

Θέματα προς ανάπτυξη Ειδικότητας Καρδιολογίας Σεπτέμβριος 2016

1. A) Μικροαγγειακή στηθάγχη: Διάγνωση και αντιμετώπιση.
B) Κερκιδική προσπέλαση. Μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα.
2. Εύαλωτη αθηρωματική πλάκα: Ποια ή κλινική σημασία της απεικόνισης στο αίμοδυναμικό έργο-στήριο.
3. A) Διαστολική δυσλειτουργία της άριστερης κοιλίας: Μοριακοί μηχανισμοί και σύγχρονη απεικόνιση.
B) Κυριότεροι φλεγμονώδεις βιοδείκτες στην καρδιακή ανεπάρκεια με έπηρεασμένο κλάσμα εξώθησης. Ποια ή κλινική σημασία τους.
4. A) Καρδιακές επιπλοκές της ύπνικης άπνοιας.
B) Τί αλλάζει στις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες του 2016 στην κολπική μαρμαρυγή;
5. Αίμοδυναμικός όρισμός και λειτουργική ταξινόμηση της πνευμονικής υπέρτασης. Φαρμακευτική αντιμετώπιση της πνευμονικής αρτηριακής υπέρτασης.
6. A) Στένωση του ισθμού της αορτής: όρισμός, χαρακτηριστικά και παθοφυσιολογία, κλινικά εύρηματα, θεραπευτική αντιμετώπιση.
B) Ποιοι είναι οι αγγειακοί δακτύλιοι και με ποια εξέταση γίνεται ή διάγνωσή τους;
7. Άντενδείξεις στη χορήγηση των β-άναστολέων και ένδειξεις εμφύτευσης καρδιακού απινιδωτή στο όξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.
8. Δοκιμασία κόπωσης. Ένδειξεις, άντενδείξεις, προγνωστική αξία.
9. Καρδιογενής συγκοπή. Ηλεκτροκαρδιογραφικά εύρηματα.
10. Άνεπάρκεια αορτικής βαλβίδος. Περιφερικά σημεία και υπερηχογραφικά εύρηματα.

Έρωτήσεις πολλαπλής επιλογής

1. Ποια εκ των κατωτέρω είναι σωστά σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και όξυ ισχαιμικό επεισόδιο;
A. Σε ασθενείς με χαμηλό αίμορραγικό κίνδυνο ή χρήση τριπλής αγωγής (άσπιρίνη, κλοπιδογρέλη και από το στόματος αντιπηκτικά) μπορεί να γίνει για 6 μήνες (ένδειξη IIaB).
B. Σε ασθενείς με ύψηλο αίμορραγικό κίνδυνο ή χρήση τριπλής αγωγής (άσπιρίνη, κλοπιδογρέλη και από το στόματος αντιπηκτικά) μπορεί να γίνει για 6 μήνες (ένδειξη IIaB).
Γ. Σε ασθενείς με ύψηλο αίμορραγικό κίνδυνο ή χρήση τριπλής αγωγής (άσπιρίνη, κλοπιδογρέλη και από το στόματος αντιπηκτικά) μπορεί να γίνει για 1 μήνα (ένδειξη IIaB).
Δ. Μετά από 12 μήνες, άνεξαρτήτως αίμορραγικού κινδύνου, ή χορήγηση μονοθεραπείας με από το στόματος αντιπηκτικά είναι ένδειξη IB.
2. Η επίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής στα κάτωθι σύνδρομα είναι:
A. Στο σύνδρομο Long-QT 5-10%.
B. Brugada syndrome 10-20%.

- Γ. Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια 5-15%.
Δ. Άρρυθμογενής δεξιά κοιλία με VTs>40%.
3. Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά για τη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής στην έγκυμοσύνη;
Α. Η ηλεκτρική ανάταξη μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε στάδιο της έγκυμοσύνης σε ασθενή με αιμοδυναμική αστάθεια (ένδειξη IC).
Β. Τα NOACS μπορεί να χορηγηθούν στη διάρκεια της έγκυμοσύνης.
Γ. Τα NOACS αντενδείκνυται να χορηγηθούν κατά τη διάρκεια της έγκυμοσύνης.
4. Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά για το LCZ696;
Α. Περιέχει μόνο την Βαλσαρτάνη.
Β. Συνδυάζει την Βαλσαρτάνη και αναστολέα νεπριλισίνης.
Γ. Άποτελεί αναστολέα μόνο της νεπριλισίνης.
5. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, για τον καρδιακό επανασυγχρονισμό σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια:
Α. CRT συστήνεται σε συμπτωματικούς ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και φλεβοκομβικό ρυθμό με διάρκεια του QRS ≤ 150 msec και LBBBQRS μορφολογία, με LVEF $\leq 35\%$ σε OMT (ένδειξη IA).
Β. CRT συστήνεται σε συμπτωματικούς ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και φλεβοκομβικό ρυθμό με διάρκεια του QRS ≥ 150 msec και non-LBBBQRS μορφολογία, με LVEF $\leq 35\%$ σε OMT (ένδειξη IIaB).
Γ. CRT συστήνεται σε συμπτωματικούς ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και φλεβοκομβικό ρυθμό με διάρκεια του QRS 130-149 msec και LBBBQRS μορφολογία, με LVEF $\leq 35\%$ σε OMT (ένδειξη IB).
Δ. CRT δεν συστήνεται σε ασθενείς με QRS < 130 msec. (IIIa).
6. Το νικοτινικό όξινο σε δόση 2gr/ημέρα:
Α. Αύξάνει την HDL-C περίπου 25%.
Β. Έλαττώνει την LDL-C 15-18%.
Γ. Δεν επιδρά στην LDL-C.
Δ. Έλαττώνει την Lp(a) περίπου 30%.
7. Προτεινόμενοι δείκτες για την ανάδειξη της καρδιοτοξικότητας:
Α. Με βάση την υπερηχογραφική μελέτη, μείωση του κλάσματος εξώθησης $> 10\%$ από τη χαμηλότερη φυσιολογική τιμή.
Β. Μείωση του GLS $> 15\%$ της βασικής τιμής.
Γ. Αύξηση της τροπονίνης.
Δ. Αύξηση του BNP.
Ε. Δεν επηρεάζεται ή τροπονίνη και το BNP.
8. Ποιες εκ των κάτωθι θεωρούνται απόλυτες αντενδείξεις για τη διενέργεια του stress echo;
Α. Έπεισόδιο προκάρδιου άλγους με αύξηση τροπονίνης το τελευταίο 24ωρο.
Β. Μετά από 24 ώρες επεισοδίου προκάρδιου άλγους χωρίς αύξηση τροπονίνης.
Γ. Άνευρυσμα κοιλιακής αορτής.
Δ. Άνευρυσμα θωρακικής αορτής.
9. Ποιες εκ των κάτωθι καταστάσεων προκαλούν αύξηση του BNP;
Α. Νεφρική ανεπάρκεια.
Β. Όξεια πνευμονική έμβολη.
Γ. Άναμια.
Δ. Όξινο στεφανιαίο σύνδρομο.
10. Σε ασθενή με ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδος πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθες μετρήσεις: Όγκος παλμού δια της μιτροειδούς βαλβίδος 80cc/beat, όγκος παλμού δια της αορτικής βαλβίδος 140cc/beat, TVI της ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδος 100cm. Η ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδος είναι:
Α. Μικρού βαθμού.
Β. Μετρίου βαθμού.
Γ. Σοβαρού βαθμού.
Δ. Δεν μπορεί να καθοριστεί.
11. Η δίπτυχη αορτική βαλβίδα μπορεί να συνοδεύεται με:
Α. Άνωμαλίες στεφανιαίων αρτηριών.
Β. Στένωση ισθμού αορτής.
Γ. Μεσοκολπική επικοινωνία.
Δ. Τίποτα από τα παραπάνω.
12. Άκτινογραφία θώρακος επί στένωσης ισθμού της αορτής:
Α. Σημεία διάτασης της άριστερης κοιλίας.
Β. Το σημείο "3" στην περιοχή του αορτικού τόξου, λόγω έκφυσης της άριστερης υποκλει-

- δίου αρτηρίας και μεταστενωτικής διάταξης της άορτης.
Γ. Ώδόντωση του κάτω μέρους των πλευρών.
Δ. A + Γ.
Ε. B + Γ.
- 13.** Ποιος από τους παρακάτω κολποκοιλιακούς αποκλεισμούς δεν θεωρείται αντένδειξη για δοκιμασία κοπώσεως;
Α. 2^ο βαθμού κ-κ αποκλεισμός.
Β. 3^ο βαθμού κ-κ αποκλεισμός.
Γ. 1^ο βαθμού κ-κ αποκλεισμός.
Δ. Διαλείπων πλήρης κ-κ αποκλεισμός.
- 14.** Ποια έκ των κατωτέρω συμβάλλουν στη διάγνωση του όξέος άορτικού συνδρόμου;
Α. Η τροπονίνη.
Β. Τα D-Dimers.
Γ. Διοισοφαγικό υπερηχογράφημα.
Δ. Άξονική Τομογραφία θώρακα.
- 15.** Ύπερηχογραφικά κριτήρια σοβαρής ανεπάρκειας της τριγλώχινας βαλβίδας;
Α. Άκτινα της PISA (PISA radius) >7 mm.
Β. Άκτινα της PISA (PISA radius) > 9 mm.
Γ. Vena contracta >7mm.
Δ. Ε ταχύτητα >1cm/sec.
- 16.** Ποιό από τα παρακάτω φάρμακα προκαλεί ψευδώς θετική δοκιμασία κοπώσεως;
Α. Άναστολείς β-άδρενεργικών υποδοχέων.
Β. Άναστολέας του μετατρεπτικού ένζυμου άγγειοτασίνης.
Γ. Νιτροώδη.
Δ. Δακτυλίτις.
Ε. Φαινοθειαζίνες.
- 17.** Κοκαΐνη και όξεά στεφανιαία σύνδρομα. Ήπιλέξτε τη λάθος πρόταση;
Α. Η κοκαΐνη αναστέλλει την προσυναπτική επαναπρόσληψη νευροδιαβιβαστών.
Β. Η κοκαΐνη έχει άμεση άγγειοσυσπαστική δράση.
Γ. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και αποβάλλεται από τους νεφρούς.
Δ. Ο σχηματισμός ένδοστεφανιαίου θρόμβου είναι σπάνιος.
Ε. Είναι φιλοσύνδετη διαταραχή του μεταβο-
- λισμοῦ.
Β. Παρατηρούνται ύψηλά επίπεδα α-γαλακτοσιδάσης.
Γ. Η νόσος έχει πλήρη έκφραση στους άνδρες.
Δ. Η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως από την ύπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και την άμυλοείδωση.
- 19.** Ποια έκ των κάτωθι άποτελούν παράγοντες αίφνιδίου θανάτου σε άσθενείς με ύπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια;
Α. Κοιλιακή ταχυκαρδία.
Β. Μη έμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία.
Γ. Πάχος μυοκαρδιακού τοιχώματος >30 mm.
Δ. Οικογενειακό ιστορικό αίφνιδίου θανάτου.
- 20.** Περιεγχειρητική διαχείριση άσθενών που λαμβάνουν άντιαμοπεταλιακά. Ποια έκ των κάτωθι είναι σωστά;
Α. Χαμηλός κίνδυνος θρόμβωσης και χαμηλός χειρουργικός αίμορραγικός κίνδυνος -Διακοπή των άντιαμοπεταλιακών φαρμάκων.
Β. Χαμηλός κίνδυνος θρόμβωσης και μεσαίος χειρουργικός αίμορραγικός κίνδυνος -Διατήρηση χαμηλής δόσης άσπιρίνης.
Γ. Ύψηλος κίνδυνος θρόμβωσης και μεσαίος χειρουργικός αίμορραγικός κίνδυνος -Διατήρηση χαμηλής δόσης άσπιρίνης και άναστολέα P2Y12.
Δ. Μεσαίος κίνδυνος θρόμβωσης και ύψηλος χειρουργικός αίμορραγικός κίνδυνος -Διατήρηση χαμηλής δόσης άσπιρίνης και άναστολέα P2Y12.
- 21.** Η διγοξίνη επιβάλλεται να άποφεύγεται στις παρακάτω καταστάσεις, έκτος από:
Α. WPW.
Β. ΗOCM.
Γ. Καρδιακή άμυλοείδωση.
Δ. Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.
Ε. Πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.
- 22.** Άνδρας 42 έτών με ιστορικό ύπερτασης έμφανίζει δύσπνοια στην κόπωση, χωρίς στηθάγχη. Η ΑΠ 140/50, ΚΣ 90bpm. Η φυσική εξέταση αποκάλυψε αύξημένη σφαγιτιδική πίεση, πρώιμο διαστολικό decrescendo φύσημα ΙΙΙ/ΙVψηλά δεξιά παραστερνικά και δια-

στολικό κύλισμα I/IV στην κορυφή. Από τα παρακάτω ποιο έπιπρόσθετο εύρημα στην φυσική εξέταση είναι άναμενόμενο;

- A. Έναλλασσόμενος σφυγμός.
- B. Παράδοξος σφυγμός.
- Γ. Άλλόμενος σφυγμός.
- Δ. Άνάκροτος σφυγμός.
- E. Δικόρυφος σφυγμός.

23. Άνδρας 78 ετών, με ιστορικό σοβαρής άποφρακτικής πνευμονοπάθειας, ύπέρτασης και καρδιακής ανεπάρκειας, έμφανίζει έπίταση της δύσπνοιας από έβδομάδος χωρίς πυρετό. Ό κορεσμός όξυγόνου είναι 87%. Η φυσική εξέταση αποκάλυψε διάχυτους ρεγγάζοντες, παράταση έκπνοης, άπουσία ύγρων ήχων, άπουσία φυσημάτων και άκανόνιστο ρυθμό. Τό ΗΚΓράφημά του παρουσιάζεται στην Εικόνα 1. Ποιά είναι ή κατάλληλη θεραπεία για την άρρυθμία που παρατηρείται;

- A. Μετοπρολόλη.
- B. DC shock.
- Γ. Άμιωδαρόνη.
- Δ. Φλεκαϊνίδη.
- E. Τίποτε από τα παραπάνω.

24. Άνδρας 30 ετών προσέρχεται στο τμήμα έπειγόντων με ταχυκαρδία 2ωρης διάρκειας (Εικόνα 2). Άναγνωρίζει ίδια συμπτωματολογία πολύ μικρότερης διάρκειας προ 2 ετών. Ποιά ή πιθανότερη διάγνωση;

- A. Φλεβοκομβική ταχυκαρδία.
- B. Άντίδρομη κολποκοιλιακή ταχυκαρδία από έπανεϊσοδο.
- Γ. Κολπική ταχυκαρδία
- Δ. Ίδιοπαθής κοιλιακή ταχυκαρδία.

25. Ποιά από τις παρακάτω είναι ή σωστή διάγνωση του ΗΚΓραφήματος (Εικόνα 3);

- A. Mobitz I 2^{ου} βαθμού Κκ άποκλεισμός.
- B. Mobitz II 2^{ου} βαθμού Κκ άποκλεισμός.
- Γ. Πλήρης Κκ άποκλεισμός.
- Δ. Κολπική ταχυκαρδία με 4:1 άγωγή.
- E. Ύψηλου βαθμού Κκ άποκλεισμός.

Η άγωγή του περιελάμβανε άτενολόλη, διπιαζέμη και ίνσουλίνη. Η όξεία θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τα παρακάτω, έκτός από ένα.

- A. Άτροπίνη.
- B. Γλουκαγόνο.
- Γ. Χλωριούχο άσβέστιο.
- Δ. Digibind.
- E. Ίσοπροτερενόλη.

26. Ύγιέστατο άγόρι 17 ετών, χωρίς προηγούμενο ιστορικό άρρυθμίας, μεταφέρεται στο τμήμα έπειγόντων με αίφνίδιας έναρξης αίσθημα παλμών, ενώ έπαιζε ποδόσφαιρο. Αίμοδυναμικά σταθερός, τό ΗΚΓράφημά του έμφανίζει την έξης εικόνα (Εικόνα 4). Ποιά είναι ή πιθανότερη διάγνωση;

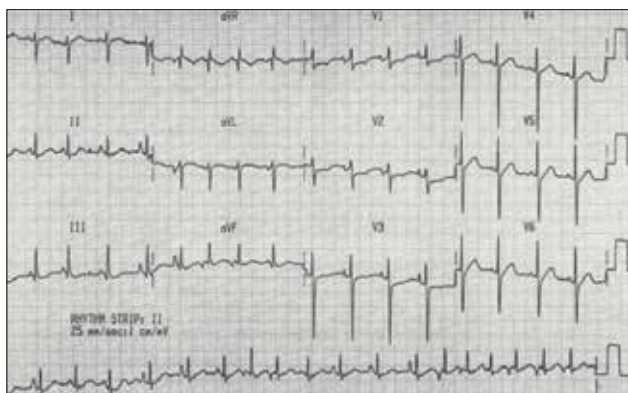
- A. Κοιλιακή ταχυκαρδία.
- B. Κολπικός πτερυγισμός.
- Γ. Κολπική μαρμαρυγή.
- Δ. Άντίδρομη κολποκοιλιακή από έπανεϊσοδο ταχυκαρδία.
- E. Όρθόδρομη κολποκοιλιακή από έπανεϊσοδο ταχυκαρδία.

27. Για τή μυϊκή δυστροφία Duchenne ισχύουν όλα, έκτός από ένα:

- A. Η καρδιά έπηρεάζεται στο 90%.
- B. Στο ΗΚΓράφημα τό PR διάστημα είναι παρατεταμένο.
- Δ. Σε ποσοστό 20% ό θάνατος όφείλεται σε καρδιακά αίτια.
- E. Η φλεβοκομβική ταχυκαρδία είναι ή συχνότερη καρδιακή έκδήλωση.

28. Διαβητικός 60 ετών, με άρτηριακή ύπέρταση και μεταμόσχευση νεφρού, μεταφέρεται στα έπείγοντα με άπώλεια συνείδησης. Θερμοκρασία 37°C, ΑΠ 70/30 mmHg, ΚΣ 120 bpm, 24 άναπνοές και κορεσμός όξυγόνου στον άέρα 70%. Η φυσική εξέταση αποκάλυψε ύποτρίζοντες άμφω, έντονο S4. Τό ΗΚΓράφημα αποκάλυψε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με LBBB. Έγινε δεξιός καθετηριασμός και παρατίθενται οί μετρήσεις με Swan-Ganz: RA 8 mmHg, PA 42/22 mmHg, PCWP 26 mmHg, Cardiac output 4L/min, Cardiac index 2L/min/m². Ποιά είναι ή πιο πιθανή διάγνωση;

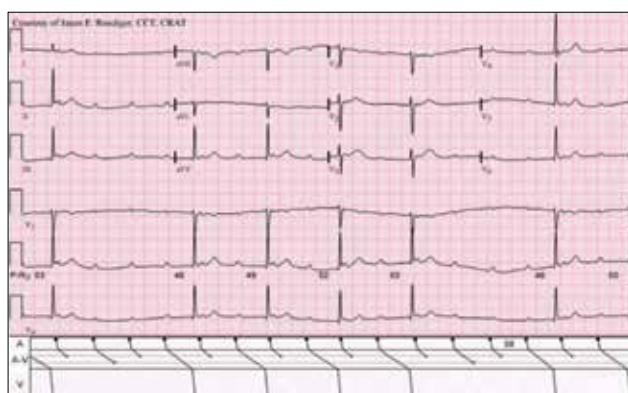
- A. Μαζική πνευμονική έμβολή.
- B. Όξεία ανεπάρκεια μιτροειδούς.
- Γ. Σηπτικό shock.
- Δ. Καρδιογενές shock.



Εικ. 1



Εικ. 2



Εικ. 3



Εικ. 4

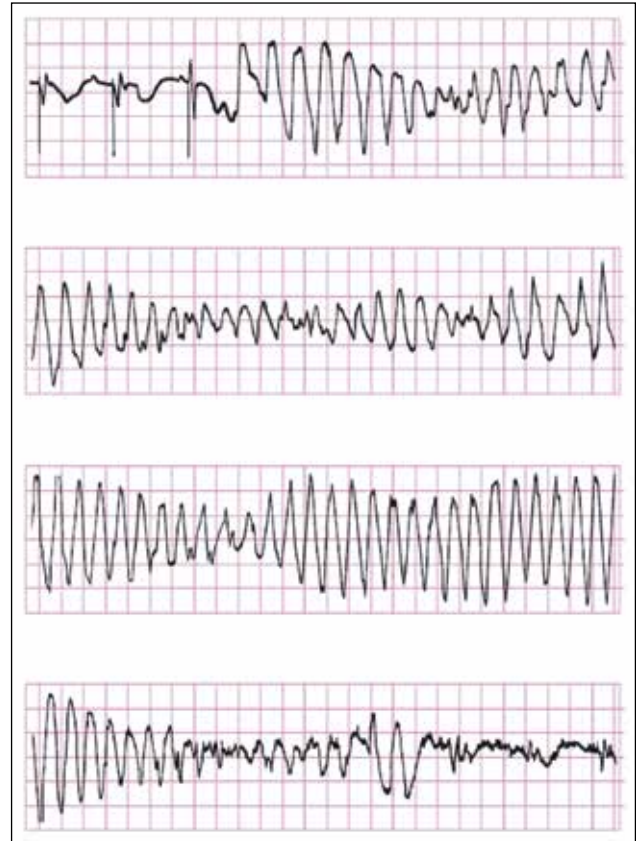
29. Ποιό από τα ακόλουθα, που άφορούν στη θρομβόλυση, είναι αληθές;
- Α. Η θρομβόλυση παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά της, όταν δοθεί σε 3 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.
 - Β. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για τη θεραπεία STEMI πάνω από 12 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.
 - Γ. Η σύγχρονη χορήγηση αντιπηκτικής θεραπείας, κατά τη διάρκεια θρομβόλυσης, δεν είναι υποχρεωτική.
 - Δ. Η θρομβόλυση ενδείκνυται σε υψηλού κινδύνου NSTEMI, όταν δεν υπάρχει δυνατότητα διενέργειας αγγειοπλαστικής.
30. Ποιό από τα παρακάτω, από τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες καρδιακής ανεπάρκειας, είναι λάθος;
- Α. Η αναστολή του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης με ACEI (ανασταλτή του μετατρεπτικού ένζυμου), ARB (αποκλειστή των υποδοχέων αγγειοτασίνης) ή ARNI (συνδυ-

- ασμός ARB και αναστολέα νεπριλυσίνης) ελαττώνει τη θνησιμότητα και νοσηρότητα στην καρδιακή ανεπάρκεια με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης.
 - Β. Σε ασθενείς με χρόνια συμπτωματική καρδιακή ανεπάρκεια NYHAI-III, που ανέχονται ACEI ή ARB, ή αντικατάσταση με ARNI συστήνεται για περαιτέρω ελάττωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας.
 - Γ. Μπορεί να γίνει μετάβαση από ARNI σε ACEI, και το αντίθετο, σε 24 ώρες από την τελευταία δόση εκάστου.
31. Μειωμένος ή ανόμοιος αρτηριακός σφυγμός στα άνω άκρα βρίσκεται συχνά στις παρακάτω παθήσεις, εκτός από:
- Α. Διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής.
 - Β. Νόσο Takayasu.
 - Γ. Υπερβαλβιδική αορτική στένωση.
 - Δ. Άθηροσκλήρωση της υποκλειδίου αρτηρίας.
 - Ε. Υποβαλβιδική αορτική στένωση.

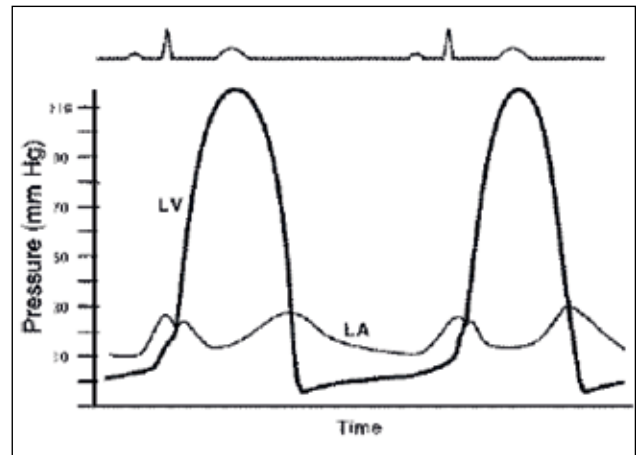
32. Ποιά από τις ακόλουθες προτάσεις, σχετιζόμενες με τον δεύτερο καρδιακό τόνο (S^2), είναι αληθής;
- A. Ο φυσιολογικός διχασμός του δεύτερου καρδιακού τόνου (S^2) οφείλεται στην πρόωμη σύγκλιση της πνευμονικής βαλβίδος κατά τη διάρκεια της εισπνοής.
- B. Ο πλήρης αποκλεισμός του δεξιού σκέλους προκαλεί εύρο διχασμό του δεύτερου καρδιακού τόνου (S^2).
- Γ. Συχνή αιτία παράδοξου διχασμού του δεύτερου καρδιακού τόνου (S^2) είναι το δευτερογενές έλλειμμα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος.
- Δ. Σταθερός διχασμός του δεύτερου καρδιακού τόνου (S^2) αναμένεται σε ασθενείς με τεχνητή βηματοδότηση της δεξιάς κοιλίας.
- Ε. Η σοβαρή στένωση της πνευμονικής βαλβίδος προκαλεί αύξηση της έντασης του δεύτερου καρδιακού τόνου (S^2).

33. Ποιά από τις ακόλουθες προτάσεις, σχετιζόμενες με ηλεκτρολυτικές διαταραχές και ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες, είναι αληθής;
- A. Η υποκαλιαιμία προκαλεί όξυκόρυφα κύματα T.
- B. Η υπερκαλιαιμία προκαλεί βράχυνση του QRS διαστήματος και αύξηση του εύρους του κύματος P.
- Γ. Η υπομαγνησιαμία σχετίζεται με μονόμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία.
- Δ. Η ύπασβεστιαμία προκαλεί παράταση του διαστήματος QT.
- Ε. Σοβαρή ύπασβεστιαμία έχει συσχετισθεί με την παρουσία του κύματος J (κύμα Osborn).

34. Κάθε μία από τις ακόλουθες καταστάσεις προδιαθέτει για την αρρυθμία που φαίνεται στην Εικόνα 5, εκτός από:
- A. Σοβαρή βραδυκαρδία συγγενούς αιτιολογίας.
- B. Υποκαλιαιμία.
- Γ. Μετάλλαξη στο γονίδιο SCN5A.
- Δ. Υπερβολική δόση από τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.
- Ε. Δισοπυραμίδη.



Εικ. 5



Εικ. 6

35. Ποιά είναι η διάγνωση από την παρακάτω αίμοδυναμική καταγραφή, (Εικόνα 6):
- A. Συμπιεστική περικαρδίτιδα.
- B. Στένωση της μιτροειδούς βαλβίδος.
- Γ. Άνεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδος.
- Δ. Περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια.
- Ε. Κανένα από τα παραπάνω.

- 36.** Όλα τὰ παρακάτω ἀποτελοῦν βασικοὺς στόχους γιὰ τὴν πρόληψη τῶν καρδιαγγειακῶν παθήσεων σὲ ἀσθενεῖς μὲ σακχαρώδη διαβήτη, ἐκτὸς ἀπὸ:
- A. Ἀρτηριακὴ πίεση <140/85 mmHg καὶ σὲ νεφροπάθεια συστολικὴ ἀρτηριακὴ πίεση <130 mmHg.
- B. LDL χοληστερόλη <70 mg/dl.
- Γ. Γλυκοζυλιωμένη αἰμοσφαιρίνη HbA1c <7%.
- Δ. Ἡ χρήση ἀσπιρίνης σὲ ὅλους τοὺς διαβητικούς ἀσθενεῖς.
- E. Διακοπὴ καπνίσματος.
- 37.** Ἐνας ἄνδρας 55 χρονῶν, μὲ προσθετικὴ μηχανικὴ βαλβίδα στὴ θέση τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδος, προσέρχεται μὲ ὀξὺ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου, μὲ ἀνάσπαση τοῦ ST διαστήματος. Τὸ INR εἶναι 3. Ἡ στεφανιογραφία ἔδειξε ὀλικὴ ἀπόφραξη τοῦ προσθίου κατιόντα. Πρὶν τὴ διενέργεια πρωτογενοῦς ἀγγειοπλαστικῆς, ποῖο ἀπὸ τὰ παρακάτω θὰ πρέπει νὰ γίνῃ;
- A. Χορήγησις Abciximab.
- B. Καμία ἐπιπρόσθετη χορήγησις ἀντιπηκτικοῦ.
- Γ. Ἐνδοφλέβια ἔγχυσις ἡπαρίνης.
- Δ. Ὑποδόρια χορήγησις ἐνοξαπαρίνης.
- E. Χορήγησις μπιβαλιουρίνης.
- 38.** Όλες οἱ παρακάτω προτάσεις ποὺ ἀφοροῦν στὸ μονοξείδιο τοῦ ἄζωτου (NO) εἶναι σωστές, ἐκτὸς ἀπὸ:
- A. Ἡ παραγωγή τοῦ NO ἀπὸ τὰ ἐνδοθηλιακὰ κύτταρα ἐνισχύεται ἀπὸ τὴν ὑποξία, τὴ θρομβίνη καὶ τὴ φωσφορικὴ ἀδενοσίνη.
- B. Στὰ ἀθηροσκληρυντικὰ ἀγγεῖα, ἡ ἀκετυλοχολίνη προκαλεῖ παράδοξη σύσπαση τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν.
- Γ. Τὸ NO συντίθεται στὰ ἐνδοθηλιακὰ κύτταρα μὲσω τῶν δράσεων τῆς συνθετάσης τοῦ NO στὸ ὑπόστρωμα τῆς L-ἀργινίνης.
- Δ. Τὸ NO διεγείρει τὸν αὐξημένο σχηματισμὸ κυκλικῆς μονοφωσφορικῆς ἀδενοσίνης στὰ λεία μυϊκὰ κύτταρα τῶν ἀγγείων.
- E. Οἱ ἀγγειοδιασταλτικὲς ἐπιδράσεις τῆς νιτρογλυκερίνης καὶ τῆς προστακυκλίνης εἶναι ἀνεξάρτητες ἀπὸ τὴν ἐνδοθηλιακὴ παραγωγή τοῦ NO.
- 39.** Όλες ἀπὸ τὶς παρακάτω προτάσεις, ποὺ ἀφοροῦν στὸν τοξικὸ δακτυλιδισμό, εἶναι ἀληθεῖς, ἐκτὸς ἀπὸ:
- A. Ἡ λιδοκαΐνη εἶναι ἕνας χρήσιμος παράγοντας γιὰ τὴ θεραπεία τῶν ἀρρυθμιῶν, ποὺ ὀφείλονται σὲ περίσσεια δακτυλίτιδας.
- B. Οἱ δευτέρου καὶ τρίτου βαθμοῦ κολποκοιλιακοὶ ἀποκλεισμοί, σὲ αὐτὸ τὸ πλαίσιο, ἀνταποκρίνονται συχνὰ στὴν ἀτροπίνη.
- Γ. Ἐντὸς 24 ἕως 48 ὥρων μετὰ τὴ χορήγησις ἀνοσοθεραπείας ἔναντι τῆς δακτυλίτιδας μπορεῖ νὰ προκύψῃ ὑποτροπὴ τοῦ τοξικοῦ δακτυλιδισμοῦ.
- Δ. Ἡ ἄμεση καρδιομετατροπὴ μπορεῖ νὰ προκαλέσει κοιλιακὲς ἀρρυθμίες σὲ ἀσθενεῖς μὲ τοξικὸ δακτυλιδισμό καὶ θὰ πρέπει νὰ ἀποφεύγεται.
- E. Ἡ αἰμοκάθαρσις εἶναι ἀποτελεσματικὴ σὲ περιπτώσεις μαζικῆς ὑπερδοσολογίας.
- 40.** Όλες ἀπὸ τὶς παρακάτω προτάσεις, ποὺ ἀφοροῦν στὴ διάκριση τῆς κοιλιακῆς ταχυκαρδίας (VT) ἀπὸ τὴν ὑπερκοιλιακὴ ταχυκαρδία (SVT) μὲ ἀλλόδρομη ἀγωγή, σὲ ἀσθενῆ μὲ ταχυκαρδία μὲ εὐρέα συμπλέγματα, εἶναι ἀληθεῖς, ἐκτὸς ἀπὸ:
- A. Ἡ παρουσία συστολῶν ἀπὸ συγχώνευση ἐνισχύουν τὴ διάγνωσις τῆς κοιλιακῆς ταχυκαρδίας (VT).
- B. Ὁ τερματισμὸς τῆς ταχυκαρδίας μὲσω βαγοτονικῶν χειρισμῶν εἶναι συμβατὸς μὲ ὑπερκοιλιακὴ ταχυκαρδία (SVT).
- Γ. Ἡ παρουσία κολποκοιλιακοῦ διαχωρισμοῦ ὑποδηλώνει κοιλιακὴ ταχυκαρδία (VT).
- Δ. Ἡ συμφωνία (concordance) τῶν συμπλεγμάτων QRS στὶς προκάρδιες ἀπαγωγὲς εἶναι πρὸς ἐνδεικτικὴ τῆς ὑπερκοιλιακῆς ταχυκαρδίας (SVT) παρὰ τῆς κοιλιακῆς ταχυκαρδίας (VT).
- E. Ἱστορικὸ παλαιοῦ ἔμφραγματος τοῦ μυοκαρδίου καθιστᾷ τὴ διάγνωσις τῆς κοιλιακῆς ταχυκαρδίας (VT) πάρα πολὺ πιθανή.