

## Έξετάσεις Ειδικότητας Καρδιολογίας Φεβρουάριος 2017

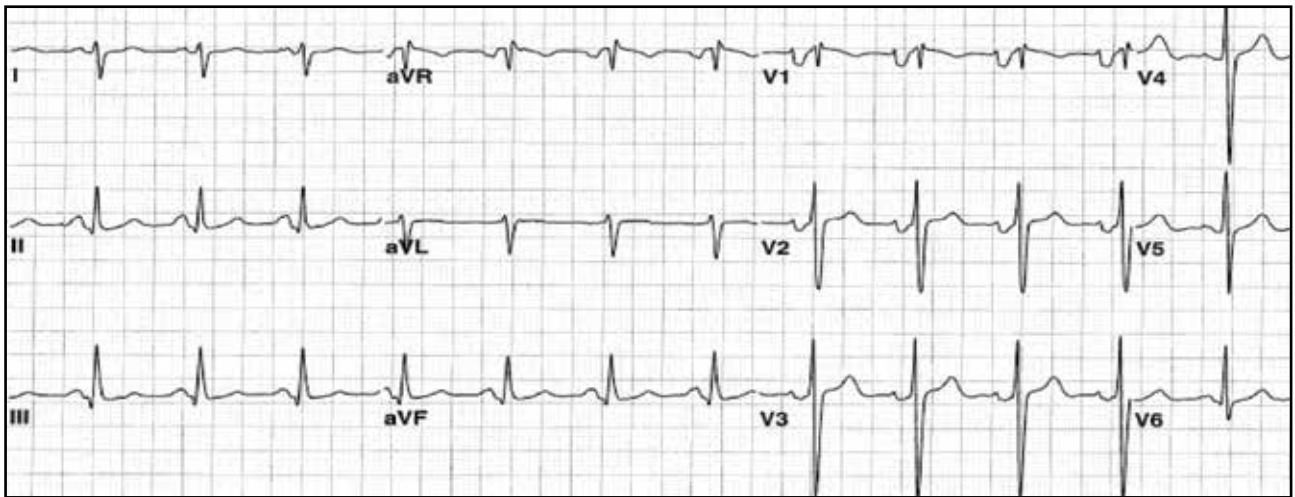
Θέματα προς ανάπτυξη

1. A) Νεότερα αντιδιαβητικά και καρδιαγγειακός κίνδυνος.  
B) Μηχανισμός δράσεων των PCSK9.
2. A) Καρδιακή σαρκοείδωση και άμυλοείδωση: Διάγνωση-θεραπεία.  
B) Καρδιακή ανεπάρκεια κνήσεως και λοχείας: Διάγνωση-θεραπεία.
3. A) Σύνδρομο προδιέγερσης: Άλγόριθμος έντοπισης δεματίου και αντιμετώπιση.  
B) Όρθοστατική συγκοπή και συγκοπή σχετιζόμενη με διαταραχή του ΑΝΣ.
4. A) Διαδερμική επιδιόρθωση ανεπάρκειας μιτροειδούς (MitralClip): Ένδειξεις και τρόποι προσπέλασης.  
B) Διαφορές στις Αίμοδυναμικές παραμέτρους της άορτικής βαλβίδος μεταξύ μέτριας και σοβαρής ανεπάρκειας.
5. Χρόνια ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδος: ήχοκαρδιογραφική εκτίμηση και θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισής της.
6. Στεφανιαία νόσος και κολπική μαρμαρυγή: στρατηγικές για συνδυασμένη αντιπηκτική - αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.
7. Μη συμπαγές μυοκάρδιο.
8. A) Θεραπεία του όξέος διαχωριστικού άνευρύσματος της θωρακικής άορτής.  
B) Σύνδρομο Marfan: Διάγνωση-Θεραπεία.
9. A) Σταδιοποίηση κινδύνου των ασθενών με Non - Stemi.  
B) Ίσχαμική αναδιαμόρφωση (remodeling) της άριστερης κοιλίας. Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί και θεραπεία.
10. Τί νεότερο στην άμφικοιλιακή βηματοδότηση. Ποιός ο ρόλος της άπεικόνισης.

### Έρωτήσεις πολλαπλής επιλογής

1. Στην όξεια ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδος ποιό είναι τó λάθος;  
A. Αύξημένος τελοδιαστολικός όγκος της άριστερης κοιλίας.  
B. Ύπερσυσπαστικότητα της άριστερης κοιλίας.  
Γ. Σημαντικά αύξημένος όγκος του άριστερου κόλπου.  
Δ. Παρουσία ρήξης της τενόντιας χορδής.
2. Η εφαρμογή του stress echo στην στένωση της άορτικής βαλβίδος. Ποιά είναι τά λάθη;  
A. Στην συμπτωματική σοβαρή στένωση της άορτικής βαλβίδος άπόλυτη ένδειξη ή διενέργεια του stress echo για τήν λήψη άποφάσεων.  
B. Η φαρμακευτική δοκιμασία με δοβουταμίνη προτιμάται σε άσθενείς με στένωση της άορτικής βαλβίδος και έπηρεασμένο κλάσμα έξώθησης.

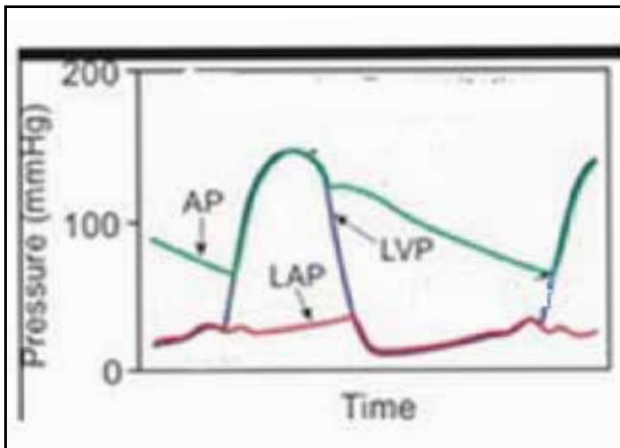
- Γ. Τὸ πρωτόκολλο τῆς ἄσκησης προτιμᾶται σὲ ἀσθενεῖς μὲ ἀσυμπτωματικὴ σοβαρὴ στένωση τῆς ἀορτικῆς βαλβίδος καὶ διατηρημένο κλάσμα ἐξώθησης.  
Δ. Ἡ φαρμακευτικὴ δοκιμασίᾳ μὲ δοβουταμίνη δὲν μπορεῖ νὰ ἐφαρμοσθεῖ σὲ ἀσθενεῖς μὲ στένωση ἀορτικῆς βαλβίδος καὶ πολὺ χαμηλὸ κλάσμα ἐξώθησης <20%.
- 3.** Τί ἐπιτυγχάνεται μετὰ τὴ χορήγηση τῆς ἐρυθροποιητίνης στὴν καρδιακὴ ἀνεπάρκεια;  
Α. Μεγαλύτερη ἰκανότητα μεταφορᾶς  $O_2$ .  
Β. Μεγαλύτερη ἰκανότητα γιὰ ἄσκηση.  
Γ. Μεγαλύτερη ἐπιβίωση.  
Δ. Καλύτερη ποιότητα ζωῆς.
- 4.** Στὴν διαφοροποίηση τοῦ τύπου τῆς ψευδοφυσιολογικοποίησης ἀπὸ τὸν φυσιολογικὸ τύπο διαστολικῆς λειτουργίας τῆς ἀριστερῆς κοιλίας ἰσχύουν τὰ κατωτέρω:  
Α. Ὁ φυσιολογικὸς σὲ μέγεθος ἀριστερὸς κόλπος σημαίνει φυσιολογικὴ πλήρωση τῆς ἀριστερῆς κοιλίας.  
Β. IVRT<70ms σημαίνει ψευδοφυσιολογικὸν τύπο.  
Γ. Ἡ διάρκεια τοῦ Α τῶν πνευμονικῶν φλεβῶν <30ms ἀπὸ τὴν διάρκεια τοῦ Α τῆς διαμιτροειδικῆς ροῆς σημαίνει αὐξημένη πίεση τοῦ ἀριστεροῦ κόλπου.  
Δ. Ἡ χορήγηση διουρητικῶν ἀναδεικνύει τὴν διαταραχὴ χαλάσης τῆς ἀριστερῆς κοιλίας.
- 5.** Παθολογικὲς καταστάσεις, ποὺ μποροῦν νὰ προκαλέσουν βραδυκαρδία, εἶναι:  
Α. Τὸ ἔμφραγμα.  
Β. Ἡ σαρκοείδωση.  
Γ. Ἡ μυοκαρδίτιδα.  
Δ. Ἡ νόσος τοῦ Chagas.  
Ε. Ὅλα τὰ ἀνωτέρω.
- 6.** Ἀσθενὴς μὲ παροξυσμικὴ κολπικὴ μαρμαρυγὴ ἔχει χρόνια ἐνεργὸ ἥπατίτιδα καὶ ἐπηρεασμένη ἥπατικὴ λειτουργία. Ποιὰ φαρμακευτικὴ ἀγωγή θὰ χορηγήσετε γιὰ διατήρηση τοῦ φλεβοκομβικοῦ ρυθμοῦ;  
Α. Ἀμιωδαρόνη.  
Β. Μεξιλετίνη.  
Γ. Προκιναμίδη.  
Δ. Σοταλόλη.
- 7.** Τὸ ΗΚΓγράφημα 12 ἀπαγωγῶν κατὰ τὴ διάρκειά τῆς ἐγκυμοσύνης ἀλλάζει. Ποιὰ ἐκ τῶν κατωτέρω εἶναι σωστά;  
Α. Μετατόπιση τοῦ ἄξονα QRS στὸ μετωπιαῖο ἐπίπεδο.  
Β. Μὴ εἰδικὲς ἀλλαγὲς τοῦ τμήματος ST καὶ τοῦ κύματος T στὸ 50%.  
Γ. Μὴ εἰδικὲς ἀλλαγὲς τοῦ τμήματος ST καὶ τοῦ κύματος T στὸ 4% ὡς 14%.  
Δ. Οἱ δεξιόστροφες μετατοπίσεις εἶναι πρὸς συνήθειες ἀπὸ τὴς ἀριστερόστροφες.
- 8.** Ἡ δραστικὴ δόση τῆς προπαφενόνης γιὰ τὴν ἀνάταξη τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς εἶναι:  
Α. 300-600 mg.  
Β. 450-600 mg.  
Γ. 600-800 mg.  
Δ. 500-800 mg.
- 9.** Ἡ ἐμφάνιση ἐμβολικοῦ ἐπιδόμιου κατὰ τὴν ὀξεία φάση τοῦ ἐμφράγματος μὲ ὑπαρξὴ θρόμβου στὴν κορυφὴ τῆς ἀριστερῆς κοιλίας ἀνέρχεται σέ:  
Α. 5%.  
Β. 12%.  
Γ. 20%.  
Δ. 35%.
- 10.** Ἡ πρώτη αἰτία αἰφνίδιου θανάτου σὲ ἀθλητὲς εἶναι:  
Α. Ὑπερτροφικὴ μυοκαρδιοπάθεια.  
Β. Ἀνωμαλίες στεφανιαίων.  
Γ. Ἰδιοπαθὴς ὑπερτροφία.  
Δ. Ἀρρυθμιολογικός δεξιὰ κοιλία.
- 11.** Ποιὰ ἀπὸ τὴς παρακάτω καταστάσεις θεωρεῖται ἀπόλυτη ἀντένδειξη γιὰ δοκιμασίᾳ κοπώσεως;  
Α. Ἀποφρακτικὴ μυοκαρδιοπάθεια.  
Β. Διαταραχὲς ἠλεκτρολυτῶν.  
Γ. Ἀναμμία.  
Δ. Ὁξεία μυοκαρδίτιδα.  
Ε. Λήψη φαρμάκων ποὺ ἐπιδροῦν στὸ ἀποτέλεσμα τῆς δοκιμασίας.
- 12.** Στὸν καρδιακὸ καθετηριασμό, στὴν περιοριστικὴ μυοκαρδιοπάθεια, ἔχουμε ὅλα τὰ κάτωθι πλὴν ἑνὸς:  
Α. Σημεῖο τῆς τετραγωνικῆς ρίζας στὴν καμπύλη πίεσεως τῶν κοιλίων.



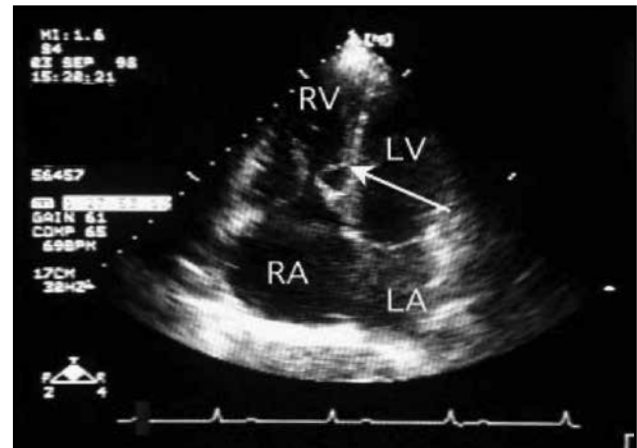
Εικ. 1

- B. Τελοδιαστολική πίεση τής άριστερής κοιλίας >τής δεξιάς κατά 5mmHg.  
 Γ. Συστολική πίεση στη δεξιά κοιλία >50 mmHg.  
 Δ. Η διαστολική πίεση στη δεξιά κοιλία είναι μεγαλύτερη του 1/3 τής συστολικής.
13. Η από τοῦ στόματος αντιπηκτική αγωγή στην όξεϊα φάση τής πνευμονικής έμβολής μπορεί νά είναι:  
 Α. Rivaroxaban 15mg δυο φορές ήμερησίως για 3 εβδομάδες καί στην συνέχεια 20mg ήμερησίως.  
 Β. Apixaban 10mg δυο φορές ήμερησίως για 10 ήμέρες καί στην συνέχεια 5mg δυο φορές ήμερησίως.  
 Γ. Dabigadran 150 mg δυο φορές ήμερησίως ανεξάρτητα αν λαμβάνει βεραπαμίλη ο άσθενής.  
 Δ. Δεν έχουν ένδειξη τὰ νεότερα αντιπηκτικά στην πνευμονική έμβολή.
14. Η πιο πιθανή διάγνωση του ΗΚΓραφήματος στην Εικόνα 1, είναι:  
 Α. Πνευμονική έμβολή.  
 Β. Όπισθιο έμφραγμα μυοκαρδίου.  
 Γ. Σοβαρή στένωση μιτροειδοῦς βαλβίδος.  
 Δ. Σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδος.
15. Η ivabradine μειώνει την καρδιακή συχνότητα:  
 Α. Μειώνει τὸ If ρεύμα στον φλεβοκόμβο.  
 Β. Μειώνει τὸ If ρεύμα στον κόμβο.  
 Γ. Χορηγείται για νά μειώσει την καρδιακή συχνότητα σε φλεβοκομβικό ρυθμό.  
 Δ. Χορηγείται για έλεγχο συχνότητας σε κολπική μαρμαρυγή.
16. Για τὸν καθορισμὸ του EuroSCORE συμπεριλαμβάνονται οί κάτωθι παράγοντες:  
 Α. Η ηλικία.  
 Β. Η χρόνια πνευμονική νόσος με την χρήση βρογχοδιασταλτικῶν ή κορτιζόνης.  
 Γ. Παλαιὸ έμφραγμα μυοκαρδίου.  
 Δ. Έπηρεασμένη ή συστολική απόδοση τής άριστερής κοιλίας.  
 Ε. Συστολική υπέρταση με συστολική πίεση στην πνευμονική >40mmHg.
17. Ποιες από τις κάτωθι παραμέτρους θεωρούνται δυσμενείς προγνωστικοί δείκτες σε άσθενείς με πνευμονική αρτηριακή υπέρταση;  
 Α. 6MWT >300m.  
 Β. Περικαρδιακή συλλογή καί TAPSE<1.5cm.  
 Γ. Όψηλές τιμές BNP.  
 Δ. Συγκοπή.
18. Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά για την κολχικίνη;  
 Α. Είναι φάρμακο με αντιμυτωτικές καί αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες.  
 Β. Η πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι ή δυσανεξία από τὸ πεπτικὸ.  
 Γ. Χορηγείται σε έγκυμοσύνη.

- Δ. Δεν αντενδείκνυται σε ήπατική ανεπάρκεια.
- 19.** Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά για την λοιμώδη ένδοκαρδίτιδα;  
 Α. Η χημειοπροφύλαξη απαιτείται σε ασθενείς με ιστορικό λοιμώδους ένδοκαρδίτιδας.  
 Β. Η χημειοπροφύλαξη απαιτείται σε ασθενείς με κυανωτικές συγγενείς καρδιοπάθειες.  
 Γ. Το διοισοφαγικό υπερηχογράφημα διενεργείται ακόμα και στις περιπτώσεις με θετικά εύρηματα από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα (Class IIa C).  
 Δ. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα απαιτείται μετά την συμπλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής μετεγχειρητικά (Class I C).
- 20.** Χαρακτηριστικά αθλητικής καρδιάς:  
 Α. Παρουσία υπερτροφίας της άριστερης κοιλίας, η οποία συνήθως είναι συμμετρική ως 1,2 cm.  
 Β. Τελοδιαστολική διάμετρος της άριστερης κοιλίας συνήθως αύξημένη >55mm.  
 Γ. Διάταση άριστερου κόλπου.  
 Δ. Μέγιστη κατανάλωση  $O_2$ ,  $VO_2\max > 20\text{ml/kg/min}$ .
- 21.** Ποιό (ένα) από τα πιό κάτω δεδομένα γύρω από την καρδιακή ανεπάρκεια είναι λάθος;  
 Α. Το συνηθέστερο αίτιο άναμιίας στην καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα έξωθισης είναι η έλλειψη σιδήρου.  
 Β. Οι άναστολείς του μετατρεπτικού ένζυμου μπορεί να προκαλέσουν άναμιία μέσω αύξισης του φυσικού πεπτιδίου, που προκαλεί άναστολή της αίμοποίησης και της παραγωγής έρυθροποιητίνης.  
 Γ. Οί συσκευές ύποβοήθισης LVAD τοποθετούνται μόνο σαν γέφυρα για μεταμόσχευση μυοκαρδίου.  
 Δ. Η άσκοπη χρήση διουρητικών, ή ύποαλβουμιναμίας, τα αύξημένα επίπεδα κατεχολαμίων είναι μηχανισμοί που προκαλούν άντίσταση στα διουρητικά.
- 22.** Πρωτοπαθείς αίτιες διαστολικής καρδιακής ανεπάρκειας είναι όλες οι πιό κάτω, εκτός από μία.  
 Α. Ύπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.  
 Β. Διατακική μυοκαρδιοπάθεια.  
 Γ. Ύπερτασική μυοκαρδιοπάθεια.  
 Δ. Διηθητική μυοκαρδιοπάθεια.
- 23.** Ποιό (ένα) από τα πιό κάτω βοηθά στη βελτίωση της θνητότητας σε άσθενείς με έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας;  
 Α. Η φόρτιση με ύγρα.  
 Β. Η τοποθέτηση καθετήρα SWAN – GANZ.  
 Γ. Η χορήγηση νιτρογλυκερίνης.  
 Δ. Η πρωτογενής άγγειοπλαστική.
- 24.** Ποιό (ένα) από τα πιό κάτω φάρμακα αύξάνει τη συγκέντρωση δακτυλίτιδας στο αίμα;  
 Α. Άμιωδαρόνη.  
 Β. Χολεστυραμίνη.  
 Γ. Συμβαστατίνη.  
 Δ. Φαινοφιβράτη.
- 25.** Παρενέργειες της άμιωδαρόνης είναι όλες οι πιό κάτω, εκτός από μία:  
 Α. Πνευμονική τοξικότητα.  
 Β. Ύπερθυρεοειδισμός.  
 Γ. Ύποθυρεοειδισμός.  
 Δ. Περιφερική νευροπάθεια.  
 Ε. Αύξιση ήπατικών ένζύμων.  
 Ζ. Διάρροια.
- 26.** Ποιά από τις πιό κάτω βαλβίδες έχει τη μικρότερη επίπτωση ένδοκαρδίτιδας;  
 Α. Άορτικό όμοιομόσχευμα.  
 Β. Βιοπροσθετική βαλβίδα.  
 Γ. Μηχανική βαλβίδα.  
 Δ. Stent less (χωρίς περίβλημα) μιτροειδική βαλβίδα.
- 27.** Ποιά από τις πιό κάτω είναι η συνηθέστερη άνωμαλία των στεφανιαίων άρτηριών;  
 Α. Άρτηριοφλεβώδης στεφανιαία φίστουλα.  
 Β. Έκφυση της περισπωμένης από τη δεξιά στεφανιαία άρτηρία.  
 Γ. Άριστερη στεφανιαία άρτηρία που εκφύεται από το δεξιό κόλλπο του Valsalva.  
 Δ. Έκφυση του κυρίου στελέχους της άριστερης στεφανιαίας άρτηρίας από την πνευμονική.
- 28.** Η πιό κάτω καταγραφή πιέσεων άφορα (Εικ. 2):  
 Α. Στένωση άορτικής βαλβίδος.



**Εικ. 2:** Συντημήσεις: AP = Άορτική πίεση, LAP = Πίεση άριστερου κόλπου, LVP = Άριστερή κοιλιακή πίεση.



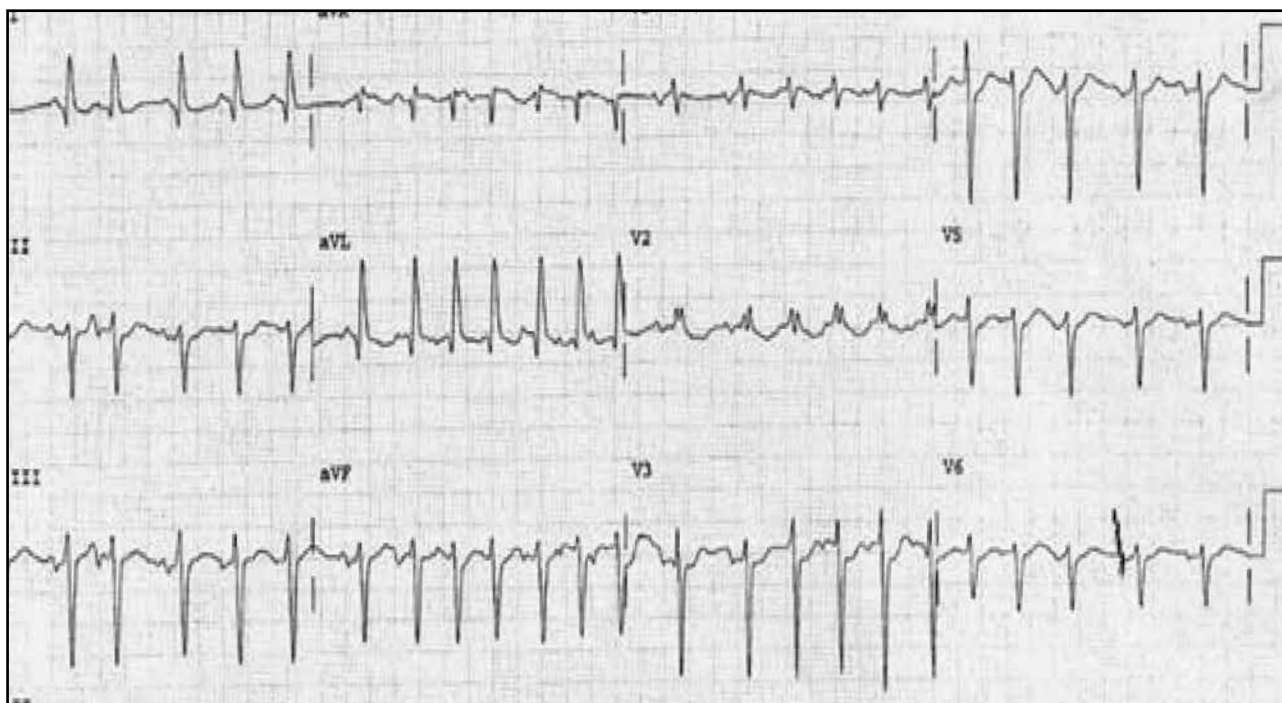
**Εικ. 3:** Συντημήσεις A = Δεξιός κόλπος, RV = Δεξιά κοιλία, LV = Άριστερή κοιλία, A = Άριστερός κόλπος.

- B. Άνεπάρκεια άορτικής βαλβίδος.
- Γ. Στένωση μιτροειδοϋς.
- Δ. Στένωση και άνεπάρκεια άορτής.

29. Ποιό από τὰ κάτωθι βοηθά περισσότερο στὴ διαφορική διάγνωση τῆς ὑπερκοιλιακῆς ἀπὸ τὴν κοιλιακή ταχυκαρδία, σὲ ἀσθενή πὸν ἐμφανίζεται μὲ ταχυκαρδία, πὸν ἔχει εὐρέα QRS συμπλέγματα;
- A. Ὁ ἀσθενὴς ἔχει ἡλικία μεγαλύτερη ἀπὸ 60 χρόνια.
  - B. Ἡ ταχυκαρδία εἶναι >160/min.
  - Γ. Ὁ ἀσθενὴς ἔχει πίεση 110/65 mmHg.
  - Δ. Ὑπάρχει κολποκοιλιακὸς διαχωρισμὸς.
30. Διαθωρακική κορυφαία τομὴ 4 κοιλοτήτων (Εικ. 3): Ποιὰ πάθηση ἔχει ὁ ἐν λόγω ἀσθενής;
- A. Στένωση πνευμονιζῆς.
  - B. Μετάθεση τῶν μεγάλων ἀρτηριῶν.
  - Γ. Στένωση ἰσθμοῦ τῆς άορτής.
  - Δ. Νόσος τοῦ Ebstein.
31. Ἐνας 74χρονος μὲ σοβαρὴ χρόνια ἀποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) καὶ ἀποφρακτικοῦ τύπου ὑπνικὴ ἄπνοια προσέρχεται στὰ ἐπείγοντα μὲ σοβαρὴ δύσπνοια. Ἐχει διαγνωστεῖ μὲ παρὸξυνση ΧΑΠ καὶ ἀντιμετωπίζεται μὲ ἀντιβιοτικά καὶ στεροειδῆ. Διαπιστώθηκε ἀκανόνιστος σφυγμὸς καὶ ἔγινε τὸ παρακάτω ΗΚΓγράφημα (Εικ. 4). Ποιὰ εἶναι ἡ διάγνωση;

- α. Κολπικὴ μαρμαρυγή.
- β. Κολπικὸς πτερυγισμὸς μὲ μεταβαλλόμενο ἀποκλεισμό.
- γ. Πολυεστιακὴ κολπικὴ ταχυκαρδία.
- δ. Φλεβοκομβικὴ ταχυκαρδία μὲ πρώιμες κολπικὲς συστολές.
- ε. Κοιλιακὴ ταχυκαρδία.

32. Κάθε μία ἀπὸ τὶς παρακάτω καταστάσεις συνδέεται συχνὰ μὲ ὑψηλὰ κύματα R στὴν ἀπαγωγὴ V<sub>1</sub> τοῦ ἠλεκτροκαρδιογραφήματος, ἐκτὸς ἀπὸ:
- α. Ὑπερτροφία τῆς δεξιᾶς κοιλίας.
  - β. Σύνδρομο Wolff-Parkinson-White.
  - γ. Μυϊκὴ δυστροφία Duchenne.
  - δ. Πρόσθιος ἄριστερός δεσμιδικὸς ἀποκλεισμός.
  - ε. Κακὴ τοποθέτηση τῶν ἠλεκτροδίων στὸ στήθος.
33. Ὅλες οἱ ἀκόλουθες προτάσεις σχετικὰ μὲ τὴν φυσιολογία τῆς καρδιακῆς σύσπασης καὶ χάλασης εἶναι σωστές, ἐκτὸς ἀπὸ:
- α. Ὅσο μεγαλύτερη εἶναι ἡ ἄριστερὴ κοιλία καὶ μεγαλύτερη ἡ ἄκτινα τῆς τόσο μεγαλύτερη εἶναι ἡ τοιχωματικὴ τάση.
  - β. Σὲ ὁποιαδήποτε δεδομένη ἄκτινα (μέγεθος ἄριστερῆς κοιλίας) ὅσο μεγαλύτερη εἶναι ἡ πίεση πὸν ἀναπτύσσεται ἀπὸ τὴν ἄριστερὴ κοιλία τόσο μεγαλύτερη εἶναι ἡ τοιχωματικὴ τάση.
  - γ. Τὸ προφορτίο ὀρίζεται καὶ ὡς ἡ τοιχωματι-



Εικ. 4

κή τάση στην αρχή της διαστολής.

δ. Το μεταφορτίο όρίζεται και ως ή τοιχωματική τάση στη διάρκεια της έξωθσης της αριστερής κοιλίας.

ε. Μια αύξηση στην τοιχωματική τάση αυξάνει την πρόσληψη του οξυγόνου από το μυοκάρδιο.

**34.** Κάθε μία από τις ακόλουθες προτάσεις, σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, είναι αληθής, εκτός από:

α. Η άμωδαρόνη μειώνει τη θνησιμότητα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια NYHA II ή III, που έχουν χαμηλό κλάσμα έξωθσης της αριστερής κοιλίας <35%.

β. Η έμφύτευση ενός απινιδιστή ένδεικνυται σε ασθενείς με συνδυασμό δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας και άνεξηγήτη συγκοπή ή σε καρδιακή ανακοπή, που έγινε επιτυχής ανάνηψη.

γ. Ασθενείς με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και με παροδική ή διορθώσιμη αιτία κοιλιακής ταχυκαρδίας παραμένουν σε ύψηλο κίνδυνο για αιφνίδιο θάνατο.

δ. Η προφυλακτική έμφύτευση ενός απινι-

διστή είναι αποτελεσματική στη μείωση της θνησιμότητας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας.

ε. Η χρήση της δρονεδαρόνης σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρού βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια συσχετίζεται με αύξημένη θνησιμότητα.

**35.** Ποιό από τα παρακάτω είναι χαρακτηριστικό της οικογενούς υπερτριγλυκεριδαμίας;

α. Τα επίπεδα στο πλάσμα της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης (LDL) είναι συνήθως ύψηλά.

β. Τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων στο πλάσμα μπορεί να υπερβαίνουν τα 1000 mg/dL μετά από ένα γεύμα.

γ. Τα επίπεδα στο πλάσμα της ύψηλης πυκνότητας λιποπρωτεΐνης (HDL) είναι συνήθως αυξημένα.

δ. Η επίπτωση της αθηροσκλήρωσης είναι τριπλάσια στην οικογενή υπερτριγλυκεριδαμία.

ε. Η οικογενής υπερτριγλυκεριδαμία παρουσιάζεται συνήθως στην παιδική ηλικία.

**36.** Ποιό από τις ακόλουθες προτάσεις σχετικά

μὲ τὸ φαιοχρωμοκύττωμα εἶναι σωστή;

α. Περίπου τὸ 1% τῶν φαιοχρωμοκυττωμάτων βρίσκονται ἐξωεπινεφριδικά.

β. 50% τῶν φαιοχρωμοκυττωμάτων εἶναι κακοήθεις ὄγκοι.

γ. 50% τῶν φαιοχρωμοκυττωμάτων βρίσκονται καὶ στὰ δύο ἐπινεφρίδια.

δ. Ἡ ἀρτηριακὴ ὑπέρταση ποὺ σχετίζεται μὲ φαιοχρωμοκύττωμα σπάνια προκαλεῖ μόνιμη ὑπέρταση.

ε. Σὲ οἰκογενεῖς μορφῆς ἢ ἀνεύρεση πολλαπλῶν ὄγκων στὰ ἐπινεφρίδια εἶναι συχνή.

**37.** Ὅλες οἱ ἀκόλουθες προτάσεις σχετικὰ μὲ τὴν τοξικότητα ἀπὸ δακτυλίτιδα εἶναι σωστές, ἐκτὸς ἀπὸ:

α. Ἡ λιδοκαΐνη εἶναι ἓνα χρήσιμο φάρμακο στὴ θεραπεία τῶν ἀρρυθμιῶν, ποὺ ὀφείλονται στὰ αὐξημένα ἐπίπεδα δακτυλίτιδας.

β. Ὁ δευτέρου καὶ τρίτου βαθμοῦ κολποκοιλιακὸς ἀποκλεισμὸς ἀνταποκρίνεται συχνὰ στὴ χορήγηση ἀτροπίνης.

γ. Ἡ ἐπανεμφάνιση τοξικότητας ἀπὸ δακτυλίτιδα μπορεῖ νὰ συμβεῖ 24 ἕως 48 ὥρες μετὰ τὴ χορήγηση τῆς ἀντιδιγοξινικῆς ἀνοσοθεραπείας.

δ. Ἡ ἄμεση καρδιοανάταξη μπορεῖ νὰ ἐπιταχύνει τὴν ἐμφάνιση κοιλιακῶν ἀρρυθμιῶν σὲ ἀσθενεῖς μὲ τοξικότητα ἀπὸ δακτυλίτιδα καὶ πρέπει νὰ ἀποφεύγεται.

ε. Ἡ αἰμοκάθαρση εἶναι ἀποτελεσματικὴ σὲ περιπτώσεις ὑπερδοσολογίας.

**38.** Ποιὰ ἀπὸ τὶς ἀκόλουθες προτάσεις σχετικὰ μὲ τὰ φυσικὰ εὐρήματα στὴν καρδιακὴ ἀνεπάρκεια εἶναι σωστή;

α. Ἡ ὑπεζωκοτικὴ συλλογὴ στὴν καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ἐντοπίζεται πρὶν συχνὰ ἀμφοτερόπλευρα, ἀλλὰ ὅταν εἶναι ἑτερόπλευρα αὐτὴ συνήθως περιορίζεται στὴ δεξιὰ πλευρὰ

τοῦ θωρακικοῦ τοιχώματος.

β. Ἡ ἀπουσία ὑγρῶν ρόγγων κατὰ τὴν ἐξέταση ἀποκλείει τὴν αὐξημένη πίεση τῶν πνευμονικῶν τριχοειδῶν.

γ. Ἡ μεγαλοπηλατρία ἐμφανίζεται συνήθως μετὰ τὴν ἀνάπτυξη ἔντονων περιφερικῶν οἰδημάτων.

δ. Ἡ ἀπουσία περιφερικοῦ οἰδήματος δηλώνει τὴν ἔλλειψη ὑπερφόρτισης ὄγκου καὶ συστηματικῆς φλεβικῆς συμφόρησης.

ε. Σὲ ἀνεπάρκεια τῆς ἀριστερῆς κοιλίας τὸ πνευμονικὸ στοιχεῖο τοῦ δευτέρου καρδιακοῦ τόνου (P<sub>2</sub>) εἶναι συχνὰ μειωμένο σὲ ἔνταση.

**39.** Σὲ ὑποτροπὴ περικαρδίτιδας θεραπεία ἐκλογῆς ἀποτελεῖ:

α. Ἡ κορτιζόνη.

β. Τὰ μὴ στεροειδῆ ἀντιφλεγμονώδη φάρμακα.

γ. Ὁ συνδυασμὸς κολχικίνης καὶ μὴ στεροειδῶν ἀντιφλεγμονωδῶν φαρμάκων γιὰ 3 μῆνες.

δ. Ὁ συνδυασμὸς κολχικίνης καὶ μὴ στεροειδῶν ἀντιφλεγμονωδῶν φαρμάκων γιὰ 6 μῆνες.

ε. Ὁ συνδυασμὸς κορτιζόνης καὶ μὴ στεροειδῶν ἀντιφλεγμονωδῶν φαρμάκων γιὰ 3 μῆνες.

**40.** Στὴν περιοριστικὴ μυοκαρδιοπάθεια ὅλα τὰ παρακάτω ὑπερηχογραφικὰ εὐρήματα εἶναι συμβατὰ μὲ τὴν πάθηση, ἐκτὸς ἀπὸ:

α. Μικρὴ ἀριστερὴ κοιλία μὲ μεγάλο ἀριστερὸ κόλπο.

β. E/A > 2.

γ. Ἰστικὸ Doppler : e' < 8.0 cm/sec.

δ. Ἰστικὸ Doppler : e' > 8.0 cm/sec.

ε. Χωρὶς σημαντικὴ ἀναπνευστικὴ διακύμανση τῆς διαμυτροειδικῆς ροῆς.