.cz | 4.11.2026

13. O výskyte metabolického syndrómu u pacientov s Cushingovým syndrómom platí:
a) diagnostické kritériá metabolického syndrómu spĺňa asi 30 % pacientov s Cushingovým syndrómom
b) v patogenéze metabolického syndrómu u pacientov s Cushingovým syndrómom zohráva zásadnú a hlavnú úlohu deficit inzulínu
c) na zvýšenom riziku metabolického syndrómu u pacientov s Cushingovým syndrómom sa spolupodieľa centrálna obezita a inzulínová rezistencia
d) u viac ako 50 % pacientov s Cushingovým syndrómom je prítomná hraničná glykémia nalačno, porucha glukózovej tolerancie alebo manifestný diabetes mellitus

14. Ako zasahuje kortizol do metabolizmu sacharidov?
a) zvýšené koncentrácie kortizolu vedú k dysfunkcii B-buniek pankreasu
b) kortikoidy znižujú inzulinotropný účinok GLP-1
c) kortizol znižuje inzulínovú rezistenciu v pečeni aj vo svaloch
d) kortizol moduluje expresiu a aktivitu niektorých adipokínov

15. Manažment metabolických porúch u pacientov s Cushingovým syndrómom zahŕňa:
a) liečba základného ochorenia analógmi somatostatínu
b) liečbu DM zvyčajne zahajujeme podávaním metformínu alebo inzulínu pri dekompenzovanom DM
c) pri manažmente DM sú analógy GLP-1 kontraindikované
d) pasireotid je nevhodný vzhľadom na zvýšenie rizika poruchy glukózovej tolerancie

16. Syndróm polycystických ovárií je charakterizovaný:
a) len ultrasonografickým obrazom cystických ovárií
b) hyperandrogenémiou s klinickými prejavmi
c) poruchou menštruačného cyklu
d) inzulínovou rezistenciou rôznej intenzity

17. Nízka hladina vitamínu D spôsobuje:
a) zlepšenie inzulínovej senzitivity
b) pokles produkcie inzulínu B-bunkami
c) zhoršenie parametrov lipidového profilu
d) žiadne z uvedených

18. Adekvátnu kompenzáciu DM dosahuje v Európe:
a) asi 80 % pacientov
b) približne polovica pacientov s DM
c) iba približne 30 % pacientov
d) menej ako štvrtina pacientov s DM

19. Medzi významné zistenia štúdie EDGE môžeme zaradiť:
a) vysokú prevalenciu suboptimálnej glykemickej kompenzácie u pacientov s DM2T liečených v dennej klinickej praxi monoterapiou
b) po pridaní druhého PAD viac ako polovica pacientov dosiahla pokles HbA_{1c} > 0,3 % bez nežiadúcich efektov
c) zlepšenie kompenzácie po pridaní vildagliptínu bolo porovnateľné s komparatívnym ramenom
d) výsledky subanalýzy pacientov zo Slovenska sa vôbec nezhodujú s výsledkami celosvetovej observačnej štúdie

20. Výsledky štúdie EDGE preukázali, že vildagliptín ako druhé PAD pri manažmente pacientov s DM2T:
a) je bezpečná modalita liečby
b) vedie k adekvátnemu zlepšeniu glykemickej kompenzácie na cieľovú hladinu $HbA_{1c} \leq 7$ % DCCT
c) vedie k nárastu telesnej hmotnosti o ≥ 5 % východiskovej hodnoty
d) zlepšenie glykemickej kompenzácie nebolo spojené so zvýšením rizika hypoglykémie

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.