

Θέματα προς ανάπτυξη Ειδικότητας Καρδιολογίας Ίούνιος 2016

1. Αντιπηκτική και αντιυπερτασική αγωγή στην έγκυμοσύνη.
2. α) Κριτήρια όξυος έμφράγματος του μυοκαρδίου - βιοδείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης.
β) Κλίμακα κινδύνου TIMI στα όξέα στεφανιαία σύνδρομα.
3. Μηχανισμοί άρρυθμογένεσης και ένδειξεις ηλεκτροφυσιολογικού έλέγχου.
4. Καρδιακή ανεπάρκεια. Θεραπευτικός άλγόριθμος.
5. Μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo. Διάγνωση.
6. Μυοκαρδίτις. Εύρηματα σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς.
7. Ένδειξεις χειρουργικής θεραπείας σε ένδοκαρδίτιδα.
8. Διαφορική διάγνωση στένωσης άορτης και υπερτροφικής άποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας κατά την κλινική εξέταση.
9. Ρευματικός πυρετός. Αιτιολογία, μείζονα και έλάσσονα διαγνωστικά κριτήρια, θεραπεία.
10. Μηχανικές έπιπλοκές έμφράγματος: Διάγνωση και θεραπεία.

Έρωτήσεις πολλαπλής έπιλογής

1. Σε άσθενή με Wolff-Parkinson-White ποιο είναι το κατάλληλο φάρμακο για αντιμετώπιση παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής;
Α. Βεραπαμίλη.
Β. Δακτυλίτις.
Γ. Άμιωδαρόνη.
Δ. Άδενοσίνη.
Ε. Προκαϊναμίδη.
2. Σε σοβαρή στένωση άορτικής βαλβίδος στο ήχοκαρδιογράφημα παρατηρούνται τα έξης, εκτός από:
Α. Ταχύτητα άορτικού πίδακα >4.0 m/s.
Β. Μέση κλίση πίεσης 20-40 mmHg.
Γ. Έπιφάνεια βαλβίδος <1.0 cm².
Δ. Πηλίκιο ταχύτητας <0.25.
3. Ποια εύρηματα ύποδηλούν ύψηλο κίνδυνο σε σπινθηρογράφημα με θάλλιο-201;
Α. Διάταση της άριστερης κοιλίας μετά την κόπωση.
Β. Αΰξηση της πρόσληψης θαλλίου στους πνεύμονες.
Γ. Έλλειμμα >25% του μυοκαρδίου της άριστερης κοιλίας.
Δ. Όλα τα παραπάνω.
4. Σε πνευμονική έμβολη με χαμηλή άρτηριακή πίεση ή ένδεδειγμένη θεραπεία είναι:
Α. Θρομβόλυση.
Β. Ήπαρίνη και άκολούθως κουμαρινικά.
Γ. Ριβαροξαμπάνη.
Δ. Νταμπιγκατράνη.
Ε. Άπιξαμπάνη.
5. Σε ύποψία περιφερικής άρτηριακής νόσου ποια είναι η πρώτη δοκιμασία που πρέπει να πραγματοποιείται;

- A. Έκτίμηση του δείκτη σφυρών-βραχίονος.
B. MRI αγγειογραφία.
Γ. CT αγγειογραφία.
6. Στεφανιαίες βλάβες με FFR<0.8 πρέπει να αντιμετωπίζονται:
A. Έπεμβατικά.
B. Συντηρητικά.
7. Ποιό από τα παρακάτω θεωρείται ύψηλοῦ κινδύνου για ανάπτυξη ένδοκαρδίτιδος;
A. Προσθετική βαλβίδα.
B. Προηγηθείσα ένδοκαρδίτις.
Γ. Κυανωτική συγγενής καρδιοπάθεια.
Δ. Όλα τα παραπάνω.
8. Σε άνωμαλία Ebstein παρατηρούνται τὰ ακόλουθα:
A. Παρουσία ανεπάρκειας τριγλώχινος.
B. Εὐρύς διχασμὸς πρώτου τόνου.
Γ. Παραπληρωματικά δεμάτια.
Δ. Όλα τὰ παραπάνω.
9. Ἡ ένδοαορτική άντλία άντενδείκνυται σέ:
A. Άνεπάρκεια άορτικής βαλβίδος.
B. Σημαντική περικαρδιακή συλλογή.
Γ. Άνεπάρκεια μιτροειδοῦς βαλβίδος.
10. Σε άσθενή με σημαντική στένωση καὶ μέτρια άνεπάρκεια άορτικής βαλβίδος, ἡ έκτίμηση τοῦ άορτικοῦ στομίου με τὸν τύπο Gorlin:
A. Έκτιμᾶ σωστὰ τὴν ἐπιφάνεια τοῦ άορτικοῦ στομίου.
B. Ὑπερεκτιμᾶ τὴ στένωση.
Γ. Ὑποεκτιμᾶ τὴ στένωση.
11. Ἡ αύξημένη άρτηριακή σκληρία:
A. Αὐξάνει τὸ μεταφόρτιο τῆς άριστερῆς κοιλίας.
B. Ὁδηγεῖ σὲ ὑπερτροφία τῆς άριστερῆς κοιλίας.
Γ. Όλα τὰ παραπάνω.
Δ. Τίποτα ἀπὸ τὰ παραπάνω.
12. Ποιὸ παράγοντα χρησιμοποιοῦμε για νὰ έκτιμήσουμε τὴν ένδοθηλιακή λειτουργία στὶς στεφανιαίες άρτηρίες;
A. Ένδοθηλίνη.
B. Άδενοσίνη.
Γ. Άκετυλοχολίνη.
13. Ἡ ένδομυοκαρδιακή βιοψία εἶναι ἡ μόνη αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος για τὴν άνίχνευση άπόρριψης καρδιακοῦ μωσχεύματος.
A. Σωστό.
B. Λάθος.
14. Ἡ ρήξη τῆς άθηρωματικῆς πλάκας έξαρτᾶται ἀπὸ τὰ ακόλουθα, έκτὸς ἀπὸ:
A. Τὸ λιπιδιακὸ περιεχόμενο τῆς πλάκας.
B. Τὴ βαρύτητα τῆς στενώσεως.
Γ. Τὴν ένδοθηλιακή λειτουργία.
15. Ποιὸ ἀπὸ τὰ παρακάτω ἀποτελεῖ άντένδειξη για ἐγκυμοσύνη;
A. Άνωμαλία Ebstein.
B. Eisenmenger.
Γ. Διορθωμένη άντιμετάθεση τῶν μεγάλων άγγείων.
Δ. Τετραλογία Fallot.
16. Τὰ παρακάτω κλινικὰ εὐρήματα παρατηροῦνται στὴ μεσοκολπική ἐπικοινωνία (ostium secundum), έκτὸς ἀπὸ:
A. Σταθερὸς διχασμὸς τοῦ δευτέρου τόνου.
B. Συστολικὸ φύσημα έξωθήσεως στὸ δεῦτερο μεσοπλεύριο διάστημα άριστερά.
Γ. Παρεκτόπιση τῆς καρδιακῆς ὥσεως πρὸς τὰ πλάγια καὶ κάτω.
Δ. Φυσιολογικὸς πρῶτος τόνος.
17. Όλα τὰ παρακάτω ἔχει δειχθεῖ ὅτι βελτιώνουν τὴν πρόγνωση σὲ άσθενεῖς με καρδιακή άνεπάρκεια καὶ χαμηλὸ κλάσμα έξωθήσεως, έκτὸς ἀπὸ:
A. Δακτυλίτις.
B. Ἐναλαπρῖλη.
Γ. Καρβεδιλόλη.
Δ. Μπισοπρολόλη.
E. Ἐπλερενόνη.
18. Τὰ παρακάτω βελτιώνουν τὴν πρόγνωση σὲ άσθενεῖς με καρδιακή άνεπάρκεια καὶ διατηρημένο κλάσμα έξωθήσεως:
A. Καρβεδιλόλη.
B. Ἐπλερενόνη.
Γ. Μετοπρολόλη.
Δ. Όλα τὰ παραπάνω.
E. Κανένα ἀπὸ τὰ παραπάνω.
19. Σε καρδιακὸ ἐπιποματισμὸ λόγω διαχωριστι-



Εικ. 1

- κού άνευρύσματος ανιούσης άορτής ή περι-καρδιοκέντηση άντενδείκνυται.
- A. Σωστό.
B. Λάθος.
20. Μετά από τραυματισμό στο θώρακα ποιά καρδιαγγειακή δομή είναι τó λιγότερο πιθανό νά τραυματισθεί;
- A. Ό δεξιός κόλπος.
B. Η δεξιά κοιλία.
Γ. Η άριστερά κοιλία.
Δ. Ό ίσθμός τής άορτής.
21. Τά παρακάτω μπορεί νά παρατηρηθούν σε στένωση τού ίσθμού τής άορτής, έκτός άπό:
- A. Ύπερτροφία άριστερης κοιλίας.
B. Έγκεφαλικά άγγειακά άνευρύσματα.
Γ. Ένδοκαρδίτις.
Δ. Διαχωριστικό άνεύρυσμα άορτής.
E. Παροξυσμική ύπερκοιλιακή ταχυκαρδία.
22. Άπό τήν ύπερστερνική λήψη τού διαθωρακικού ύπερηχογραφήματος λαμβάνεται ή Εικόνα 1. Ποιά είναι ή πιθανή διάγνωση;
- A. Άνοικτός άρτηριακός πόρος.
B. Στένωση τού ίσθμού τής άορτής.
Γ. Σοβαρή άνεπάρκεια τής άορτικής βαλβίδος.
Δ. Σοβαρή στένωση τής άορτικής βαλβίδος.
E. Φυσιολογική άπεικόνιση τής αίματικής ροής.
23. Ποιό άπό τά παρακάτω σχετικά με τόν παράδοξο σφυγμό είναι σωστό;
- A. Η είσπνοή σε φυσιολογικά άτομα όδηγεί σε μείωση τής συστολικής άρτηριακής πίεσης έως και 15 mmHg.
B. Για τόν άκριβή προσδιορισμό τού παράδοξου σφυγμού άπαιτείται ένδαρτηριακή μέτρηση τής πίεσης.
Γ. Ό παράδοξος σφυγμός στόν έπιποματι-

σμο συνήθως συνοδεύεται από το σημείο Kussmaul.

Δ. Η σοβαρή ανεπάρκεια της αορτής τείνει να εμποδίζει την ανάπτυξη παράδοξου σφυγμού σε ασθενείς παρά την παρουσία καρδιακού επίπωματισμού.

Ε. Ο παράδοξος σφυγμός είναι συχνός σε ασθενείς με αποφρακτικού τύπου υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.

24. Ποιό από τα ακόλουθα σχετικά με τις ένδοκαρδιακές διαφυγές είναι σωστό;

Α. Η υποψία διαφυγής από τα άριστερα προς τα δεξιά θα πρέπει να υπάρχει, εάν η διαφορά στον κορεσμό οξυγόνου μεταξύ της άνω κοίλης φλέβας και της πνευμονικής αρτηρίας είναι 3% ή περισσότερο.

Β. Ο κορεσμός του οξυγόνου στην άνω κοίλη φλέβα είναι συνήθως υψηλότερος από ότι είναι στην κάτω κοίλη φλέβα.

Γ. Σε υποψία μεσοκοιλιακής επικοινωνίας με ροή από τα άριστερα προς τα δεξιά ο κορεσμός του μικτού φλεβικού αίματος σε οξυγόνο μετράται με μεγαλύτερη ακρίβεια στο επίπεδο της πνευμονικής αρτηρίας.

Δ. Όταν η πνευμονική αίματική ροή προς τη συστηματική αίματική ροή (Qp/Qs) είναι >1 υποδηλώνει μια διαφυγή από δεξιά προς τα άριστερα.

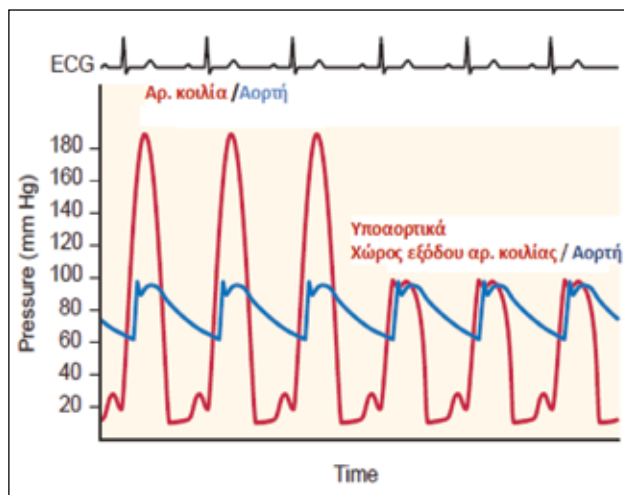
Ε. Ο κορεσμός σε οξυγόνο του αίματος της πνευμονικής αρτηρίας, που υπερβαίνει το 80%, θα πρέπει να εγείρει την υποψία μιας διαφυγής από άριστερα προς τα δεξιά.

25. Όλα τα παρακάτω είναι αληθή σχετικά με τη θεραπεία για την καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης, εκτός από:

Α. Οί αναστολείς του μεταρρεπτικού ένζυμου της αγγειοτασίνης (αΜΕΑ) βελτιώνουν την επιβίωση στην καρδιακή ανεπάρκεια περισσότερο από το συνδυασμό υδραλαζίνης με δινιτρικό ισοσορβίτη.

Β. Η θεραπεία με διγοξίνη μειώνει τις νοσηλείες στο νοσοκομείο και τη θνησιμότητα σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

Γ. Οί αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτασίνης II έχουν δείξει ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικοί στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας με τους αναστολείς του



Εικ. 2

μεταρρεπτικού ένζυμου της αγγειοτασίνης (αΜΕΑ) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Δ. Η σπιρονολακτόνη μειώνει τη θνησιμότητα σε ασθενείς με σταδίου III έως IV καρδιακής ανεπάρκειας.

Ε. Η έπλερενόνη, επιλεκτικός αναστολέας της άλδοστερόνης, μειώνει τη θνησιμότητα σε ασθενείς με σταδίου II έως III καρδιακής ανεπάρκειας.

26. Η αιμοδυναμική καταγραφή, που απεικονίζεται στην Εικόνα 2, έχει σχέση με όλα τα παρακάτω χαρακτηριστικά, εκτός από:

Α. Μια μεγάλη κλίση συστολικής πίεσης μεταξύ της άριστερης κοιλίας και της αορτής.

Β. Δικόρυφο σφυγμό κατά τη συστολή.

Γ. Αύξημένη κοιλιακή δυσκαμψία ως αποτέλεσμα της αύξημένης τελοδιαστολικής πίεσης της άριστερης κοιλίας.

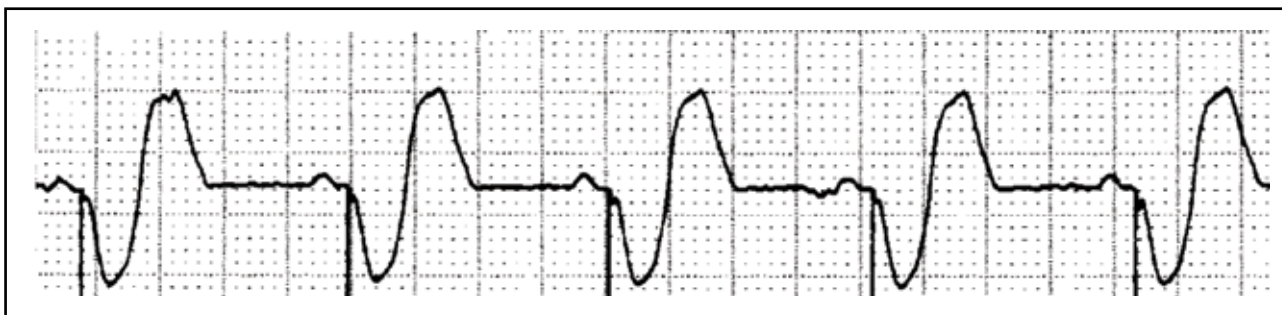
Δ. Καθυστερημένη αύξηση του σφυγμού στην καρωτιδική αρτηρία.

Ε. Καμία κλινική βελτίωση με την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδος.

27. Όλες οι παρακάτω προτάσεις είναι αληθείς σχετικά με τα νατριουρητικά πεπτιδικά, εκτός από:

Α. Τα κυκλοφορούντα επίπεδα τόσο του κοιλιακού νατριουρητικού πεπτιδίου (ANP) όσο και του νατριουρητικού πεπτιδίου του έγκεφάλου (BNP) είναι αυξημένα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

- B. Τὰ επίπεδα τοῦ BNP πλάσματος εἶναι χρήσιμα στή διάκριση καρδιακῆς ἀπὸ μὴ καρδιακῆς αἰτίας τῆς δύσπνοιας στὸ τμήμα ἐπειγόντων περιστατικῶν.
- Γ. Αὐξημένα επίπεδα BNP πλάσματος προβλέπουν δυσμενῆ ἔκβαση σὲ ἀσθενεῖς μὲ ὀξεία στεφανιαία σύνδρομα.
- Δ. Τὸ πρόδρομο πεπτιδίου τοῦ BNP διασπᾶται στὸ βιολογικὰ ἀδρανῆς N-τελικὸ πρὸ BNP (NT-pro BNP) καὶ στὸ βιολογικὰ ἐνεργὸ BNP.
- E. Τὰ κυκλοφοροῦντα επίπεδα τοῦ NT-proBNP μειώνονται μὲ τὴν ἡλικία.
- 28.** Μιὰ 30χρονη προσέρχεται στὸ ἀντιυπερτασικὸ ἰατρεῖο γιὰ διερεύνηση δευτεροπαθοῦς ἀρτηριακῆς ὑπέρτασης. Ἀπὸ τὴν κλινικὴ ἐξέταση διαπιστώνεται βραδυκαρδία καὶ αὐξημένη διαστολικὴ ἀρτηριακὴ πίεση. Ἡ ἴδια ἀναφέρει ὅτι ἔχει δυσκοιλιότητα καὶ διαταραχὲς ἐμμήνου ρύσεως. Ποιὰ εἶναι ἡ πιθανότερη διάγνωση;
- A. Φαιοχρωμοκύττωμα.
- B. Πρωτοπαθῆς ὑπεραλδοστερινισμός.
- Γ. Πάθηση τοῦ θυρεοειδοῦς ἀδένα.
- Δ. Σύνδρομο Cushing.
- E. Ἰσθμικὴ στένωση ἀορτῆς.
- 29.** Ὅλα τὰ παρακάτω εἶναι ἀληθῆ σχετικὰ μὲ τὴν ἀποπληξία τοῦ μυοκαρδίου, ἐκτὸς ἀπὸ:
- A. Ἀπόπληκτο μυοκάρδιο (stunning) εἶναι μιὰ κατάσταση μειωμένης μυοκαρδιακῆς λειτουργίας, ποὺ ὀφείλεται σὲ χρόνια μειωμένη στεφανιαία ροή.
- B. Ἡ ἀποπληξία τοῦ μυοκαρδίου μπορεῖ νὰ περιλαμβάνει τὸ σύνολο τῆς ἀριστερῆς κοιλίας ἢ μόνον τμήμα της.
- Γ. Ἡ ἀποπληξία τοῦ μυοκαρδίου μπορεῖ νὰ ἐμφανιστεῖ μετὰ ἀπὸ καρδιοχειρουργικὴ ἐπέμβαση μὲ χρῆση ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας.
- Δ. Οἱ ἐλεύθερες ρίζες ὀξυγόνου καὶ τὸ ὑψηλὸ φορτίο ἐνδοκυττάρου ἀσβέστιου πιθανὸν νὰ συμβάλλει στὴν παθογένεση τῆς μυοκαρδιακῆς ἀποπληξίας.
- E. Ἡ ἀποπληξία τοῦ μυοκαρδίου ἐπηρεάζει τόσο τὴ συστολικὴ ὥσο καὶ τὴ διαστολικὴ λειτουργία.
- 30.** Ποιὸς εἶναι ὁ πιὸ κοινὸς μηχανισμὸς δράσης σὲ κλινικὰ σημαντικὴ καρδιακὴ ἀρρυθμία;
- A. Πυροδοτούμενη δραστηριότητα.
- B. Ἀνώμαλος αὐτοματισμὸς.
- Γ. Πρώιμες μετεκπολώσεις.
- Δ. Ἐπανείσοδος.
- E. Παρασυστολία.
- 31.** Ποιὸ ἀπὸ τὰ παρακάτω εἶναι σωστὸ σχετικὰ μὲ τὴν ἐπίδραση τῶν φαρμάκων στὸ προφίλ τῶν λιπιδίων τοῦ ὄρου;
- A. Οἱ μὴ ἐκλεκτικοὶ β-ἀναστολεῖς αὐξάνουν τὰ επίπεδα τῶν λιποπρωτεϊνῶν ὑψηλῆς πυκνότητας (HDL).
- B. Τὰ θειαζιδικὰ διουρητικὰ μειώνουν τὰ επίπεδα τῶν τριγλυκεριδίων.
- Γ. Ἡ θεραπεία ὑποκατάστασης μὲ οἰστρογόνα μειώνει τὶς λιποπρωτεΐνες ὑψηλῆς πυκνότητας (HDL) καὶ τὰ επίπεδα τῶν τριγλυκεριδίων.
- Δ. Οἱ ἀναστολεῖς πρωτεάσης αὐξάνουν τὴν ὀλικὴ χοληστερόλη καὶ τὰ επίπεδα τῶν τριγλυκεριδίων.
- E. Τὰ κορτικοστεροειδῆ μειώνουν τὰ επίπεδα τῶν τριγλυκεριδίων.
- 32.** Ποιὸ ἀπὸ τὰ παρακάτω εἶναι λάθος;
- A. Σὲ μεσοκοιλιακὴ ἐπικοινωνία εἶναι ἀκουστὸς 3^{ος} τόνος.
- B. Σὲ 1^{ον} βαθμοῦ Κκ ἀποκλεισμὸ ὁ 1^{ος} τόνος εἶναι ἐλαττωμένος.
- Γ. Σὲ κολπικὴ μαρμαρυγὴ ὁ 1^{ος} τόνος εἶναι σταθερῆς ἔντασης.
- Δ. Σὲ RBBB ὁ 2^{ος} τόνος εἶναι διχασμένος.
- 33.** Ποιὸ ἀπὸ τὰ παρακάτω εἶναι σωστὸ σχετικὰ μὲ τὴν κυματομορφὴ τοῦ σφαιγιτιδικοῦ σφυγμοῦ;
- A. Στὴ συμπιεστικὴ περικαρδίτιδα εἶναι ἔντονα καὶ τὸ x καὶ τὸ ψ κῆμα.
- B. Στὴν κολπικὴ μαρμαρυγὴ τὸ κῆμα A εἶναι ἔντονο.
- Γ. Στὸν ἐπιπωματισμὸ εἶναι ἔντονα καὶ τὸ x καὶ τὸ ψ κῆμα.
- Δ. Στὴν ἀνεπάρκεια τριγλώχινος ὑπάρχει μικρὸ κῆμα s.
- 34.** Ὁ ἀσθενὴς μὲ τὸ ΗΚΓράφημα (Εἰκόνα 3) φέρει βηματοδότη, ὁ ὁποῖος λειτουργεῖ φυσιολογικά. Ποιὸς τύπος βηματοδότησης ἀπεικονίζεται;



Εικ. 3



Εικ. 4

- A. DDD.
- B. DDI.
- Γ. VVI.
- Δ. AAI.
- E. DOO.
- Z. VDD.

35. Άσθενείς με WPW σύνδρομο τυπικά έχουν τὰ ακόλουθα εύρηματα, εκτός από:

- A. Διευρυσμένο QRS κατά τη διάρκεια φλεβοκομβικού ρυθμού.
- B. Ύπερκοιλιακή ταχυκαρδία με στενά ή διευρυσμένα QRS.
- Γ. Υπάρχει κύμα δ στο ΗΚΓράφημα ήρεμίας.
- Δ. Το διάστημα HV στην καταγραφή του His είναι παρατεταμένο.

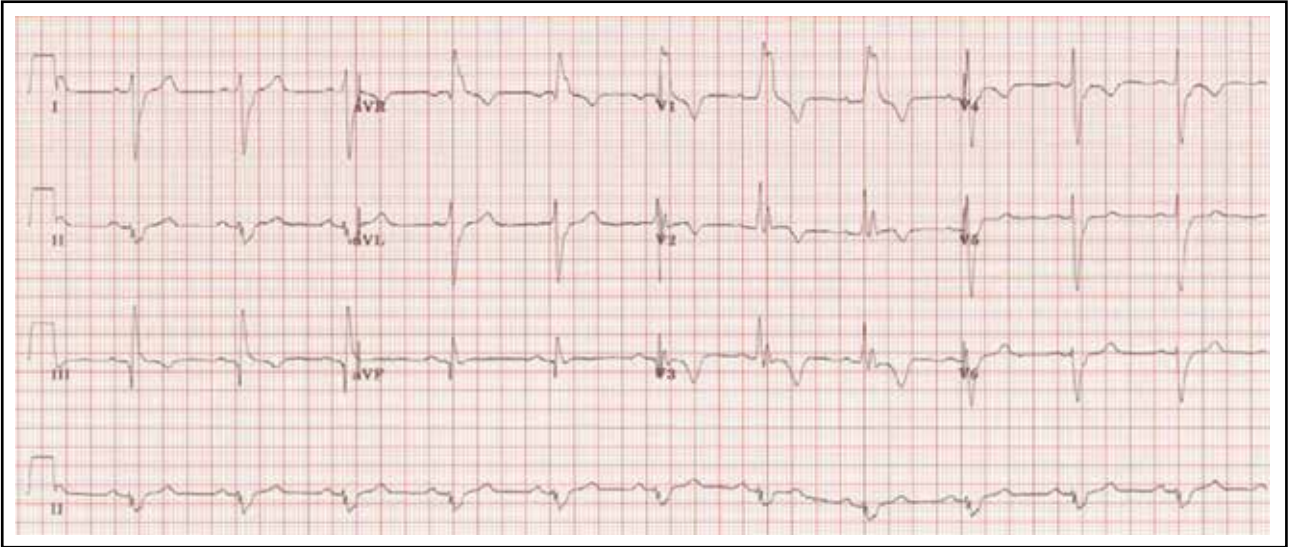
36. 36 ετών έγκνος, με ιστορικό ταχυκαρδιών μικρής διάρκειας από την εφηβική ηλικία, μεταφέρεται στα επείγοντα με ταχυκαρδία, με στενά QRS και ΚΣ 180 bpm, χωρίς εύκολα διακριτά P κύματα και χωρίς αιμοδυναμική επιβάρυνση.

Ή ΔΔ περιλαμβάνει τὰ παρακάτω (Εικόνα 4), εκτός από ένα:

- A. Κομβική ταχυκαρδία από επανείσοδο.
- B. Κοιλιακή ταχυκαρδία.
- Γ. Κολπική ταχυκαρδία.
- Δ. Ταχυκαρδία με αποκεκρυμμένο δεμάτιο.

Ή θεραπεία εκλογής είναι:

- A. DC shock.
- B. Digoxin.
- Γ. Adenosine.



Είκ. 5

- Δ. Amiodarone.
Ε. Procainamide.
37. Στην κατηγορία IC της ταξινόμησης των αντι-αρρυθμικών κατά Vaughan-Williams, ποιά από τα παρακάτω φάρμακα περιλαμβάνονται;
Α. Λιδοκαΐνη.
Β. Φλεκαϊνίδη.
Γ. Σοταλόλη.
Δ. Προκαϊναμίδη.
Ε. Κινιδίνη.
38. 45 ετών γυναίκα, παχύσαρκη, εμφανίζει εμπύρετο και 3 ημέρες μετά 2 συγκοπτικά επεισόδια, ενώ είναι κατακεκλιμένη. Στο τμήμα επειγόντων το ΗΚΓράφημά της είναι στην Εικόνα 5.
Ποιά είναι η πιθανότερη διάγνωση;
Α. Άληθως όπισθιο έμφραγμα μυοκαρδίου.
Β. Έμφραγμα μυοκαρδίου κατώτερου τοιχώματος.
Γ. Σύνδρομο Brugada.
Δ. Πνευμονική έμβολη.
39. 62 ετών γυναίκα, με ιστορικό υπέρτασης, παρουσιάζει δύσπνοια, κοιλιακό άλγος και διάρροια. Η άξονική τομογραφία αποκάλυψε μάζα στη σκωληκοειδή απόφυση και λεμφαδένες στο ήπαρ. Η α/α θώρακος είναι φυσιολογική. Τα επίπεδα ορού του 5-ύδροξυ-ϊνδολοξικού όξέος είναι αύξημένα. Ποιά από τις ακόλουθες βαλβιδοπάθειες μπορεί να συνυπάρχει;
Α. Στένωση αορτής.
Β. Άνεπάρκεια αορτής.
Γ. Στένωση μιτροειδοῦς.
Δ. Άνεπάρκεια μιτροειδοῦς.
Ε. Στένωση τριγλώχινος.
40. Άσθενής 55 ετών φέρει μόνιμο βηματοδότη DDD με τις εξής ρυθμίσεις:
URL (Μέγιστη συχνότητα): 140 bpm (≈ 436 ms)
PVARP=300 ms
AVD=200 ms
Έμφανίζει δύσπνοια στη μικρή κόπωση. Ποιά από τα παρακάτω εξηγεί τα συμπτώματά του;
Α. Ό ασθενής εμφανίζει 2:1 κολποκοιλιακό αποκλεισμό στις 120 bpm.
Β. Ό ασθενής εμφανίζει συμπεριφορά μέγιστης συχνότητας Wenckebach στις 120 bpm.
Γ. Ό ασθενής εμφανίζει 2:1 κολποκοιλιακό αποκλεισμό στις 140 bpm.
Δ. Ό ασθενής εμφανίζει συμπεριφορά μέγιστης συχνότητας Wenckebach στις 140 bpm.