



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC DIABETES ASSOCIATION

Ηριδανού 12 • 115 28 Αθήνα • Τηλ.: 210 7210935 • Fax: 210 7210936 • infoede@ede.gr • www.ede.gr
12, Iridanou str. • 115 28 Athens • Tel.: 210 7210935 • Fax: 210 7210936 • infoede@ede.gr • www.ede.gr

4ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ξενοδοχείο
CROWNE PLAZA
Αθήνα

24-25 Ιανουαρίου 2014

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

Congress World, Event - Travel

☞ Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα,

☎ 210 7225518, ☎ 210 7210069

🌐 www.congressworld.gr

✉ info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr

Στοιχεία Συμμετέχοντος

Επώνυμο

Όνομα

Ειδικότητα

Διεύθυνση

Περιοχή

Ταχ. Κώδικας Πόλη

Τηλ.

Fax

E-mail

Διαγνωστικά Κριτήρια

Αναστασία Θανοπούλου

1. Με βάση την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (American Diabetes Association, ADA), ποιος από τους παρακάτω ασθενείς πληρεί τα κριτήρια για τη διάγνωση του ΣΔ τύπου 2;
 - α) Ασυμπτωματικοί ενήλικες με γλυκόζη νηστείας μεταξύ 100 και 125 mg/dL σε 2 διαφορετικές μετρήσεις
 - β) Ασυμπτωματικοί ενήλικες με γλυκόζη νηστείας ≥ 126 mg/dL σε 2 διαφορετικές μετρήσεις**
 - γ) Ασυμπτωματικοί ενήλικες με A1c μεταξύ 5.7% και 6.4%
 - δ) Ενήλικας με γλυκόζη πλάσματος 140 mg/dL, 2 h μετά από του στόματος λήψη 75g γλυκόζης
2. Σχετικά με τη χρήση της A1c για τη διάγνωση του ΣΔ τύπου 2, τι είναι σωστό;
 - α) Αντενδείκνυται απολύτως σε περιπτώσεις σιδηροπενικής αναιμίας
 - β) Διαγιγνώσκει λιγότερους πάσχοντες από ότι τα διαγνωστικά κριτήρια που βασίζονται στη γλυκόζη
 - γ) Το α και το β**
 - δ) Κανένα από τα παραπάνω
3. Σε ποιες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η χρήση του C-πεπτιδίου και των αυτοαντισωμάτων για τη διάγνωση του ΣΔ τύπου 1;
 - α) Για τη διάκριση μεταξύ ΣΔ τύπου 1 και ΣΔ τύπου 2 σε μεσήλικα και ηλικιωμένα άτομα
 - β) Για την τεκμηρίωση του ΣΔ τύπου 1
 - γ) Για την παρακολούθηση της υπολειμματικής λειτουργίας των β-κυττάρων
 - δ) Πρακτικώς ποτέ**
4. Η OGTT είναι χρήσιμη για:
 - α) Άτομα στα οποία, ενώ υπάρχει ισχυρή υποψία διαβήτη, έχουν φυσιολογική ή διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας
 - β) Άτομα που παρουσιάζουν γλυκόζη νηστείας φυσιολογική, αλλά μεταγευματική αυξημένη
 - γ) Διάκριση των καταστάσεων που προδιαθέτουν σε ΣΔ τύπου 2
 - δ) Όλα τα παραπάνω**
5. Ποιοι πρέπει να ελέγχονται για ΣΔ τύπου 2;
 - α) Όσοι παχαίνουν ανεξήγητα
 - β) Οι καρδιοπαθείς
 - γ) Οι συγγενείς α' βαθμού ασθενούς με ΣΔ τύπου 2**
 - δ) Όσοι δεν ασκούνται

Ταξινόμηση – Θεραπευτικοί στόχοι

Παναγιώτης Τσαπόγας

1. Ποια πρόταση είναι αληθής;
 - α) **Για τον κλινικό γιατρό και για τον ασθενή είναι περισσότερο σημαντικό να καταλάβουν την παθογένεια της υπεργλυκαιμίας και να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά, παρά να βάλουν μια ετικέτα για τον συγκεκριμένο τύπο διαβήτη**
 - β) Για τον κλινικό γιατρό και για τον ασθενή είναι περισσότερο σημαντικό να βάλουν μια ετικέτα για τον συγκεκριμένο τύπο διαβήτη, παρά να καταλάβουν την παθογένεια της υπεργλυκαιμίας
 - γ) Για τον κλινικό γιατρό και για τον ασθενή είναι περισσότερο σημαντικό να διαγνώσουν έγκαιρα το διαβήτη τύπου 1 και να τον αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά, παρά τον διαβήτη τύπου 2
 - δ) Για τον κλινικό γιατρό και για τον ασθενή είναι περισσότερο σημαντικό να διακρίνουν τη φύση της υποκείμενης μεταβολικής διαδικασίας παρά να ασχοληθούν με τη βαρύτητά της, που αντικατοπτρίζεται στο βαθμό της υπεργλυκαιμίας
 - ε) Για τον κλινικό γιατρό και για τον ασθενή είναι περισσότερο σημαντικό να διακρίνουν τη βαρύτητα της μεταβολικής διαταραχής που αντικατοπτρίζεται στο βαθμό της υπεργλυκαιμίας, παρά τη φύση αυτής καθ' εαυτής της διαδικασίας

2. Ο διαβήτης τύπου 1 μπορεί να εκδηλωθεί ως
 - α) διαβητική κετοξέωση
 - β) μέτρια υπεργλυκαιμία νηστείας που εξελίσσεται γρήγορα σε βαριά υπεργλυκαιμία ή/και διαβητική κετοξέωση επί λοιμώξεων ή άλλου στρες
 - γ) υπεργλυκαιμία αλλά με κάποια υπολειπόμενη έκκριση ινσουλίνης για χρόνια που προφυλάσσει από διαβητική κετοξέωση, αλλά τελικά οι πάσχοντες χρειάζονται ινσουλίνη για την επιβίωσή τους και κινδυνεύουν από διαβητική κετοξέωση
 - δ) το Α και το Β
 - ε) τα Α, Β και Γ**

3. Ποια πρόταση είναι αληθής;
 - α) Μπορεί της εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2 να προηγηθεί υπεργλυκαιμία, αλλά αυτή δεν προκαλεί ιστολογικές και λειτουργικές βλάβες σε διάφορους ιστούς
 - β) Μπορεί της εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2 να προηγηθεί υπεργλυκαιμία νηστείας αλλά κατά την περίοδο αυτή ανευρίσκονται ένα ή (συνήθως) περισσότερα αυτοαντισώματα
 - γ) Μπορεί της εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2 να προηγηθεί υπεργλυκαιμία επί μακρά περίοδο χωρίς κλινικά συμπτώματα**
 - δ) Άλλος όρος - μη αποδεκτός- για το διαβήτη τύπου 2 είναι ο LADA
 - ε) Το σύνδρομο του δύσκαμπτου ανθρώπου (stiff-man syndrome) που περιλαμβάνει διαταραχή του ΚΝΣ και εκδηλώνεται με δυσκαμψία των κεντρικών μυών με επώδυνες συσπάσεις, κατατάσσεται στο διαβήτη τύπου 2

4. Εκτός από το MODY, στο διαβήτη λόγω γονιδιακής βλάβης ανήκουν οι εξής τύποι:
 - α) Παροδικός και μόνιμος νεογνικός διαβήτης
 - β) Διαβήτης από βλάβη του μιτοχονδριακού DNA
 - γ) Ιδιοπαθής διαβήτης
 - δ) τα Α και Β**
 - ε) Τα Α, Β και Γ

5. Σύμφωνα με τις οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας
- α) Εάν κατά τη διάγνωση του ΣΔ η τιμή της HbA1c είναι εντός στόχου ($\leq 7.0\%$) επιδίωξη είναι η διατήρησή της σ' αυτό το επίπεδο
 - β) Όποτε επιτυγχάνεται ρύθμιση της HbA1c σε επίπεδο χαμηλότερο του εξατομικευμένου στόχου για το συγκεκριμένο ασθενή, επιδιώκεται να διατηρείται το επίπεδο αυτό, εφόσον όμως η εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή δεν επιβαρύνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και δεν προκαλεί συχνά υπογλυκαιμίες
 - γ) Αν ο στόχος της HbA1c 7.0% δεν μπορεί να επιτευχθεί με μεταγευματικές τιμές γλυκόζης πλάσματος 90-180 mg/dl, πρέπει να επιτευχθεί περαιτέρω ελάττωσή τους στο 90-140 mg/dl
- δ) Τα Α και Β**
- ε) Τα Α, Β και Γ
6. Σύμφωνα με την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία
- α) Η προσπάθεια μείωσης της HbA1c πολύ κάτω του 7.0%, εγγύς των φυσιολογικών ορίων, δεν φαίνεται να επιφέρει σημαντική περαιτέρω μείωση του κινδύνου μικροαγγειοπάθειας, ενώ ενδεχομένως αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.
 - β) Στις περιπτώσεις όπου οι στόχοι για την HbA1c δεν μπορούν να επιτευχθούν, κάθε βελτίωση της τιμής της θεωρείται ευεργετική
 - γ) Για την επιλογή του γλυκαιμικού στόχου και του θεραπευτικού σχήματος που θα απαιτηθεί για την επίτευξή του, σημαντική αξία έχει η εκτίμηση της επιθυμίας, ικανότητας και δυνατότητας του ασθενούς για την εφαρμογή των οδηγιών
- δ) Το Α και το Γ
- ε) Τα Α και Β και Γ**

Ινσουλινοαντίσταση

Ιωάννης Ιωαννίδης

1. Η αντίσταση στην ινσουλίνη σχετίζεται με όλα τα πιο κάτω εκτός από ένα. Σημειώστε αυτό που δεν συσχετίζεται με την αντίσταση στην ινσουλίνη:
 - α) ΣΔ τύπου 2
 - β) Υπέρταση
 - γ) Υπερχοληστερολαιμία**
 - δ) Πολυκυστικές ωθήκες
 - ε) Μερικές μορφές καρκίνου
 - στ) Πολυκυστικές ωθήκες
2. Η αντίσταση στην ινσουλίνη:
 - α) Οφείλεται μόνο σε γενετικούς παράγοντες.
 - β) Έχει γενετικό υπόστρωμα αλλά αυξάνεται με την επίδραση της σωματικής αδράνειας και της παχυσαρκίας.
 - γ) Έχει γενετικό υπόστρωμα αλλά αυξάνεται από παράγοντες του περιβάλλοντος (παχυσαρκία, μόλυνση, σύγχρονος τρόπος διατροφής) καθώς και από τις συνθήκες ενδομήτριας ανάπτυξης.**
3. Η αντίσταση στην ινσουλίνη:
 - α) Οδηγεί πάντα σε ΣΔ τύπου 2.
 - β) Οδηγεί σε ΣΔ μόνο όταν ανεπαρκεί και το β κύτταρο.**
4. Η αντίσταση στην ινσουλίνη αφορά:
 - α) τον λιπώδη ιστό
 - β) τον μυϊκό ιστό
 - γ) το ήπαρ
 - δ) τον εγκέφαλο
 - ε) όλα τα ανωτέρω**
5. Η αντίσταση στην ινσουλίνη σχετίζεται με την φλεγμονή στον λιπώδη ιστό. Γι' αυτό ξεκινά η φλεγμονή αυτή;
 - α) Λόγω υποξίας
 - β) Λόγω οξειδωτικού και stress ενδοπλασματικού δικτύου.
 - γ) Λόγω διατροφικής ενδοτοξιναιμίας.
 - δ) Λόγω αλλαγής μεγέθους των λιποκυττάρων (υπερτροφία) και παραγωγής κυταροκινών.
 - ε) Λόγω όλων των ανωτέρω**

Παγκρεατική νησιδιακή δυσλειτουργία

Σταύρος Λιάτης

1. Ποιο είναι το σημαντικότερο φυσιολογικό εκκριταγωγό ερέθισμα για την ινσουλίνη;
 - α) Η γλυκαγόνη
 - β) Η σωματοστατίνη
 - γ) Η γλυκόζη**
 - δ) Η κορτιζόλη
 - ε) Η αδρεναλίνη
2. Σύμφωνα με δεδομένα από κλινικές μελέτες στο διαβήτη τύπου 2, τι ποσοστό της εκκριτικής ικανότητας του β-κυττάρου υπολογίζεται ότι έχει χαθεί κατά τη διάγνωση της νόσου;
 - α) 10%
 - β) 25%
 - γ) 50%**
 - δ) 75%
 - ε) 90%
3. Πότε εμφανίζεται η διαταραχή της λειτουργικότητας του β-κυττάρου κατά την φυσική εξέλιξη του διαβήτη τύπου 2;
 - α) Όταν υπάρχουν συμπτώματα υπεργλυκαιμίας
 - β) Κατά τη διάγνωση του διαβήτη
 - γ) Όταν η αντίσταση στην ινσουλίνη υπερβεί κάποιο συγκεκριμένο όριο
 - δ) Όταν για τη ρύθμιση του διαβήτη απαιτείται πλέον η χορήγηση ινσουλίνης εξωγενώς
 - ε) Στο στάδιο του προδιαβήτη ή και νωρίτερα**
4. Πού οφείλεται η ελαττωμένη εκκριτική ικανότητα του β-κυττάρου στον διαβήτη τύπου 2;
 - α) Στη μειωμένη παραγωγή GLP-1
 - β) Στη μειωμένη μάζα των β-κυττάρων
 - γ) Σε άγνωστη διαταραχή της λειτουργικότητάς τους
 - δ) Σε μετάλλαξη στο γονίδιο KCNJ11 που κωδικοποιεί τη δομική υπομονάδα Kir6 στους διαύλους καλίου του β-κυττάρου
 - ε) Β+Γ**
 - στ) Β+Γ+Δ
5. Ποιος από τους παρακάτω είναι ο πιο αξιόπιστος δείκτης εκτίμησης της λειτουργικότητας των β-κυττάρων;
 - α) Ο δείκτης διαθεσιμότητας της ινσουλίνης (disposition index)**
 - β) Η ινσουλίνη πλάσματος νηστείας
 - γ) Ο δείκτης HOMA-R
 - δ) Ο δείκτης HOMA-B
 - ε) Η ινσουλίνη πλάσματος μισή ώρα μετά από οGTT

Βασικές αρχές σύνταξης του διαιτολογίου

Καλλιόπη Φακατσέλη

1. Την κύρια πηγή ενέργειας σε όλους τους ιστούς αποτελούν:
 - α) λίπη
 - β) υδατάνθρακες**
 - γ) πρωτεΐνες
2. Σε ασθενή ετών 50, με ΣΔ τύπου ΙΙ, βάρους 97 Kg, ύψους 1.78, με BMI=30,7 και καθιστική ζωή όσον αφορά την δραστηριότητα του, προσδιορίστε πόσων θερμίδων διαιτολόγιο θα του προτείνετε:
 - α) είναι 2010 θερμίδες
 - β) είναι 2400 θερμίδες**
 - γ) είναι 1540 θερμίδες
 - δ) είναι 2200 θερμίδες
3. Συνηθισμένο γεύμα αποτελείται από 120 γρ. μοσχάρι, 2/3 φλιτζανιού βρασμένο ρύζι, 1 φλιτζάνι βρασμένα χορταρικά, 1 φέτα ψωμί πιτυρούχο, 1 λεπτή φέτα πεπόνι και μια μπάλα παγωτό. Το γεύμα αυτό περιέχει:
 - α) 95 γρ. άμυλο και 720 θερμίδες
 - β) 97 γρ. άμυλο και 860 θερμίδες
 - γ) 105 γρ. άμυλο και 690 θερμίδες**
4. Ποια από τις παρακάτω τροφές δεν περιέχει υδατάνθρακες;
 - α) 1 πιάτο λαχανικά
 - β) 1 φρούτο
 - γ) 2 φρυγανιές
 - δ) 1 φέτα τυρί light
 - ε) 1 χοιρινή μπριζόλα 90 γραμ.**
5. Με ποιο από τα παρακάτω μπορούμε να ανταλλάξουμε 1 φέτα ψωμί και ένα ποτήρι γάλα;
 - α) 1 γιαούρτι αγελάδος
 - β) 1 μπάλα παγωτού light
 - γ) 1 μήλο
 - δ) 1 μικρό μπολ ρυζόγαλο χωρίς ζάχαρη**
6. Σε ποιες από τις ομάδες τροφίμων υπάρχουν υδατάνθρακες:
 - α) γαλακτοκομικά**
 - β) κρέατα
 - γ) λαχανικά**
 - δ) φρούτα**
 - ε) λιπαρά
 - στ) ψωμί-δημητριακά**
 - ζ) όλες οι παραπάνω

Ο έλεγχος της γλυκόζης από τον ασθενή

Κωνσταντίνος Σωτηρόπουλος

1. Ο αυτομέτρηση του σακχάρου αίματος αποτελεί
 - α) τη μοναδική αξιόπιστη μέθοδο για εκτίμηση του γλυκαιμικού ελέγχου
 - β) μειώνει την ανάγκη επίσκεψης στο διαβητολόγο
 - γ) ισοδύναμο της μέτρησης της HbA1c
 - δ) χρήσιμο εργαλείο για την επίτευξη των γλυκαιμικών στόχων**
 - ε) μία χαμηλού κόστους μέθοδο εκτίμησης γλυκαιμικού ελέγχου
 - στ) εγγύηση για το καλό γλυκαιμικό έλεγχοποιο από τα παραπάνω είναι το σωστό;
2. Η μέτρηση της γλυκόζης πρέπει να γίνεται
 - α) πάντα με τον ασθενή νηστικό το πρωί
 - β) προ του πρωινού και προ του βραδινού γεύματος
 - γ) το πρωί και δύο ώρες μετά το μεσημβρινό γεύμα
 - δ) πριν τα γεύματα και πριν τον ύπνο
 - ε) σε συχνότητα και χρόνο εξατομικευμένα για τον ασθενή**
 - στ) τουλάχιστον έξι φορές ημερησίωςποιο από τα παραπάνω είναι το σωστό;
3. Ο αυτοέλεγχος του σακχάρου δεν είναι απαραίτητος
 - α) στους ασθενείς με διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη**
 - β) στους διαβητικούς ασθενείς υπό δίαιτα μόνο
 - γ) στους ασθενείς που λαμβάνουν μόνο δισκία
 - δ) όταν ο ασθενής ρυθμίζεται καλά
 - ε) αν ο ασθενής τηρεί με ευλάβεια σταθερές ώρες γευμάτων και πρόγραμμα άσκησης
 - στ) αν η μέτρηση HbA1c επαναλαμβάνεται κάθε μήναποιο από τα παραπάνω είναι το σωστό;
4. Η μέτρηση της γλυκόζης αίματος από τον ασθενή επιτρέπει
 - α) τη καλύτερη εναρμόνιση με την άσκηση
 - β) την καλύτερη αντιμετώπιση οξειών καταστάσεων
 - γ) τη δυνατότητα μικρών διατητικών παρεκτροπών του ασθενούς**
 - δ) την ανίχνευση ή επιβεβαίωση υπογλυκαιμίας
 - ε) τη λήψη καλύτερων αποφάσεων από τον ιατρό
 - στ) την ευαισθητοποίηση και συμμετοχή του ασθενούς στην αντιμετώπιση του διαβήτη τουποιο από τα παραπάνω είναι το λάθος;
5. Η αυτομέτρηση σακχάρου αίματος συστήνεται σε ασθενείς
 - α) με τύπου 1 σακχαρώδη διαβήτη
 - β) με τύπου 2 διαβήτη υπό ινσουλίνη
 - γ) με διαβήτη κυήσεως
 - δ) ανεξαρτήτως της φύσης του διαβήτη τους
 - ε) ιδιαίτερα όταν τροποποιείται η αντιδιαβητική αγωγή τους**στ) με ευγλυκαιμία χωρίς παρέμβαση αλλά έχουν κληρονομικό ιστορικό** διαβήτη
ποιο από τα παραπάνω είναι το λάθος;
6. Η μέτρηση της γλυκόζης ούρων
 - α) αντικαθιστά τη μέτρηση στο αίμα
 - β) είναι φτηνότερη από τη μέτρηση στο αίμα και πρέπει να προτιμάται
 - γ) δείχνει τη κατάσταση της νεφρικής βλάβης από το διαβήτη
 - δ) μπορεί να φανεί χρήσιμη επί αδυναμίας μέτρησης τιμής γλυκόζης στο αίμα και κυρίως για το προσδιορισμό κετονών**
 - ε) είναι μέθοδος ακριβείας
 - στ) είναι απαραίτητη για την εκτίμηση γλυκαιμικού ελέγχουποιο από τα παραπάνω είναι το σωστό;

Μετφορμίνη – Πιογλιταζόνη

Παναγιώτης Χαλβατσιώτης

1. Δύο κατηγορίες αντιδιαβητικών δισκίων βελτιώνουν την ινσουλινική ευαισθησία:
 - α) Τα διγουανίδια και οι γλιταζόνες**
 - β) Τα διγουανίδια και η αναστολείς των γλυκοσιδασών
 - γ) Τα διγουανίδια και οι σουλφονουλουρίες
 - δ) Τα διγουανίδια, οι γλιταζόνες και οι μετιγλινίδες
 - ε) Οι γλιταζόνες και οι αναστολείς των γλυκοσιδασών
2. Όλες οι επιστημονικές εταιρείες (EASD, ADA, AACE, EDE) προτείνουν ότι μετά την τροποποίηση των υγεινοδιαιτητικών συνθηκών ως πρώτη επιλογή για την αντιδιαβητική από του στόματος αγωγή προτείνεται:
 - α) Σε απουσία αντενδείξεων η μετφορμίνη**
 - β) Σε απουσία αντενδείξεων η πιογλιταζόνη
 - γ) Σε απουσία αντενδείξεων οι αναστολείς των γλυκοσιδασών
 - δ) Σε απουσία αντενδείξεων οι σουλφονουλουρίες
3. Ιδιαίτερη προσοχή για τη νεφρική λειτουργία απαιτείται στη χορήγηση σκιαγραφικών όταν ο διαβητικός βρίσκεται υπο αντιδιαβητική αγωγή με:
 - α) Ακαρβόζη
 - β) Μετφορμίνη**
 - γ) Πιογλιταζόνη
 - δ) Βιλνταγλιπτίνη
 - ε) Γλιβενκλαμίδη
4. Η εμφάνιση υπογλυκαιμικών επεισοδίων είναι πιο συχνή όταν η χορηγούμενη αντιδιαβητική αγωγή είναι:
 - α) Τα διγουανίδια
 - β) Οι αναστολείς γλυκοσιδασών
 - γ) Οι γλιταζόνες
 - δ) Οι σουλφονουλουρίες**

Σουλφονουλουρίες – Γλινίδες, Αναστολείς DPP-4, Αγωνιστές GLP-1

Ιωάννης Κυριαζής

1. Ποιο από τα παρακάτω δεν είναι σωστό για τις σουλφονουλουρίες;
 - α) Διεγείρουν την έκκριση ινσουλίνης ανεξάρτητα από τα επίπεδα γλυκόζης αίματος
 - β) Συνδέονται με συγκεκριμένους υποδοχείς στην μεμβράνη των βήτα κυττάρων
 - γ) Μπορεί να επιδεινώσουν την υπερινσουλιναιμία και να αυξήσουν το βάρος
 - δ) Προκαλούν συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό**
2. Ποιο από τα παρακάτω είναι σωστό για τις σουλφονουλουρίες;
 - α) Η μέγιστη υπογλυκαιμική δράση των σουλφονουλουριών επιτυγχάνεται σχεδόν με την μέση ανώτερη συνιστώμενη θεραπευτική δόση**
 - β) Χρειάζονται υψηλές δόσεις για την μέγιστη υπογλυκαιμική δράση
3. Ποιο από τα παρακάτω είναι σωστό για τις γλιταζόνες;
 - α) Αυξάνουν την ευαισθησία των περιφερικών ιστών στην ινσουλίνη**
 - β) Ενδείκνυνται σε διαβητικά άτομα με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια
 - γ) Προκαλούν συχνά σοβαρές υπογλυκαιμίες
 - δ) Δεν προκαλούν αύξηση του σωματικού βάρους
4. Ποιο από τα παρακάτω είναι σωστό για τα φάρμακα του ινκρετινικού συστήματος;
 - α) Μειώνουν την παραγωγή ινσουλίνης από το πάγκρεας
 - β) Αυξάνουν την παραγωγή της γλυκαγόνης από το πάγκρεας
 - γ) Αυξάνουν την αντίσταση στην Ινσουλίνη
 - δ) Αυξάνουν την παραγωγή ινσουλίνης κυρίως μεταγευματικά**
5. Το GLP-1 είναι το
 - α) Παρόμοιο με τη γλουκαγόνη πεπτιδίο 1**
 - β) Εξαρτώμενο από τη γλυκόζη ινσουλινοτρόπο πεπτιδίο
6. Η δράση του GLP-1 στα β-κύτταρα έχει ως αποτέλεσμα
 - α) Αυξημένη έκκριση ινσουλίνης ανεξαρτήτως τιμών γλυκόζης
 - β) Αυξημένη έκκριση ινσουλίνης με γλυκοζοεξαρτώμενο τρόπο**
 - γ) Μειωμένη έκκριση ινσουλίνης ανεξαρτήτως τιμών γλυκόζης
 - δ) Μειωμένη έκκριση ινσουλίνης με γλυκοζοεξαρτώμενο τρόπο
7. Οι αναστολείς DPP-IV έχουν δράση
 - α) Στο GLP-1
 - β) Στο GIP
 - γ) Και στα δυο**

Έναρξη ινσουλίνης

Στυλιανή Ηρακλειανού

1. Ο Δ.Κ. ετών 62, διαβήτης από 10ετίας BMI 30,5. Υπέρταση, υπερχοληστερλαιμία, κρεατινίνη: 1,8 mg%, Hba1c 8,8 γλυκόζη νηστείας 180 mg%. Αγωγή μετφορμίνη 850X2 γλιμεπιρίδη 4 mg 1X1, βιλνταγλιπτίνη 50X2
Στο ασθενή θα έπρεπε να γίνει
 - α) Τροποποίηση αντιδιαβητικών δισκίων
 - β) Τροποποίηση αντιδιαβητικών δισκίων και προσθήκη βασικής ινσουλίνης**Τι θα προτείνετε για τον ασθενή;
2. Ασθενής με ΣΔτ2 μετά από OEM προσέρχεται με a1c 9.5% και σάκχαρα νηστείας > 200 mg%. Λαμβάνει γλιμεπιρίδη 4 και μετφορμίνη 1000X2. Στη διάρκεια της νοσηλείας του έλαβε ινσουλίνη. Τι θα του προτείνετε;
 - α) Αύξηση της γλιμεριδης και μερφορμίνης
 - β) Προσθήκη αναστολέα του DPP4
 - γ) Προσθήκη γλιταζόνης
 - δ) Προσθήκη GLP-1
 - ε) Ινσουλίνη**
3. Η δόση της levimir ή της lantus αναπροσαρμόζεται ανάλογα με:
 - α) Την τιμή της HbA1c
 - β) Τις μεταγευματικές τιμές σακχάρου
 - γ) Την τιμή γλυκόζης σακχάρου**
 - δ) Όλα τα παραπάνω
4. Οι θεραπευτές έχουν σημαντικό ποσοστό ευθύνης για την παρατηρούμενη άρνηση των ασθενών να αρχίσουν αγωγή με ινσουλίνη
 - α) Σωστό**
 - β) Λάθος

Εντατικοποίηση

Μαριάννα Μπενρουμπή

1. Εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας σημαίνει:
 - α) Τουλάχιστον 3 ενέσεις την ημέρα
 - β) Μια βασική και ταχείας σε κάθε γεύμα
 - γ) Τρεις φορές την ημέρα μείγμα ινσουλίνης
 - δ) Όλα τα παραπάνω
 - ε) Κανένα από τα παραπάνω

2. Η μετάταξη από βασική – δισκία σε άλλο σχήμα είναι αναγκαία όταν:
 - α) Η Hba1c είναι πάνω από 7,5%
 - β) Η Hba1c είναι πάνω από 7%
 - γ) «Εξατομικεύεται»
 - δ) Τίποτε από τα παραπάνω

3. Στο εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλίνης διατηρούμε τη χορήγηση
 - α) Μετφορμίνης
 - β) DPP4 ανταγωνιστών
 - γ) GLP-1 αναλόγων
 - δ) Κανένα από τα παραπάνω

4. Ο κ. ΚΜ ετών 65, κάνει 300μον. ινσουλίνης βραδείας δράσης, έχει ζάχαρο νηστείας 130mg προ του γεύματος 190mg προ του δείπνου 230mg. Παίρνει μετφορμίνη 850X2 γλιμεπιρίδη 6mg. ΗΒa1c 7.9%. Τι θα του προτείνετε:
 - α) Να αυξήσει τη βραδεία κατά 2-4 μονάδες
 - β) Να προσθέσει αναστολέα DPP4
 - γ) Να προσθέσει GLP-1 ανάλογο
 - δ) Να κάνει μίγμα ινσουλίνης πρωί βράδυ
 - ε) Να προσθέσει στα ήδη υπάρχοντα μια ταχείας δράσης

Αρτηριακή υπέρταση

Αντώνιος Αλαβέρας

1. Γενικά, ο στόχος της συστολικής αρτηριακής πίεσης στο σακχαρώδη διαβήτη είναι:
 - α) <145 mmHg
 - β) <140 mmHg**
 - γ) <135 mmHg
 - δ) <130 mmHg

2. Ποια αντιυπερτασικά αυξάνουν τα επίπεδα του καλίου του ορού
 - α) β-αποκλειστές
 - β) αΜΕΑ/σαρτάνες
 - γ) Σπειρονολακτόνη
 - δ) Κλονιδίνη
 - ε) Όλα τα ανωτέρα
 - στ) Το 1,2,3**

3. Σε έναν ασθενή που λαμβάνει αΜΕΑ και παρατηρείται αύξηση της κρεατινίνης του ορού:
 - α) Συνεχίζει ίδια αγωγή εφόσον αποδεικνύεται αποτελεσματική
 - β) Διακόπτεται η χορήγηση με αΜΕΑ και αντικαθίσταται με σαρτάνη
 - γ) Μειώνεται η δόση του αΜΕΑ και προστίθεται αναστολέας ασβεστίου
 - δ) Διακόπτεται η χορήγηση αΜΕΑ εφόσον τα επίπεδα της κρεατινίνης αυξηθούν άνω του 30% και αντικαθίσταται με άλλο αντιυπερτασικό, εκτός αποκλειστή του άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης- αλδοστερόνης**

4. Αντιυπερτασικά που ενδείκνυνται στην κύηση:
 - α) Μεθυλντόπα
 - β) Λαμπεταλόλη
 - γ) Διλτιαζέμη
 - δ) Κλονιδίνη
 - ε) Αναστολείς αγγειοτασίνης II
 - στ) Πραζοσίνη
 - ζ) Όλα εκτός 5
 - η) Όλα εκτός 5 και 6**

5. Συνδυασμοί αντιυπερτασικών που δεν συνιστώνται:
 - α) Συνδυασμός β αποκλειστή με ρεσερπίνη
 - β) Συνδυασμός αΜΕΑ με αναστολέα αγγειοτασίνης II
 - γ) Συνδυασμός σαρτάνης με αποκλειστή της ρενίνης
 - δ) Συνδυασμός βεραπαμίλης με νιλιτιαζέμη
 - ε) Όλα τα ανωτέρω**
 - στ) Το 1,2,3

Δυσλιπιδαιμία

Μαρίνα Νούτσου

Άνδρας ηλικίας 46 ετών προσέρχεται με πρόσφατη διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη. Έχει BMI= 29.5 kg/m². ΑΠ=125/80mm. Καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα/ημέρα.

Εργαστηριακά:

Γλυκόζη νηστείας: 187 mg/dl, HbA1c: 8.6%, Ουρία: 24 mg/dl, κρεατινίνη: 0.9 mg/dl, Χοληστερόλη: 226 mg/dl, Τριγλυκερίδια: 280 mg/dl, HDL: 35 mg/dl, LDL: 135 mg/dl, SGOT: 47U/l, SGPT: 55U/l, γGT: 93 mg/dl

1. Τι αγωγή θα προτείνουμε
 - α) Δίαιτα – Άσκηση – Ρύθμιση σακχαρώδη διαβήτη – Διακοπή καπνίσματος. Επανεκτίμηση σε 2 μήνες
 - β) Στατίνη + τα παραπάνω**
 - γ) Εζετιμίμη + τα παραπάνω
 - δ) Φιμπράτη + τα παραπάνω
 - ε) Νιασίνη + τα παραπάνω
2. Πώς θα αντιμετωπίσουμε την υπερτριγλυκεριδαιμία;
 - α) Δίαιτα – Άσκηση – Ρύθμιση σακχαρώδη διαβήτη**
 - β) Προσθήκη ω-3 λιπαρών οξέων
 - γ) Προσθήκη Φιμπράτης
 - δ) Προσθήκη Νιασίνης
3. Πώς θα αντιμετωπίσουμε τη χαμηλή HDL;
 - α) Δίαιτα – Άσκηση – Διακοπή καπνίσματος – Ρύθμιση Διαβήτη**
 - β) Προσθήκη Χολεσεβελάμης
 - γ) Προσθήκη Φιμπράτης
 - δ) Προσθήκη Νιασίνης
4. Ποιος οι νέες οδηγίες (2013) της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας για τον ασθενή;
 - α) Πρέπει να δοθεί χαμηλή δόση στατίνης με στόχο < 100 mg/dl
 - β) Πρέπει να δοθεί χαμηλή δόση στατίνης ανεξάρτητα από τον στόχο της LDL
 - γ) Πρέπει να δοθεί υψηλή δόση στατίνης ανεξάρτητα από τον στόχο της LDL**
 - δ) Πρέπει να δοθεί υψηλή δόση στατίνης με στόχο < 70mg/dl
5. Ποια δόση στατίνη από τις παρακάτω είναι πιο δραστική;
 - α) Ατορβαστατίνη 10 mg
 - β) Σιμβαστατίνη 20mg
 - γ) Ροσουβαστατίνη 10mg**
 - δ) Πραβαστατίνη 40mg
 - ε) Όλες οι παραπάνω έχουν παρόμοια δραστικότητα

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή

Ευανθία Διακουμοπούλου

1. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των αιμοπεταλίων στο σακχαρώδη διαβήτη;

Κυκλώστε τη σωστή/ές απαντήσεις.

- α) Αυξημένη προσκολλητική ικανότητα, διέγερση και τάση για συσσώρευση**
- β) Διαταραχές της μεμβράνης με μειωμένη ρεολογική ικανότητα**
- γ) Διαταραχές στον ενδοκυττάριο μεταβολισμό Ca^{++} και Mg^{++}**
- δ) Μειωμένη σύνθεση NO**
- ε) Μειωμένη σύνθεση προστακυκλίνης**

2. Πότε δίνουμε χαμηλές δόσεις ασπιρίνης ως πρωτογενή πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη; Κυκλώστε τη σωστή/ές απαντήσεις.

- α) σε ασθενείς με διαβήτη που είναι σε αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (10ετής κίνδυνος για καρδιαγγειακά επεισόδια > 10%)**
- β) σε ασθενείς με διαβήτη και 10ετή κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια < 5%
- γ) σε ασθενείς με διαβήτη (άνδρες > 50 ετών και γυναίκες > 60 ετών) που έχουν τουλάχιστον ένα επιπρόσθετο μείζονα παράγοντα κινδύνου (κάπνισμα, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, οικογενειακό ιστορικό πρώιμης ΚΑ νόσου, ή αλβουμινουρία)**
- δ) σε ασθενείς με διαβήτη (άνδρες > 40 ετών και γυναίκες > 50 ετών) και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (> 10%)

3. Πότε χρησιμοποιούμε κλοπιδογρέλη στο σακχαρώδη διαβήτη; Κυκλώστε τη σωστή/ές απαντήσεις

- α) Ως πρωτογενή πρόληψη σε όλους τους διαβητικούς ασθενείς με αυξημένο ΚΑ κίνδυνο
- β) Σε ασθενείς με ΚΑ νοσήματα και αποδεδειγμένη αλλεργία ή δυσανεξία στην ασπιρίνη**
- γ) Ως συμπληρωματική θεραπεία (μαζί με ασπιρίνη) τον πρώτο χρόνο μετά από ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο**
- δ) Ως συμπληρωματική θεραπεία (μαζί με ασπιρίνη) τον πρώτο χρόνο μετά από τοποθέτηση μεταλλικής ενδοπρόθεσης (stent) σε στεφανιαία αρτηρία/ες**

4. Πότε δίνουμε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή;

- α) Σε ασθενείς με ήδη εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο (δηλ. τουλάχιστον ένα χρόνο μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, προηγηθείσα επαναγγείωση, στενώσεις στεφανιαίων > 50% στην στεφανιογραφία και/ή ένδειξη καρδιακής ισχαιμίας σε διαγνωστικές εξετάσεις)
 - β) Σε ασθενείς τον πρώτο χρόνο μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που δεν έχουν υποβληθεί σε διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων (PCI)
 - γ) Σε ασθενείς τον πρώτο χρόνο μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που έχουν υποβληθεί σε διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων (PCI) με τοποθέτηση μεταλλικής ενδοπρόθεσης (stent)
 - δ) Σε ασθενείς με εκλεκτική διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων (elective PCI) και τοποθέτηση μεταλλικής ενδοπρόθεσης (stent)
 - ε) Σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις
- στ) Στα 2, 3 και 4**

5. Ποιοι είναι οι κίνδυνοι από τη χορήγηση χαμηλών δόσεων ασπιρίνης για καρδιοπροφύλαξη σε ασθενείς με και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη; Κυκλώστε τη σωστή/ές απαντήσεις
- α) Αύξηση του απόλυτου κινδύνου για αιμορραγικά ΑΕΕ σε 12 ανά 10.000 άτομα**
 - β) Αύξηση του απόλυτου κινδύνου για αιμορραγικά ΑΕΕ σε 100 ανά 10.000 άτομα
 - γ) Αύξηση κατά 54% του κινδύνου για αιμορραγία από το γαστρεντερικό**
 - δ) 2-4 φορές αύξηση του κινδύνου για αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό**
6. Ποια αγωγή χορηγούμε σε οξέα ισχαιμικά μη καρδιοεμβολικά ΑΕΕ και στα παροδικά ΑΕΕ πρώιμα (δηλ. εντός των πρώτων 48 ωρών από την εγκατάσταση του ΑΕΕ);
- α) Ασπιρίνη (160-325 mg)**
 - β) Κλοπιδογρέλη
 - γ) Διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή
 - δ) Ηπαρίνη

Στεφανιαία νόσος, Κ/Λ έλεγχος διαβητικών

Θεμιστοκλής Παναγιώτου

1. Κατά την πρωτοδιάγνωση του διαβήτη, η καρδιολογική εκτίμηση με δοκιμασία κοπώσεως είναι σκόπιμη
 - α) όταν υπάρχουν ΗΚΓ φικά ευρήματα
 - β) όταν υπάρχουν συμπτώματα
 - γ) σε όλους τους ασθενείς
 - δ) όταν ο κ/α κίνδυνος είναι > 10%
 - ε) στα 1 και 2**

2. Η χορήγηση ασπιρίνης ενδείκνυται στο άτομο με διαβήτη
 - α) σαν αγενής πρόληψη κ/α νόσου
 - β) σαν βγενής πρόληψη κ/α νόσου**
 - γ) όταν ο κ/α κίνδυνος είναι > 10%
 - δ) μαζί με κλοπιδογρέλη χρονίως μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου

3. Σε ασθενείς με διαβήτη και κ/α νόσο είναι σκόπιμη η χορήγηση
 - α) ACE-I
 - β) ασπιρίνης
 - γ) στατίνης
 - δ) β-αποκλειστών
 - ε) όλων των ανωτέρων**

4. Σε ασθενείς με διαβήτη και σταθερή καρδιακή ανεπάρκεια αντενδείκνυται η χορήγηση
 - α) TZDs**
 - β) μετφορμίνης
 - γ) β-αποκλειστών
 - δ) ACE-I

Περιφερική νευροπάθεια – διαβητικό πόδι

Μαγδαληνή Μπριστιάνου

1. Η συχνότερη αιτία εμφάνισης διαβητικού έλκους στα κάτω άκρα είναι:
 - α) Περιφερική αγγειοπάθεια
 - β) Περιφερική νευροπάθεια**
 - γ) Νευροισχαιμία
 - δ) Πλατυποδία
 - ε) Φλεβική ανεπάρκεια
2. Οι παρακάτω δοκιμασίες είναι απαραίτητες για την διάγνωση της διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας εκτός από:
 - α) Αντίληψη δονήσεων
 - β) Έλεγχος θερμοκρασίας
 - γ) Δοκιμασία πόνου
 - δ) Τενόντια αντανακλαστικά
 - ε) Ηλεκτρομυογράφημα**
3. Διαφορά θερμοκρασίας 2°C ανάμεσα στα δύο κάτω άκρα είναι χαρακτηριστικό εύρημα στην:
 - α) Ουρική αρθρίτιδα
 - β) Ψωρίαση
 - γ) Διαβητική Περιφερική νευροπάθεια
 - δ) Οστεομυελίτιδα
 - ε) Νευροπάθεια Charcot**
4. Όλα τα παρακάτω είναι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση έλκους στα κάτω άκρα εκτός
 - α) Πλατυποδία**
 - β) Ανατομική δυσμορφία
 - γ) Υπερκερατώσεις
 - δ) Μειωμένη όραση
 - ε) Αιδορωσία
5. Χαρακτηριστικά ευρήματα νευροπάθειας Α.Ν. Σ. είναι όλα εκτός από τα παρακάτω:
 - α) Βραδυκαρδία ηρεμίας**
 - β) Σιωπηλή ισχαιμία μυοκαρδίου
 - γ) Γαστροπάρεση
 - δ) Δυσκοιλιότητα
 - ε) Στυτική δυσλειτουργία

Διαβήτης και κύηση

Αθανάσιος Κοφίνης

1. Ποια τιμή γλυκόζης καθορίζει μετά από σακχαραιμική καμπύλη με λήψη 75 γρ. γλυκόζης τη διάγνωση Σ.Δ. κύησης.
 - α) Η γλυκόζη νηστείας ≥ 92 mg/dl
 - β) Η γλυκόζη μία ώρα μετά ≥ 180 mg/dl
 - γ) Η γλυκόζη 2 ώρες μετά ≥ 153 mg/dl
 - δ) όλες οι ανωτέρω
 - ε) έστω και μία από όλες**
2. Κατά την πρώτη επίσκεψη της εγκύου στο γυναικολόγο, ποια εκ των ανωτέρω κριτηρίων θέτουν την διάγνωση προϋπάρχοντος Σακχαρώδη Διαβήτη
 - α) γλυκόζη νηστείας ≥ 126 mg/dl
 - β) γλυκοζηλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA_{1c} $\geq 6,5\%$
 - γ) τυχαία τιμή γλυκόζης > 200 με επιβεβαίωση υψηλής γλυκόζης νηστείας ή της HbA_{1c}
 - δ) όλα τα ανωτέρω
 - ε) έστω και ένα εκ των ανωτέρω**
3. Ποιο είναι το συνιστώμενο ποσοστό υδατανθράκων στη διατροφή εγκύου με διαβήτη κύησης;
 - α) 20-25%
 - β) 25-30%
 - γ) 30-35%
 - δ) 35-45%**
 - ε) ελεύθερα με αποφυγή των ευαπορόφητων
4. Οι στόχοι της διατροφικής παρέμβασης αποσκοπούν στο να πετύχουν ποιο εκ των κατωτέρω
 - α) Νορμογλυκαιμία
 - β) Προφύλαξη από κέτωση
 - γ) Παροχή επαρκούς σωματικού βάρους
 - δ) Να συμβάλλουν στην καλή κατάσταση του εμβρύου
 - ε) όλα τα ανωτέρω**
5. Πότε αποφασίζεται η έναρξη ινσουλινοθεραπείας στο Σ.Δ. κύησης που αντιμετωπίζεται μέχρι τότε με διαιτητική αγωγή και άσκηση;
 - α) Σε τιμή γλυκόζης νηστείας ≥ 95 mg/dl
 - β) Σε τιμή γλυκόζης τώρα μετά το γεύμα ≥ 130 mg/dl ή ≥ 140 mg/dl
 - γ) Σε τιμή γλυκόζης 2 ώρες μετά το γεύμα ≥ 120 mg/dl
 - δ) Έστω και με μία παράμετρο εκ των ανωτέρω**
 - ε) Επί παρουσίας όλων των ανωτέρω

Διαβήτης και γ' ηλικία

Αναστασία Μαυρογιαννάκη

1. Σε νεοδιαγνωσθέντα διαβητικό τύπου 2, 66 ετών, με μικροκυτταρικό Ca πνεύμονος υπό οξυγονοθεραπεία και ηπατικές μεταθέσεις ποιος είναι ο στόχος για την HbA_{1c};
 - α) Μεταξύ 6.0 - 7.0%
 - β) Μεταξύ 7.1 - 7.5%
 - γ) Μεταξύ 7.6 - 8.5%**
 - δ) $\geq 8.6\%$
2. Διαβητικός, 78 ετών, με διαταραχές μνήμης, αρχόμενη άνοια και χωρίς οικογενειακό περιβάλλον, λαμβάνει μετφορμίνη 1700 mg/ημέρα και προσέρχεται σε τακτική επίσκεψη, προσκομίζοντας HbA_{1c}: 8.5%, Glu: 154 mg/dl και αυτοέλεγχο με σάκχαρα νηστείας 130-160 mg/dl / μεταγευματικά 200-220 mg/dl 2h μετά κάθε γεύμα. Τι από τα παρακάτω θα του συστήνατε;
 - α) Σουλφονουλουρία
 - β) Αναστολέα DPP-4**
 - γ) Γλινίδη πριν κάθε γεύμα**
 - δ) Γευματική ινσουλίνη πριν κάθε γεύμα
 - ε) Βασική ινσουλίνη
3. Διαβητική τύπου 2, 75 ετών, παχύσαρκη, με υπέρταση από 25 ετών, λαμβάνει μετφορμίνη 1000 mg/ημέρα και προσέρχεται σε τακτική επίσκεψη, προσκομίζοντας HbA_{1c}: 7.3%, Glu: 137 mg/dl, Ur: 35 mg/dl, cr: 0.8 mg/dl, SGOT: 80 IU/l, SGPT: 65 IU/l και αυτοέλεγχο σακχάρων αίματος με σάκχαρα νηστείας 132-147 mg/dl, μεταγευματικά 2h < 160 mg/dl. Τι θα της προτείνατε;
 - α) Επιμονή σε αλλαγή του τρόπου ζωής και επανεκτίμηση σε 3 μήνες
 - β) Επιμονή σε αλλαγή του τρόπου ζωής & αύξηση της δόσης μετφορμίνης**
 - γ) Προσθήκη πιογλιταζόνης
 - δ) Προσθήκη αναστολέος DPP-4
4. Διαβητικός, 73 ετών, συντ/χος, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη από 25ετίας, λαμβάνει μετφορμίνη 1700 mg/ημέρα, γλιμεπιρίδη 6 mg και βασική ινσουλίνη 30 U. Προσκομίζει HbA_{1c}: 8.5%, Glu: 164 mg/dl και αυτοέλεγχο με σάκχαρα νηστείας 145-175 mg/dl / μεταγευματικά 205-280 mg/dl 2h μετά κάθε γεύμα. Αναφέρει τακτικά γεύματα και μικρογεύματα και δε θέλει να αυτοελέγχει το σάκχαρό του συχνά. Τι από τα παρακάτω θα του συστήνατε;
 - α) Βασική ινσουλίνη βράδυ, γευματική ινσουλίνη πριν κάθε γεύμα και μετφορμίνη
 - β) Μίγμα ινσουλίνης πρωί - βράδυ και μετφορμίνη**
5. Στους διαβητικούς με υπέρταση τρίτης ηλικίας επιτυγχάνονται μεγαλύτερες μειώσεις στη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τη ρύθμιση:
 - α) της υπεργλυκαιμίας
 - β) της υπέρτασης**