

ZNALOSTNÍ TEST květen 07

Dementní, depresivní nebo obojí?

1. V čem se klinicky liší degenerativní demence a depresivní pseudodemence ?
 - a. **V rychlosti rozvoje symptomatologie – zpravidla náhlý začátek u deprese**
 - b. Nemocní s depresí si kognitivního deficitu nebyvají vědomi a spíše ho popírají nebo bagatelizují.
 - c. **Kognitivní poruchy u deprese jsou reverzibilní**
2. Které fenomény v myšlení jsou typické pro depresi (depresivní pseudodemenci) a nevyskytují se u demence bez deprese?
 - a. bagatelizace obtíží
 - b. **sebeobviňování, zdůrazňování vlastní neschopnosti**
 - c. **nihilistické obsedantní uvažování (nihilistické ruminace)**
3. Má smysl léčit depresi u nemocného s demencí?
 - a. **depresi má smysl léčit za všech okolností bez ohledu na etiologii. I u pacienta s demencí může léčba deprese výrazně zlepšit kvalitu jeho života.**
 - b. Deprese u pacienta s demencí není třeba léčit. Léčba deprese u něho nepřináší žádnou výraznější změnu.
 - c. Depresi u dementního pacienta léčíme pouze v méně pokročilých stádiích kognitivního deficitu.
4. Která antidepressiva jsou léky první volby u deprese ve stáří?
 - a. Tricyklická antidepressiva (amitriptylin, imipramin, dosulepin)
 - b. **SSRI antidepressiva(citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin)**
 - c. Tzv. „duální“ antidepressiva (trazodon, mirtazapin)

5. Jak dlouho by se měla deprese antidepresivy léčit?
- Co nejdéle, riziko recidivy je velké a další epizoda může být obtížněji léčitelná.**
 - V případě vysazení antidepresiva při nepřítomnosti depresivních příznaků po půlroce až roce bychom měli pacienta poučit o možnosti návratu příznaků a nutnosti nové léčby v takovém případě.**
 - Dojde-li k další epizodě, měla by být další úspěšná léčba antidepresivem již trvalá, profylaktická, ve stejné dávce, na které došlo k ústupu deprese.**
6. Klinické příznaky deprese v pokročilém stáří se většinou liší od depresivních stavů v mladším dospělém věku.
- Starší depresivní pacienti si méně stěžují na pokles nálady, přestože objektivně je patrný.**
 - Typickým projevem deprese ve vyšším věku je zaujetí hypochondrickými stesky, zvýšené sebepozorování, strach ze somatické nemoci, přesvědčení o existenci objektivně nepřítomného tělesného onemocnění.**
 - Deprese v mladším věku má výraznější somatizaci a bývá často doprovázena typickými neuropsychiatrickými příznaky kognitivního deficitu – psychomotorickou retardací a bradypsychismem, sníženou chutí k jídlu, narušením cirkadiálních rytmů a dalšími.

Revmatoidní artritida

7. Pro přítomnost zánětlivé artropatie svědčí
- dobrá reakce na NSA**
 - postižení metakarpofalangeálních a metatarsofalangeálních kloubů**
 - asymetrická distribuce postižení
8. Podezření na perzistující artritidu by mělo vzniknout pokud anamnéza obtíží trvá déle než
- 4 týdny
 - 12 týdnů**
 - 6 měsíců

9. Protilátky anti-CCP (protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu) mají význam
- a. **jako prognostický ukazatel závažnosti artritidy**
 - b. jsou nově zařazeny mezi klasifikační kritéria RA Americké revmatologické společnosti
 - c. **jsou jedním z možných etiopatogenetických faktorů vzniku onemocnění RA a bývají přítomny i desítky let před prvními příznaky artritidy**

Užití ACE inhibitoru lisinoprilu v profylaxi migrény

10. Podle doporučení EFNS (European Federation of Neurological Societies) pro profylaxi migrény patří mezi léky první volby:
- a. **betablokátory**
 - b. ACE inhibitory
 - c. ASA 300 mg