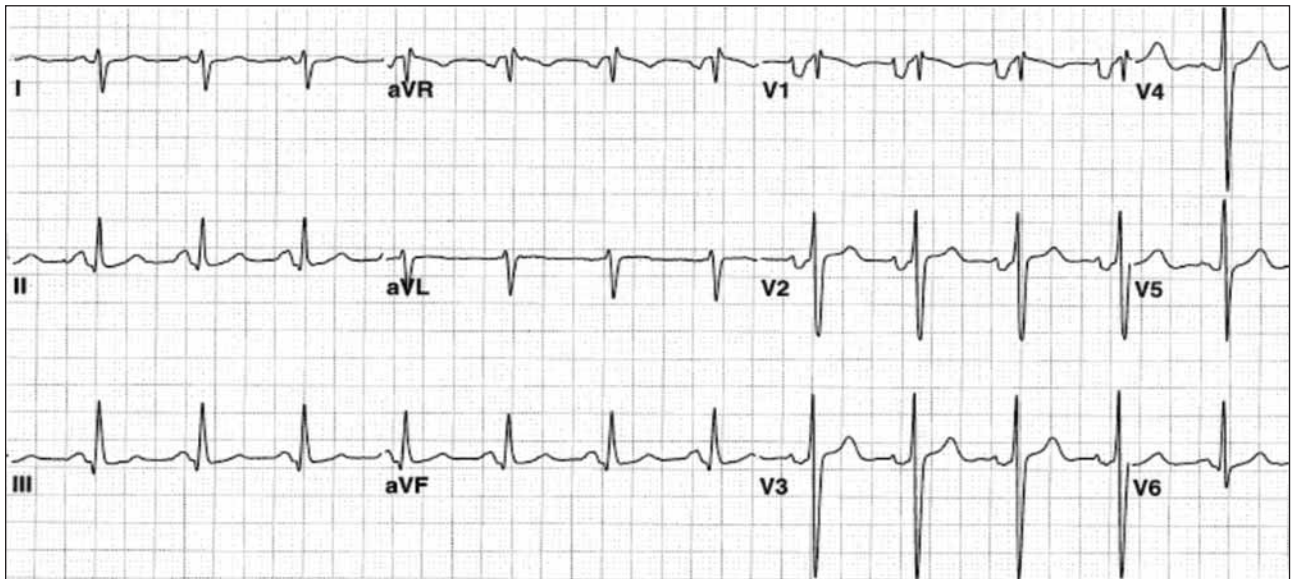


Θέματα προς ανάπτυξη Ειδικότητας Καρδιολογίας Φεβρουάριος 2016

1. A) Τί είναι τὸ σύνδρομο HIT μετὰ ἀπὸ χορήγηση ἡπαρίνης. Πῶς ἀντιμετωπίζεται;
B) Νεότερα δεδομένα στὴν παθοφυσιολογία τῆς ἀσταθοῦς ἀθηρωματικῆς πλάκας.
Πῶς μεταφράζεται στὴν καθημερινή κλινική πράξη;
2. Πνευμονική ἀρτηριακή ὑπέρταση. Νεότερα δεδομένα στὴ θεραπεία.
3. A) Ἀσυμπτωματικὴ βραδυκαρδία. Θεραπευτικὴ προσέγγιση.
B) Σύνδρομο προδιέγερσης. Πῶς ἀντιμετωπίζεται;
4. A) Νεότερα δεδομένα στὴν ὑπολιπιδαιμικὴ ἀγωγή.
B) Ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή σὲ ἀσθενὴ ποὺ πρόκειται νὰ ὑποβληθεῖ σὲ καρδιοανάταξη ἢ κατάλυση κολπικῆς μαρμαρυγῆς.
5. Στεφανιαία ἐφεδρεία ροῆς καὶ ὁ ρόλος τῆς στὴ σύγχρονη ἀντιμετώπιση τῆς στεφανιαίας νόσου.
6. Προσέγγιση ἀσθενοῦς μὲ σοβαρὴ στένωση ἀορτῆς πρὸς μὴ καρδιοχειρουργικὴ ἐπέμβαση.
7. Βραχέα ἀναφορά καὶ χρησιμότητα τῶν κατωτέρω risk score: PESI, GENEVA, GRACE, HAS-BLED, CHADS-VASC, SYNTAX
8. Προσθετικὲς καρδιακὲς βαλβίδες: τύποι καὶ ἐπιπλοκές. Ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή σὲ ἐγκυμονοῦσα γυναῖκα μὲ προσθετικὴ βαλβίδα.
9. α) Ὁξεία καρδιακὴ ἀνεπάρκεια: αἷτια, ταξινόμηση καὶ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπιση.
β) Ὁρισμὸς προχωρημένης καρδιακῆς ἀνεπάρκειας.
10. Καρδιακὰ καὶ μὴ καρδιακὰ αἷτια συγκοπῆς. Διαγνωστικὴ προσέγγιση.

Ἐρωτήσεις πολλαπλῆς ἐπιλογῆς

1. Σὲ ἀσθενεῖς μὲ ἀσυμπτωματικὴ ἀνεπάρκεια μιτροειδοῦς, πότε ἀπαιτεῖται ὑπερηχογραφικὴ ἐκτίμηση σύμφωνα μὲ τὶς εὐρωπαϊκὲς κατευθυντήριες ὁδηγίες;
A. Σὲ μικροῦ βαθμοῦ ἀνεπάρκεια μιτροειδοῦς κάθε 3-5 χρόνια.
B. Σὲ μικροῦ βαθμοῦ ἀνεπάρκεια μιτροειδοῦς κάθε 1-2 χρόνια.
Γ. Σὲ σοβαροῦ βαθμοῦ ἀνεπάρκεια μιτροειδοῦς κάθε 6-12 μῆνες.
Δ. Σὲ σοβαροῦ βαθμοῦ ἀνεπάρκεια μιτροειδοῦς πρὸ συχνὰ (ἀπὸ τοὺς 6-12 μῆνες), ἂν ἡ ἀριστερὴ κοιλία εἶναι διατεταμένη.
2. Ποιὰ ἐκ τῶν κατωτέρω εἶναι σωστὰ γιὰ τὴ μαγνητικὴ τομογραφία καρδιάς (MRI);
A. Ἡ μαγνητικὴ τομογραφία καρδιάς εἶναι ἀξιόπιστη μέθοδος γιὰ τὴν ἐκτίμηση τῶν ὄγκων.
B. Ἡ μαγνητικὴ τομογραφία ἀναδεικνύει τὴν ἔκταση τῆς ἴνωσης μυοκαρδίου.
Γ. Δὲν μπορεῖ νὰ ἀναδείξει τὴ βιωσιμότητα μυοκαρδίου.
Δ. Συμβάλλει στὴ διάγνωση τοῦ ὀξέος ἐμφράγματος μυοκαρδίου.



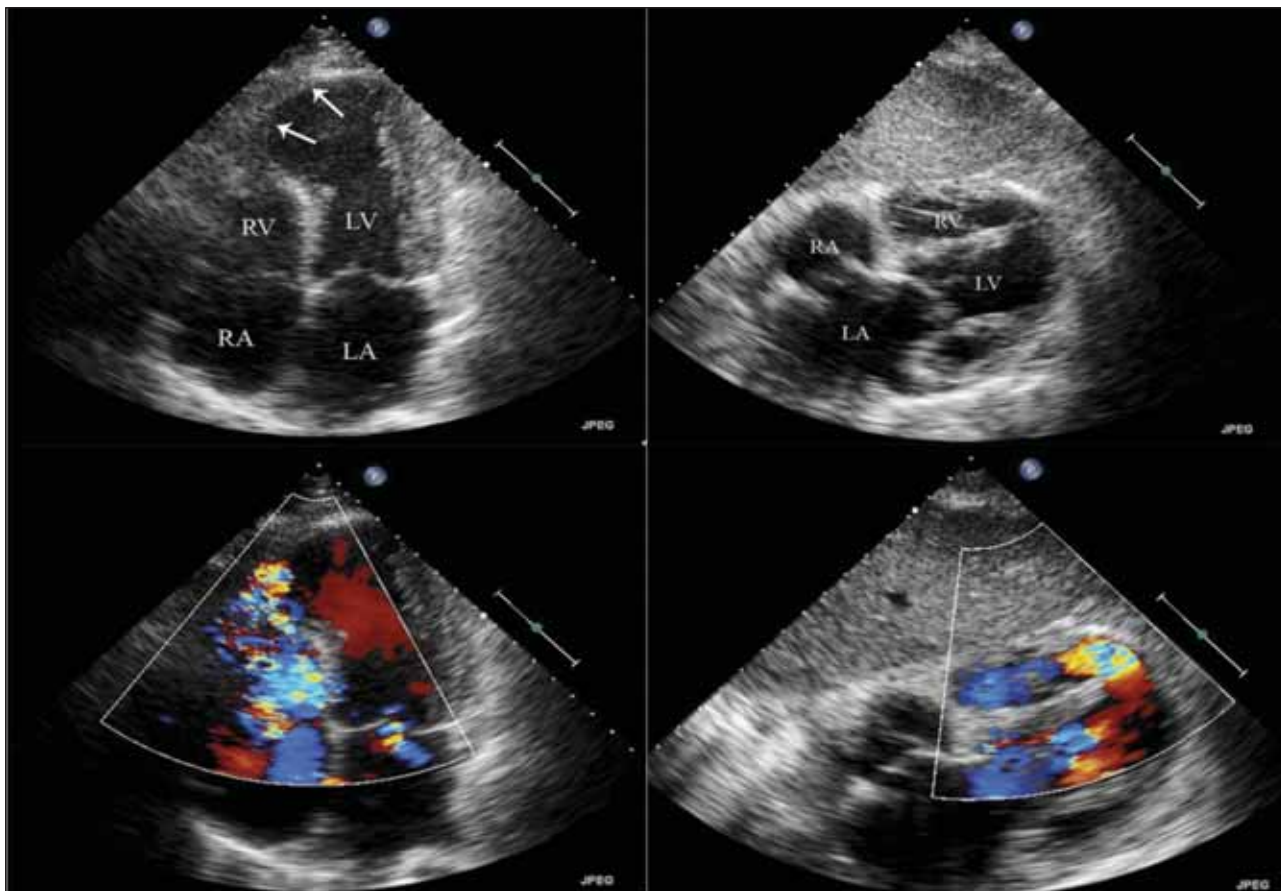
E-4

3. Η ευαισθησία και ειδικότητα του ΗΚΓγραφήματος για την ανάδειξη της υπερτροφίας της άριστερης κοιλίας είναι:
 - A. Ευαισθησία 50% και ειδικότητα 90%.
 - B. Ευαισθησία 90% και ειδικότητα 50%.
 - Γ. Ευαισθησία 90% και ειδικότητα 90%.
 - Δ. Ευαισθησία 50% και ειδικότητα 50%.
4. Η πιο πιθανή διάγνωση με βάσει το ΗΚΓγράφημα (E-4) είναι:
 - A. Πνευμονική έμβολή.
 - B. Πνευμονική υπέρταση.
 - Γ. Στένωση μιτροειδούς με πνευμονική υπέρταση.
 - Δ. Στένωση μιτροειδούς με φυσιολογική πίεση στην πνευμονική.
5. Η ένδοκρινική υπέρταση οφείλεται σέ:
 - A. Φλοιοεπινεφριδιακά αίτια.
 - B. Αντίσταση στην ίνσουλίνη.
 - Γ. Υποθυρεοειδισμό.
 - Δ. Πρωτογενή αντίσταση στην κορτιζόλη.
6. Άσθενής με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή έχει χρόνια ενεργό ήπατίτιδα και έπηρεασμένη ήπατική λειτουργία. Ποιά φαρμακευτική αγωγή θα χορηγήσετε για διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού;
 - A. Άμωδαρόνη.
 - B. Μεξιλετίνη.
 - Γ. Προκαϊνάμιδη.
 - Δ. Σοταλόλη.
7. Η αντιμετώπιση σπασμού των στεφανιαίων αρτηριών κατά την αγγειοπλαστική είναι:
 - α. Αντιχολινεργική φαρμακευτική αγωγή.
 - β. Έπειγον bypass.
 - γ. Χορήγηση νιτροδών ένδοστεφανιαία.
 - δ. Έπειγουσα αγγειοπλαστική.
8. Η άριστερη κοιλία ανταποκρίνεται στη χρόνια ανεπάρκεια της μιτροειδούς με:
 - A. Αύξηση της ευνδοτότητας της.
 - B. Αύξηση της συσταλτικότητάς της.
 - Γ. Συνδυασμό των A+B.
 - Δ. Κανένα από τα παραπάνω.
9. Η συχνότερη συγγενής καρδιοπάθεια στο γενικό πληθυσμό είναι ή:
 - α) Μεσοκοιλιακή επικοινωνία.
 - β) Μεσοκολπική επικοινωνία.
 - γ) Συγγενής δίπτυχη αορτική βαλβίδα.
 - δ) Τετραλογία Fallot.
 - ε) Στένωση του ισθμού της αορτής.
10. Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά;
 - A. Η μετρομίνη συνιστάται να διακόπτεται πριν τον αιμοδυναμικό έλεγχο και να ξεκινά εκ νέου 48 ώρες μετά, με νέο έλεγχο νεφρικής λειτουργίας.
 - B. Φυσιολογικές τιμές GFR > 90ml/min/1.73m².
 - Γ. Σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια συστήνεται ενυδάτωση 5ml/kg/h, 12 ώρες πριν και 24 ώρες μετά τη στεφανιογραφία.

- 11.** Ο παράγοντας που επηρεάζει λιγότερο τον λόγο E/A είναι:
- A. Ταυ.
B. Η πίεση του άριστερου κόλπου.
Γ. Η εϋενδοτότητα της άριστερης κοιλίας.
Δ. Η πρόσφατη ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής.
E. Η πνευμονική αρτηριακή πίεση.
- 12.** Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά για τη νόσο Kawasaki;
- A. Η πάθηση αφορά κυρίως σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών.
B. Αποτελεί την κύρια αιτία ισχαιμικής καρδιοπάθειας στα παιδιά.
Γ. Η θεραπεία μειώνει το ποσοστό των ανευρυσμάτων στα στεφανιαία αγγεία στο 3-5%.
Δ. Η θεραπεία δεν έχει καμία επίπτωση στην εμφάνιση των ανευρυσμάτων στα στεφανιαία αγγεία.
- 13.** Για την αρρυθμογόνο μυοκαρδιοπάθεια/δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας ισχύουν τα κάτωθι:
- A. Κληρονομική νόσος μόνο στο 10% των περιπτώσεων.
B. Αποδίδεται σε μεταλλάξεις των δεσμοσωμάτων του μυοκαρδίου.
Γ. Η νόσος επεκτείνεται από τις ύπενδοκαρδιακές στις ύποεπικαρδιακές στιβάδες.
Δ. Κῦμα <ε> ειδικό της νόσου.
- 14.** Ποιά εκ των κατωτέρω είναι σωστά για τον φλεβοκομβολπικό αποκλεισμό;
- A. Στο ΗΚΓράφημα αναγνωρίζονται σαφώς και οι 3 τύποι φλεβοκομβολπικού αποκλεισμού.
B. Στο ΗΚΓράφημα αναγνωρίζεται σαφώς μόνο ο 1^ο βαθμού φλεβοκομβολπικός αποκλεισμός.
Γ. Στο ΗΚΓράφημα αναγνωρίζεται σαφώς μόνο ο 2^ο βαθμού φλεβοκομβολπικός αποκλεισμός.
Δ. Στο ΗΚΓράφημα αναγνωρίζεται σαφώς μόνο ο 3^ο βαθμού φλεβοκομβολπικός αποκλεισμός.
- 15.** Τα κάτωθι βέλη (E-15) δείχνουν:
- A. Την πρόιμη αναπόλωση.
B. Άνάσπαση ST.
Γ. Εικόνα προσθιοπλαγίου τοιχώματος.
Δ. Βράχυνση του QT ως επί υπερασβεστιαμία.
- 16.** Κριτήρια για να θεωρηθεί ο ασθενής με NSTEMI ύψηλου κινδύνου και να οδηγηθεί στο αιμοδυναμικό εργαστήριο:
- A. GRACE score > 140
B. Δυναμικές αλλαγές του ΗΚΓραφήματος όσον αφορά στο ST διάστημα.
C. Αιμοδυναμική αστάθεια ασθενούς.
D. Προηγούμενη PCI.

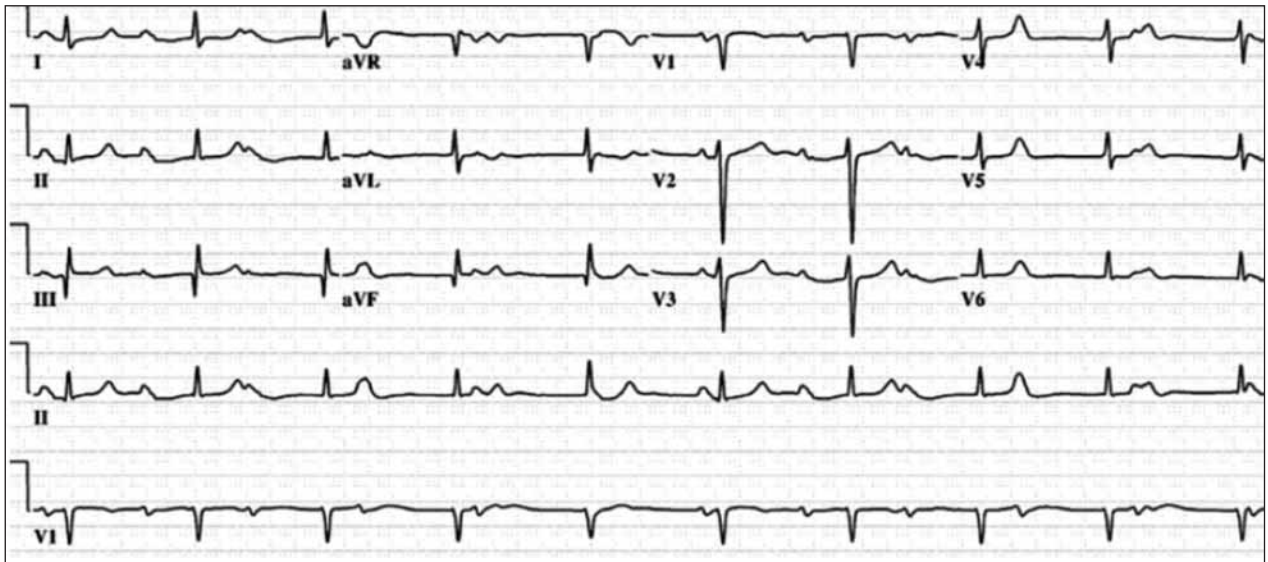


E-15



E-18

17. Τὰ πλέον συνήθη ἐπείγοντα καρδιολογικά συμ-
βάματα σέ ὄγκολογικούς ἀσθενεῖς εἶναι:
Α. Ὁ καρδιακός ἐπιπωματισμός.
Β. Ἡ πνευμονική ἐμβολή.
Γ. Τὰ θρομβοεμβολικά φαινόμενα.
Δ. Ἀρρυθμίες
18. Ποιά εἶναι ἡ διάγνωση τῆς διαθωρακικῆς μελέ-
της (E-18) σέ ἀσθενή με προκάρδιο ἄλγος;
Α. Θρόμβος κορυφῆς.
Β. Περικαρδιακή συλλογή.
Γ. Ὁξεία ἀνεπάρκεια μιτροειδοῦς βαλβίδας.
Δ. Ρήξη τοῦ μεσοκοιλιακοῦ διαφράγματος σέ
ἔμφραγμα κορυφῆς τῆς ἀριστερῆς κοιλίας.
19. Ποιά ἐκ τῶν κάτωθι εἶναι σωστά γιὰ τὴν περι-
καρδίτιδα καὶ ἐγκυμοσύνη;
Α. Μικρὲς καὶ κλινικὰ σιωπηρὲς περικαρδιακὲς
συλλογὲς παρατηροῦνται στὸ τρίτο 3μηνο τῆς
κύησης στὸ 40% τῶν ὑγείων ἐγκύων γυναικῶν.
Β. Ἡ κολχικίνη μπορεῖ νὰ χορηγηθεῖ.
Γ. Ὑψηλὲς δόσεις ἀσπιρίνης μπορεῖ νὰ προκα-
λέσουν πρῶμη σύγκλιση τοῦ Βοτάλειου πόρου.
20. Ποιὲς ἐκ τῶν κάτωθι θεωροῦνται ἀντενδείξεις
γιὰ τὴ διενέργεια τοῦ stress echo;
Α. Ἐπεισόδιο προκάρδιο ἄλγους με αὔξηση
τροπονίνης τὸ τελευταῖο 24ωρο.
Β. Μετὰ ἀπὸ 24 ὥρες ἐπεισοδίου προκάρδιο
ἄλγους χωρὶς αὔξηση τροπονίνης.
Γ. Τὸ συνυπάρχον ἀνεύρυσμα τῆς κοιλιακῆς
ἀορτῆς.
Δ. Ἡ παρουσία LBBB.
21. Ποιὸ ἀπὸ τὰ παρακάτω εἶναι σωστὰ γιὰ τὰ δια-
στήματα A-H καὶ H-V
Α. 40-80 msec, 35-60 msec.
Β. 60-120 msec, 35-60 msec.
Γ. 60-120 msec, 25-50 msec.
Δ. 60-100 msec, 60-80 msec.
22. Ὅλα τὰ παρακάτω φάρμακα παρατείνουν τὸ
QT διάστημα καὶ μπορεῖ νὰ προκαλέσουν
torsades de pointes, ἐκτὸς ἀπὸ:
Α. Ἀμιωδαρόνη.
Β. Ἐρυθρομυκίνη.
Γ. Ἀλοπεριδόλη.



E-23

Δ. Σοταλόλη.

Ε. Κανένα από τὰ παραπάνω.

23. Γυναίκα 32 ἐτῶν μὲ ἱστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας προσέρχεται μὲ ἱστορικό προσδευτικής ἀδυναμίας καὶ κόπωσης καὶ μὲ τὸ ἀκόλουθο ΗΚΓγράφημα (E-23):

Ποιὰ εἶναι ἡ πιὸ πιθανὴ καρδιοπάθεια;

- A. Μεσοκοιλιακὴ ἐπικοινωνία.
B. Μεσοκολπικὴ ἐπικοινωνία.

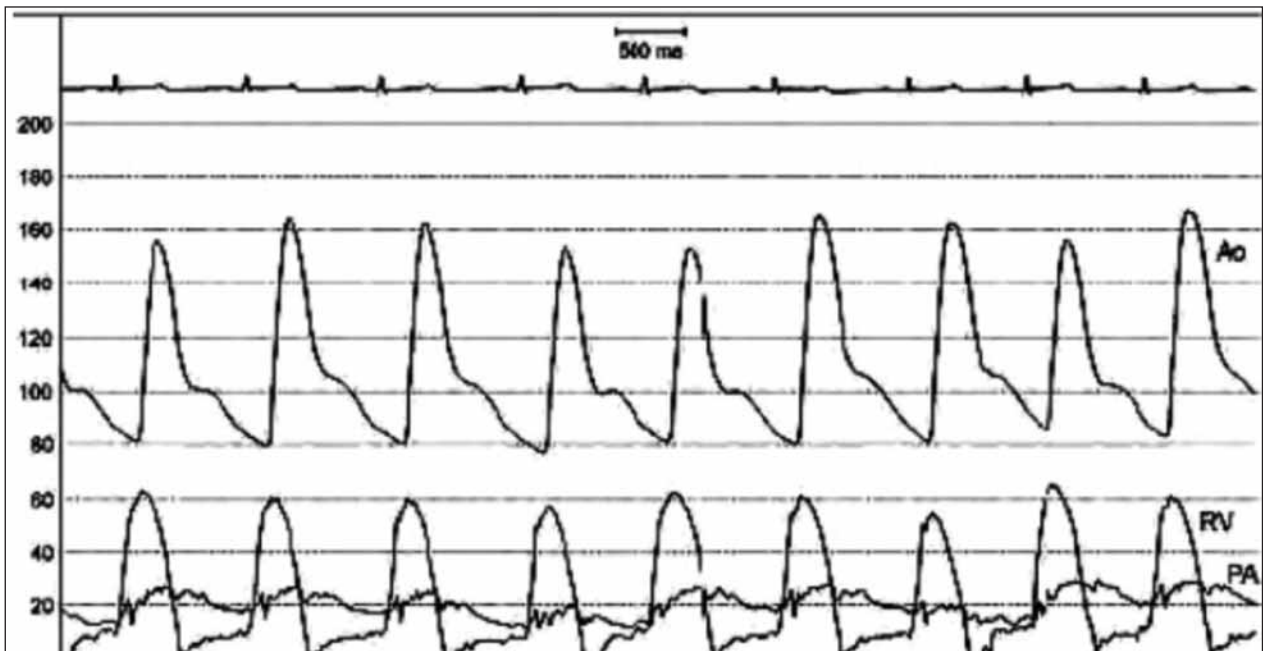
Γ. Ὑποπλαστικὴ ἀριστερὴ κοιλία.

Δ. Συγγενῶς διορθωμένη ἀντιμετάθεση μεγάλων ἀγγείων.

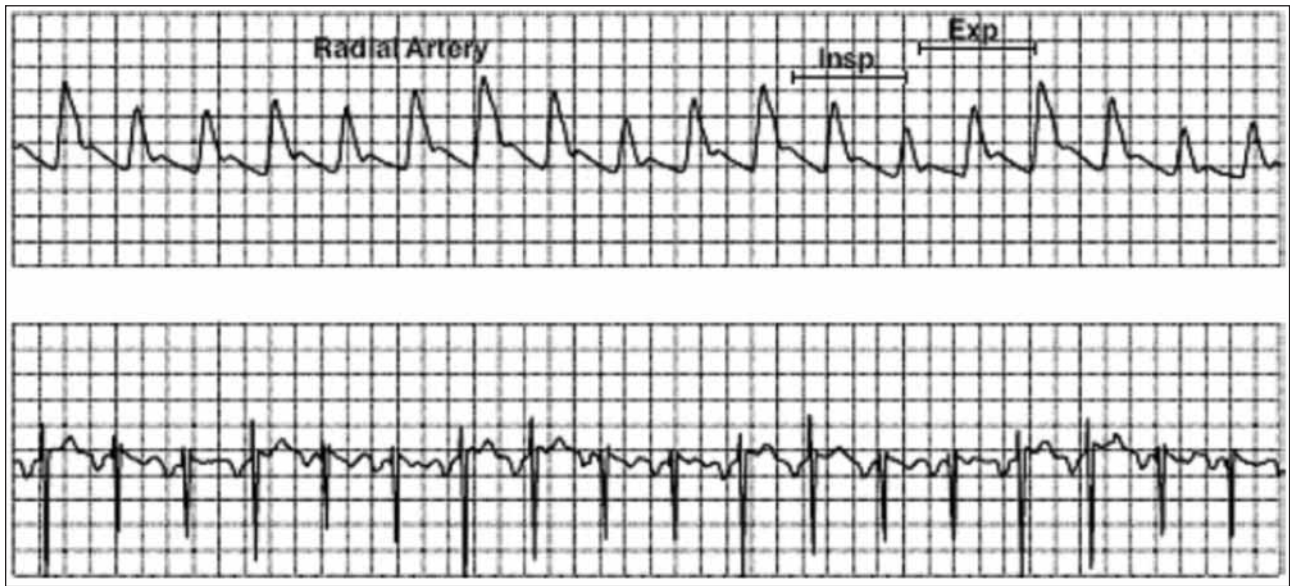
Ε. Ἀνωμαλία Ebstein.

24. Ποιὰ εἶναι ἡ διάγνωση ἀπὸ τὴν παρακάτω καταγραφή τῶν πιέσεων (E-24);

- A. Ἀνεπάρκεια τριγλώχινας.
B. Στένωση τριγλώχινας.
Γ. Ἀνεπάρκεια πνευμονικῆς.
Δ. Στένωση πνευμονικῆς.



E-24



E-25

25. Οί παραπάνω καταγραφές ΗΚΓραφήματος και πίεςσεων (E-25) οδηγούν στη διάγνωση:
- Συμπιεστική περικαρδίτιδα.
 - Περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια.
 - Ίσχαιμική καρδιοπάθεια.
 - Περικαρδιακός επίπωματισμός.
26. Ποιός είναι ο πιο συχνός παθογόνος μικροοργανισμός στην ένδοκαρδίτιδα σε χρήστες ένδοφλέβιων ούσιων;
- Viridans streptococci.
 - Enterococcus faecium.
 - Staphylococcus aureus.
 - Candida parapsilosis.
 - Kingellakingae.
27. Μια γυναίκα 35 ετών με υπέρταση σκέφτεται έγκυμοσύνη. Λαμβάνει 5 mg Perindopril ημερησίως. Ποιό από τα παρακάτω ισχύει;
- Θα πρέπει να παραμείνει στην τρέχουσα άγωγή της πριν και κατά την κύηση.
 - Θα πρέπει να λάβει αναστολέα των υποδοχέων αγγειοτασίνης.
 - Ή Λαβεταλόλη είναι μη ασφαλές φάρμακο κατά την κύηση.
 - Γυναίκες με προϋπάρχουσα υπέρταση έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προεκλαμψίας σε σχέση με όσες πρωτοεμφανίζονται υπέρταση κατά την κύηση.
 - Ή αντιυπερτασική άγωγή είναι αποτελεσματική στην πρόληψη προεκλαμψίας κατά την κύηση.
28. Χειρουργική επιδιόρθωση (παρά αντικατάσταση) της μιτροειδούς βαλβίδας είναι πιθανότερο να είναι επιτυχής στους παρακάτω ασθενείς, εκτός από:
- Άνδρας 33 ετών με πρόπτωση του P2 φεστονίου της μιτροειδούς.
 - Γυναίκα 70 ετών με ρευματική βαλβιδοπάθεια, άσβεστομένη βαλβίδα με παραμορφωμένες γλωχίνες και μεικτή νόσο με στένωση και ανεπάρκεια.
 - Άνδρας 62 ετών με σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.
 - Γυναίκα 40 ετών με ανεπάρκεια μιτροειδούς λόγω ενεργού λοιμώδους ένδοκαρδίτιδας.
 - Άνδρας 23 ετών με συγγενή σχισμή (Cleft) μιτροειδούς.
29. Όλα τα παρακάτω σε σχέση με εργαστηριακά εύρηματα στην καρδιακή ανεπάρκεια είναι αληθή, εκτός από:
- Οι τιμές των ηλεκτρολυτών όρου είναι συνήθως φυσιολογικές σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια βραχείας διάρκειας χωρίς φαρμακευτική άγωγή.
 - Ή ύπονατρίαμια στην καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να είναι αποτέλεσμα της απαγόρευσης πρόσληψης νατρίου από τη διατροφή, της χρήσης διουρητικών και των αυξημένων επιπέδων βασοπρεσίνης στην κυκλοφορία.

Γ. Αύξημένα επίπεδα Άσπαρτικής αμινοτρανσφεράσης (AST SGOT) μπορούν να συνοδεύουν το συμφορημένο «καρδιακό ήπαρ» λόγω της καρδιακής ανεπάρκειας.

Δ. Όξεία ήπατική συμφόρηση λόγω καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση συνδρόμου που ομοιάζει αρκετά με την ίογενή ηπατίτιδα.

Ε. Πιέσεις ένσφηνωσης των πνευμονικών τριχοειδών από 13 έως 17 mmHg είναι συχνά ή αιτία για την αναστροφή της πνευμονικής αίματος και το διάμεσο πνευμονικό οίδημα της ακτινογραφίας θώρακος.

- 30.** Η πίεση του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης και λόγο E/E' 9-14 είναι αύξημένη σε:

Α. Όγκο του αριστερού κόλπου >34 ml/m².

Β. Συστολική πίεση πνευμονικής αρτηρίας <35 mmHg.

Γ. Μεταβολή του λόγου E/ A κατά τη δοκιμασία Valsalva <0,5.

Δ. Διαφορά της διάρκειας του A των πνευμονικών φλεβών από τη διάρκεια του A της διαμυτροειδικής ροής <30 msec.

- 31.** Ποιό από τα παρακάτω αιμοδυναμικά ή ήχο-καρδιογραφικά χαρακτηριστικά δεν απαντάται στην συμπιεστική περικαρδίτιδα;

α) Παράδοξος σφυγμός.

β) Συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας > 60 mmHg.

γ) Ήξιωση των δεξιών-αριστερών κοιλιακών πιέσεων πλήρωσης.

δ) Προεξέχουσα κάθοδος του κύματος y στη φλεβική πίεση.

ε) Αύξημένο πάχος του περικαρδίου.

- 32.** Μιά γυναίκα 51 ετών υπό βαρφαρίνη (INR 2.5), με προσθετική βαλβίδα St Jude στη θέση της αορτικής βαλβίδος, πρόκειται να υποβληθεί σε έξαγωγή οδόντος. Δεν έχει ιστορικό αγγειακού έγκεφαλικού επεισοδίου, αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη ή καρδιακής ανεπάρκειας. Ποιά από τα παρακάτω πρέπει να κάνετε;

α) Διακοπή της βαρφαρίνης για 4-5 ημέρες πριν την επέμβαση και χορήγηση θεραπείας γεφύρωσης με χαμηλού μοριακού βάρους ήπαρίνη.

β) Διακοπή της βαρφαρίνης για 4-5 ημέρες πριν την επέμβαση και έναρξη θεραπείας γεφύρωσης

με ένδοφλέβια χορήγηση κλασικής ήπαρίνης.

γ) Συνέχιση της βαρφαρίνης.

δ) Διακοπή της βαρφαρίνης χωρίς θεραπεία γεφύρωσης.

ε) Έναρξη θεραπείας γεφύρωσης με αναστολείς των υποδοχέων IIb/IIIa.

- 33.** Ποιό από τα παρακάτω χαρακτηριστικά της θρομβοκυτταροπενίας επαγόμενης από ήπαρ-νη δεν είναι αληθές;

α) Πτώση του αριθμού των αιμοπεταλίων κάτω από 100.000/mm³ ή μείωση του αριθμού τους κάτω από το 50% της αρχικής τιμής.

β) Ο αριθμός των αιμοπεταλίων πέφτει 24 ώρες μετά την έναρξη της ήπαρίνης.

γ) Πιο συχνή σε χειρουργούμενους ασθενείς.

δ) Δεν εξαρτάται από τη δόσολογία της ήπαρίνης.

ε) Προκαλεί πιο συχνά φλεβικές θρομβώσεις παρά αρτηριακές.

- 34.** Ένα 16χρονο αγόρι προσέρχεται σε έσās, μετά από ένα ΗΚΓγράφημα που του έγινε για προαθλητικό έλεγχο, το οποίο έχει εικόνα προδιέγερσης. Ποιό είναι το επόμενο βήμα στην εκτίμησή του;

α) Ήλεκτροφυσιολογικός έλεγχος και κατάλυση του δεματίου.

β) Έμπειρική θεραπεία με β-αναστολέα.

γ) Δεν χρειάζεται περαιτέρω εκτίμηση.

δ) Υπερηχογράφημα.

ε) Τίποτα από τα παραπάνω.

- 35.** Ένας 26χρονος άνδρας αναφέρει αίσθημα παλμών κατά την άσκηση με συνοδό ζάλη. Το ΗΚΓ/μα ηρεμίας, το υπερηχογράφημα καρδιάς, το Holter 24ώρου καταγραφής καρδιακού ρυθμού είναι φυσιολογικά και το οικογενειακό ιστορικό άρνητικό για άρρυθμίες και αιφνίδιο θάνατο. Στη δοκιμασία κόπωσης κατά τη διάρκεια της άσκησης παρουσιάζει την παρακάτω ταχυκαρδία (E-35):

Ποιά είναι η πιο πιθανή διάγνωση;

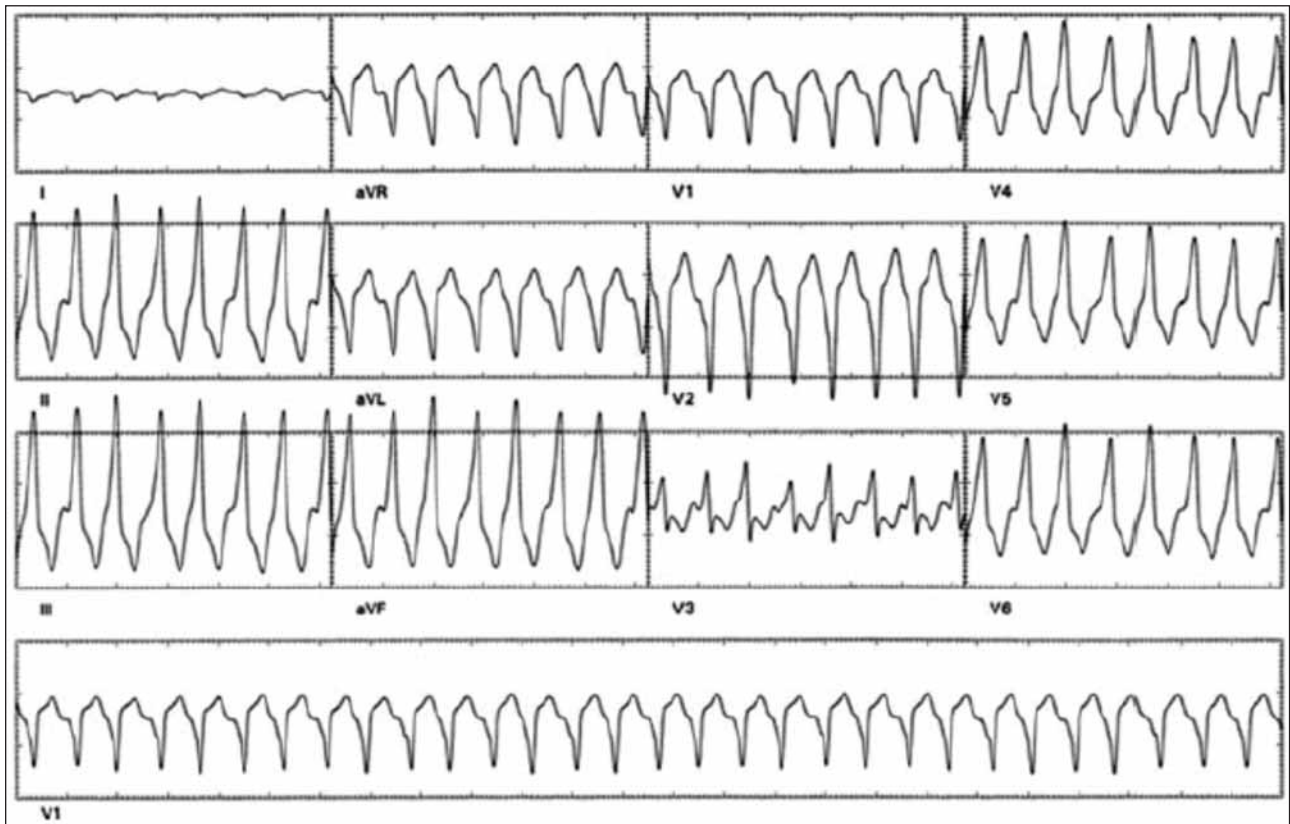
α) Σύνδρομο Wolff-Parkinson-White.

β) Κολπικός πτερυγισμός με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση.

γ) Κοιλιακή ταχυκαρδία από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας.

δ) Φλεβοκομβική ταχυκαρδία με αλλοδρομία.

ε) Κοιλιακή ταχυκαρδία λόγω ούλης από παλαιό έμφραγμα του μυοκαρδίου.



E-35

36. Ποιά από τις παρακάτω προτάσεις δεν είναι αληθής για το fondaparinux;

α) Το fondaparinux δεσμεύει την αντιθρομβίνη και καταλύει μη έκλεκτικά την απενεργοποίηση του παράγοντα Xa χωρίς να αναστέλει τη θρομβίνη.

β) Το fondaparinux δεν δεσμεύει τα αίμοπετάλια και μπορεί να χορηγηθεί στη θρομβοκυτταροπενία επαγόμενη από ήπαρινη (HIT).

γ) Το fondaparinux αποτελεί πρώτη επιλογή αντιπηκτικής θεραπείας στο όξι στεφανιαίο σύνδρομο χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος ανεξάρτητα από τη στρατηγική αντιμετώπισης (συντηρητική /έπεμβατική).

δ) Το fondaparinux παρουσιάζει σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό μείζονων αιμορραγικών επιπλοκών συγκριτικά με την ένοξαπαρίνη.

ε) Ο χρόνος ήμισιαιας ζωής του fondaparinux είναι 17 έως 21 ώρες.

37. Ποιό από τα ακόλουθα σχετικά με τις φαρμακολογικές δοκιμασίες για την ανίχνευση ισχαιμίας είναι αληθές;

α) Η διπυριδαμόλη προκαλεί περισσότερες πα-

ρενέργειες στους ασθενείς από την άδενοσίνη.

β) Ύψηλές δόσεις δοβουταμίνης (20-40 mcg / kg / min) άπαιτούνται για την αξιολόγηση της βιωσιμότητας σε ασθενείς με γνωστή δυσλειτουργία της άριστερης κοιλίας.

γ) Οι παρενέργειες που προκαλούνται από την άδενοσίνη μπορούν να αντιστραφούν με τη χορήγηση θεοφυλλίνης, αλλά δεν ισχύει το ίδιο και για τη διπυριδαμόλη.

δ) Η άδενοσίνη έχει ως αποτέλεσμα μια μεγάλη αύξηση της ροής του αίματος σε σχέση με τη διπυριδαμόλη ή τη δοβουταμίνη.

ε) Η δοβουταμίνη είναι χρήσιμη για την εκτίμηση της στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με LBBB.

38. Ποιό από τα παρακάτω δεν ισχύει κατά τη δυναμική ακρόαση των καρδιακών φυσημάτων;

α) Το συστολικό φύσημα της υπερχροφικής αποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας με το χειρισμό Valsalva μειώνεται σε ένταση.

β) Τα φυσημάτα που προέρχονται από φυσιολογική ή στενωτική μηνοειδή βαλβίδα αυξάνουν σε ένταση κατά τη διάρκεια του καρδιακού κύκλου μετά από πρόωμη κοιλιακή συστολή.

γ) Μετά από εισπνοή νιτρώδους αμυλίου, τὰ φυσιήματα τῆς στένωσης τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος αὐξάνουν σὲ ἔνταση λόγω τοῦ αὐξημένου ὄγκου παλμοῦ.

δ) Μὲ τὸ βαθὺ κάθισμα, τὸ φύσημα τῆς ὑπερτροφικῆς ἀποφρακτικῆς μυοκαρδιοπάθειας μειώνεται.

ε) Τὰ ἀριστερῆς προέλευσης φυσιήματα εἶναι συνήθως δυνατότερα κατὰ τὴν ἐκπνοή.

39. Ποιὰ ἀπὸ τὰ παρακάτω εἶναι σωστὰ γιὰ τὴ χρῆση τῶν ἀμινογλυκοσιδῶν στὴ θεραπεία τῆς λοιμώδους ἐνδοκαρδίτιδος;

α) Σὲ μικροοργανισμοὺς ἀνθεκτικοὺς στὴν πενικιλίνη θεραπεία μὲ ἀμινογλυκοσίδες πρέπει νὰ χορηγεῖται γιὰ τουλάχιστον 2 ἑβδομάδες.

β) Βοηθᾶ στὴν ἀντιμετώπιση πιὸ προβληματικῶν μικροοργανισμῶν.

γ) Ἀπαιτεῖ τὸν ἔλεγχο τῶν ἐπιπέδων τους 1 φορὰ/ἑβδομάδα.

δ) Πρέπει νὰ χορηγοῦνται 1 φορὰ τὴν ἡμέρα (μικρότερη νεφροτοξικότητα).

ε) Ὅλα τὰ παραπάνω.

40. Κατὰ τὸν ὑπερηχογραφικὸ ἔλεγχο ἀσθενοῦς μὲ στένωση τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδος διαπιστώνεται χρόνος ὑποδιπλασιασμοῦ τῆς πίεσης τῆς διαμιτροειδικῆς ροῆς (PHT) 250 m/sec. Τὸ ὑπολογιζόμενο στόμιο τῆς βαλβίδας ποὺ προκύπτει εἶναι:

α) 1.2 cm².

β) 1.0 cm².

γ) 0.88 cm².

δ) 0.66 cm².

ε) 0.5 cm².



«Νεκρή Φύση μὲ τὰ Σύμβολα τῶν Τεχνῶν»

Jean-Baptiste-Siméon Chardin