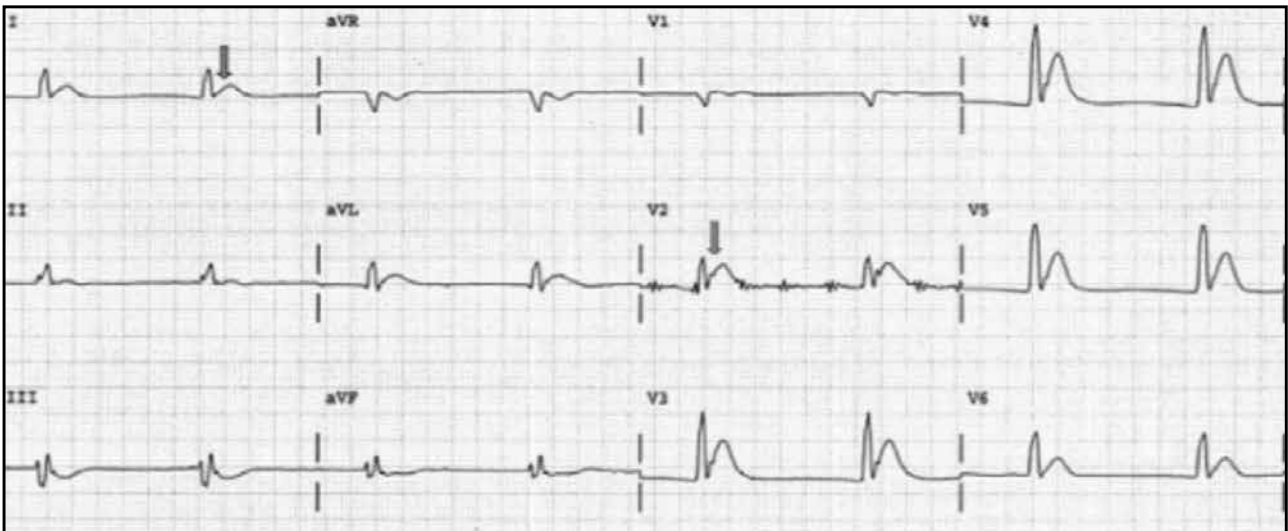


## Έξετάσεις Ειδικότητας Καρδιολογίας Δεκέμβριος 2017 Θέματα προς ανάπτυξη

1. A) Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες στην περιφερική αρτηριακή νόσο. Τί αλλάζει;  
B) Παραβαλβιδικές διαφυγές βαλβίδων: Διάγνωση και σύγχρονη αντιμετώπιση.
2. A) Όξεία Στεφανιαία Σύνδρομο και κολπική μαρμαρυγή - Θεραπευτική αντιμετώπιση.  
B) Άντιμετώπιση όγκολογικών ασθενών με όξινο στεφανιαίο σύνδρομο.
3. A) Συνήθη έξωκαρδιακά αντικειμενικά εύρηματα κλινικής εξέτασης με την επίσκοπιση σχετιζόμενα με καρδιακή νόσο.  
B) Περιγραφή των κυματομορφών της σφαγίτιδας.
4. A) Είδη βιοαπορροφήσιμων stents. Πότε χρησιμοποιούνται και ποιά τὰ προβλήματα;  
B) Άγγειοπλαστική στελέχους: Πότε και με ποιές τεχνικές;
5. A) Διαφορές των ήλεκτροκαρδιογραφικών εύρημάτων μεταξύ όξέος έμφραγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος, όξειας περικαρδίτιδος και καλοήθους πρώιμης αναπόλωσης.  
B) Τί είναι τὸ σημεῖον Spodick και ποιά τὰ κριτήρια Sbarbossa;
6. Άρτηρίτιδα Takayasu: αίτιοπαθογένεια, κλινικές έκδηλώσεις, διαγνωστικά κριτήρια και θεραπευτική αντιμετώπιση.
7. Αίτια, κλινικά - ήχοκαρδιογραφικά και αίμοδυναμικά εύρηματα της χρόνιας σοβαρής ανεπάρκειας της άορτικής βαλβίδος. Θεραπευτικές έπιλογές.
8. A) Εύρηματα κλινικής εξέτασης σε:
  - 1) Κοιλιακές ταχυκαρδίες
  - 2) Όξινο έμφραγμα μυοκαρδίου
  - 3) Όξινο πνευμονικό οίδημαB) Φάρμακα που προκαλούν προαρρυθμία μέσω παράτασης QT.
9. Κλινικές καταστάσεις και προδιαθεσικοί παράγοντες που σχετίζονται με κολπική μαρμαρυγή. Πώς πετυχαίνουμε τροποποίηση των προδιαθεσικών παραγόντων;
10. A) Ένδειξεις έμφύτευσης μόνιμου βηματοδότη μετά από διαδερμική έμφύτευση άορτικής βαλβίδος.  
B) Ένδειξεις άμφικοιλιακής βηματοδότησης.

### Έρωτήσεις πολλαπλής έπιλογής

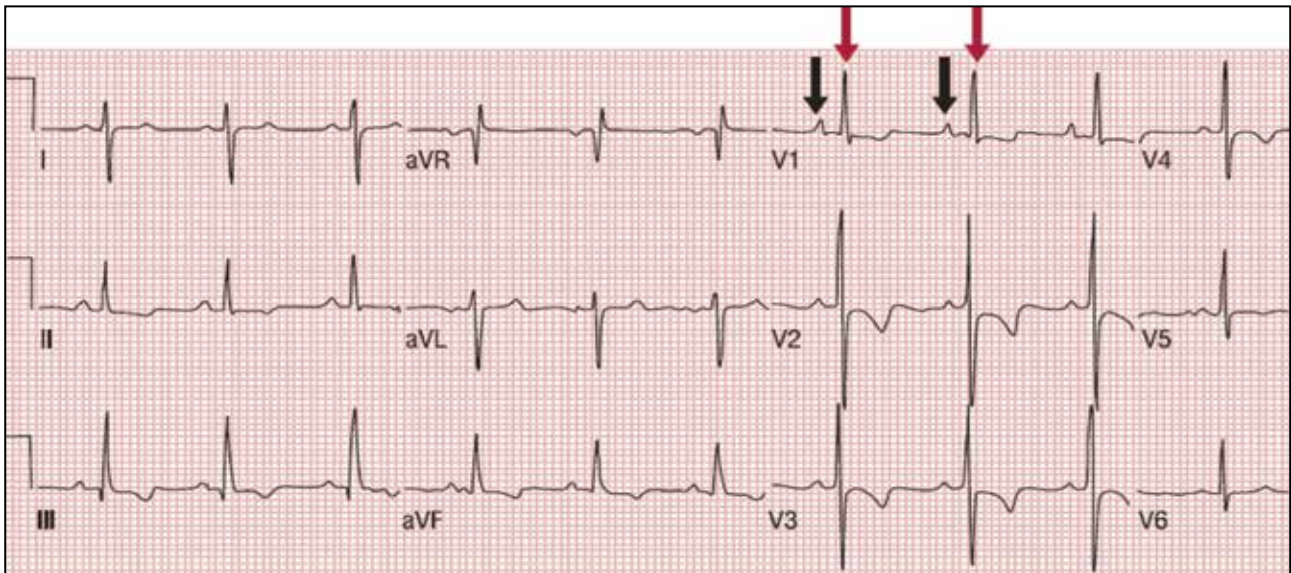
1. Σε άσθενή με ανεπάρκεια της άορτικής βαλβίδας έγιναν οι ακόλουθες μετρήσεις: Όγκος παλμού δια της μιτροειδούς βαλβίδας 80cc/beat, όγκος παλμού δια της άορτικής βαλβίδας 140 cc/beat, TVI της ανεπάρκειας της άορτικής βαλβίδας 100cm. Η ανεπάρκεια της άορτικής βαλβίδας είναι:  
A. Μικρού βαθμού.



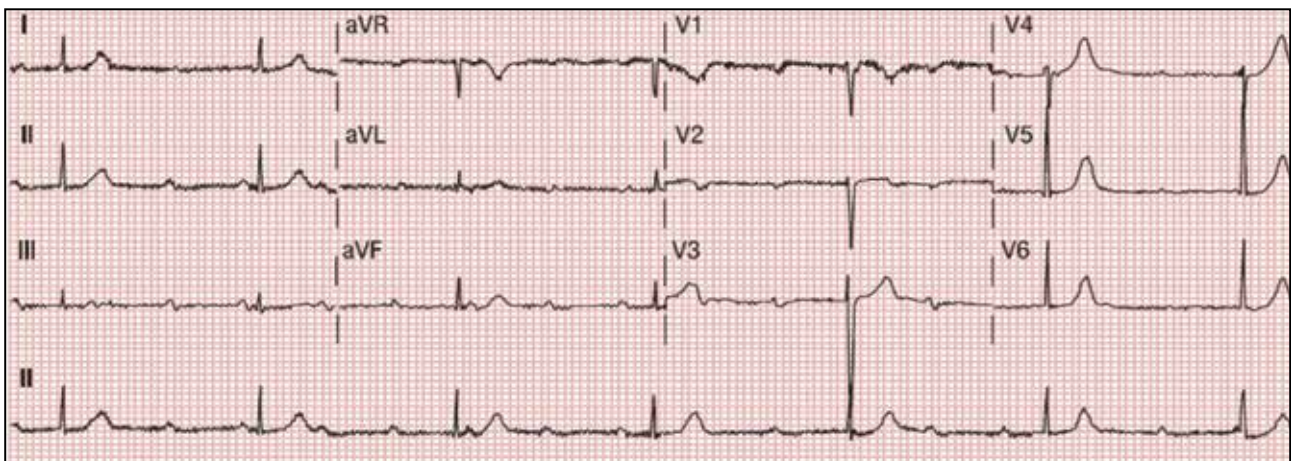
Εικόνα 1

- B. Μετρίου βαθμού.  
 Γ. Σοβαρού βαθμού.  
 Δ. Δεν μπορεί να καθορισθεί.
2. Ποια έκ των κάτωθι είναι σωστά για την βιωσιμότητα του μυοκαρδίου με το stress echo;  
 Α. Ή διφασική απάντηση αποτελεί τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη για την ανάδειξη βιωσιμότητας του μυοκαρδίου.  
 Β. Ή συνεχής βελτίωση της συστολικής απόδοσης των δυσλειτουργούντων τμημάτων χαρακτηρίζει το απόπληκτο μυοκάρδιο (stunned myocardium).  
 Γ. Ή συνεχής επιδείνωση της συστολικής απόδοσης των δυσλειτουργούντων μυοκαρδιακών τμημάτων αποτελεί τον καλύτερο προβλεπτικό δείκτη βελτίωσης της συστολικής απόδοσης μετά την επανααιμάτωση.  
 Δ. Ή συνεχής επιδείνωση της συστολικής απόδοσης των δυσλειτουργούντων μυοκαρδιακών τμημάτων σημαίνει παρουσία σημαντικής νόσου στο επικαρδιακό αγγείο που αιματώνει την περιοχή.
3. Ποια έκ των κατωτέρω αποτελούν ήλεκτροκαρδιογραφικά κριτήρια υπερτροφίας της άριστερης κοιλίας;  
 Α. Δείκτης Sokolow-Lyon:  $SV1 + RV5$  ή  $RV6 > 35\text{mm}$ .  
 Β. Δείκτης Cornell:  $RaVL + SV3 > 28\text{mm}$  στους άντρες ή  $> 20\text{mm}$  στις γυναίκες.  
 Γ. Τροποποιημένος δείκτης Cornell:  $RaVL < 10\text{mm}$ .  
 Δ. Άτελès ή πλήρες block δεξιού σκέλους.
4. Τα βέλη στην Εικόνα 1 δείχνουν:  
 Α. Την πρόωμη αναπόλωση.  
 Β. Ανάσπαση ST.  
 Γ. Εικόνα προσθιοπλαγίου τοιχώματος.  
 Δ. Βράχυνση του QT ως επί υπερασβεστιαμίας.
5. Προτεινόμενοι δείκτες για την ανάδειξη της καρδιοτοξικότητας  
 1. Με βάση την υπερηχογραφική μελέτη μείωση του κλάσματος εξώθησης  $> 10\%$  από την χαμηλότερη φυσιολογική τιμή.  
 2. Μείωση του GLS  $> 15\%$  της βασικής τιμής.  
 3. Αύξηση της τροπονίνης.  
 4. Αύξηση του BNP.  
 5. Δεν επηρεάζεται ή τροπονίνη και το BNP.
6. Ύπερηχογραφικά κριτήρια σοβαρής ανεπάρκειας της τριγλώχινας βαλβίδας:  
 1. Άκτινα της PISA (PISAradius)  $> 7\text{mm}$ .  
 2. Άκτινα της PISA (PISAradius)  $> 9\text{mm}$ .  
 3. Vena contracta  $> 7\text{mm}$ .  
 4. Ε ταχύτητα  $> 1\text{cm/sec}$ .
7. Νόσος του Fabry. Επιλέξτε τη λάθος πρόταση:  
 1. Είναι φιλοσύνδετη διαταραχή του μεταβολισμού.  
 2. Παρατηρούνται ύψηλα επίπεδα α-γαλα-

- κποσιδάσης.  
3. Η νόσος έχει πλήρη έκφραση στους άνδρες.  
4. Η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως από την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.
- 8.** Η εκτίμηση της βαρύτητας της στένωσης της αορτικής βαλβίδας με την υπερηχογραφική μελέτη επηρεάζεται από:  
Α. Την παρουσία μικρής ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας.  
Β. Την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης.  
Γ. Το μέγεθος της αορτικής ρίζας.  
Δ. Την παρουσία σιγμοειδούς διαμόρφωσης του μεσοκοιλιακού διαφράγματος.
- 9.** Σε περιπτώσεις στένωσης αορτικής βαλβίδας με χαμηλό κλάσμα εξώθησης της άριστερης κοιλίας, η καλύτερη μελέτη για να αναδείξει την βαρύτητα της στένωσης είναι:  
1. Καρδιακός καθετηριασμός.  
2. Φαρμακευτική δοκιμασία φόρτισης με δοβουταμίνη.  
3. Διοισοφαγικό υπερηχογράφημα.  
4. Σπινθηρογράφημα με θάλλιο.
- 10.** Αύξημένα επίπεδα BNP παρατηρούνται σε:  
Α. Άριστη καρδιακή ανεπάρκεια.  
Β. Νεφρική ανεπάρκεια.  
Γ. Χρόνια πνευμονική καρδιά.  
Δ. Πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση.
- 11.** Για την άρρυθμιόγγο μυοκαρδιοπάθεια/δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας ισχύουν τα κάτωθι:  
Α. Κληρονομική νόσος σε πλέον του 50% των περιπτώσεων.  
Β. Αποδίδεται σε μεταλλάξεις των δεσμοσωμάτων του μυοκαρδίου.  
Γ. Η νόσος επεκτείνεται από τις υπενδοκαρδιακές στις υποεπικαρδιακές στιβάδες.  
Δ. Κύμα <ε> ειδικό της νόσου.
- 12.** Κριτήρια για να θεωρηθεί ο ασθενής με NSTEMI υψηλού κινδύνου και να οδηγηθεί στο αιμοδυναμικό εργαστήριο:  
Α. GRACE score >140.  
Β. Δυναμικές αλλαγές του ΗΚΓγραφήματος όσον αφορά στο ST διάστημα.  
Γ. Αίμοδυναμική αστάθεια ασθενούς.  
Δ. Προηγούμενη PCI.
- 13.** Ο κίνδυνος της πνευμονικής έμβολης στην έγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερος:  
Α. Στο πρώτο τρίμηνο.  
Β. Στο δεύτερο τρίμηνο.  
Γ. Στο τρίτο τρίμηνο.  
Δ. Στο τρίτο τρίμηνο και στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.
- 14.** Τα πλέον συνήθη επείγοντα καρδιολογικά συμβάματα σε όγκολογικούς ασθενείς είναι:  
Α. Ο καρδιακός έπιπωματισμός.  
Β. Η πνευμονική έμβολη.  
Γ. Τα θρομβοεμβολικά φαινόμενα.  
Δ. Άρρυθμίες.
- 15.** Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά για την νόσο Kawasaki;  
Α. Η πάθηση αφορά κυρίως παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών.  
Β. 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.
- 16.** Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά για το κύμα U;  
Α. Έμφανίζεται πιο συχνά στις άπαγωγές των άκρων.  
Β. Έμφανίζεται πιο συχνά στις προκάρδιες άπαγωγές.  
Γ. Μπορεί να αυξηθεί το μέγεθός του σε υποκαλιαιμία.  
Δ. Δεν επηρεάζεται από τα επίπεδα καλίου.
- 17.** Τι ισχύει για το ΗΚΓγράφημα στην Εικόνα 2;  
Α. Φυσιολογικό ΗΚΓγράφημα.  
Β. Το ύψηλο κύμα P και ύψηλο κύμα R στην V1 παριστά υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας.  
Γ. RBBB.  
Δ. Strain της άριστερης κοιλίας.
- 18.** Το ΗΚΓγράφημα στην Εικόνα 3 δείχνει:  
Α. Πρώτου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό με σημαντική παράταση του PR.  
Β. 2ου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό.  
Γ. Πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.  
Δ. Φλεβοκομβική βραδυκαρδία.



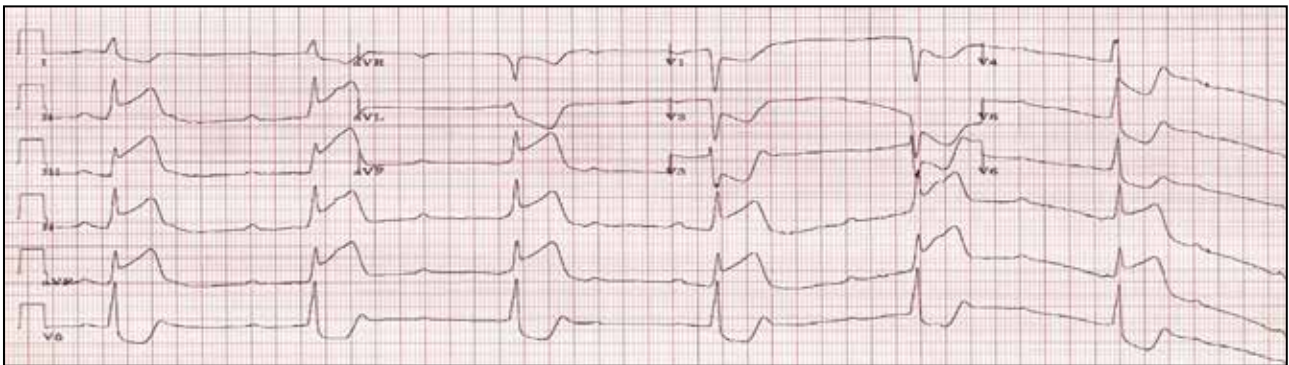
Εικόνα 2



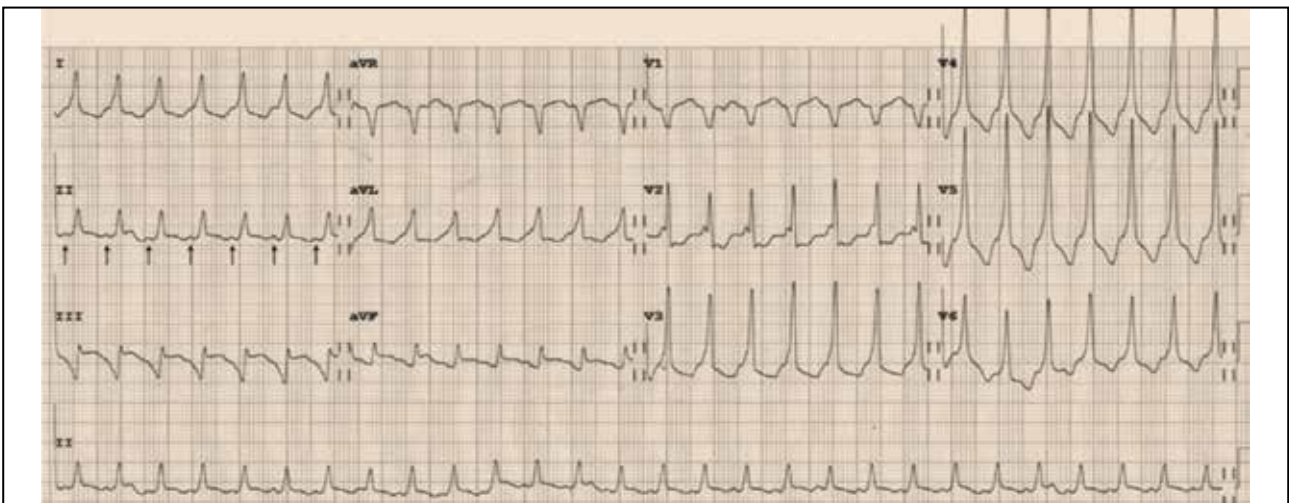
Εικόνα 3

19. Καταστάσεις όπου μπορεί να παρατηρηθεί αύξημένη τιμή της τροπονίνης:
- Ταχυαρρυθμίες.
  - Βραδυκαρδίες.
  - Σήψη.
  - Καρδιακή ανεπάρκεια.
20. Ποιά εκ των κατωτέρω συμβάλλουν στην διάγνωση του όξέος αορτικού συνδρόμου;
- Η τροπονίνη.
  - Τα D-Dimers.
  - Διοισοφαγικό υπερηχογράφημα.
  - Άξονική Τομογραφία θώρακα.
21. Στην κατηγορία III των αντιαρρυθμικών κατά Vaughan-Williams ανήκουν όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:
- Σοταλόλη.
  - Δοφετιλίδη.
  - Προκαϊναμίδη.
  - Άμιωδαρόνη.
22. Η έπείγουσα θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή στην Εικόνα 4 με το ΗΚΓράφημα 12 απαγωγών περιλαμβάνει:
- Μόνον φαρμακευτική αντιμετώπιση.
  - Άγγειοπλαστική.
  - Προσωρινή βηματοδότηση.
  - α+β.
  - β+γ.





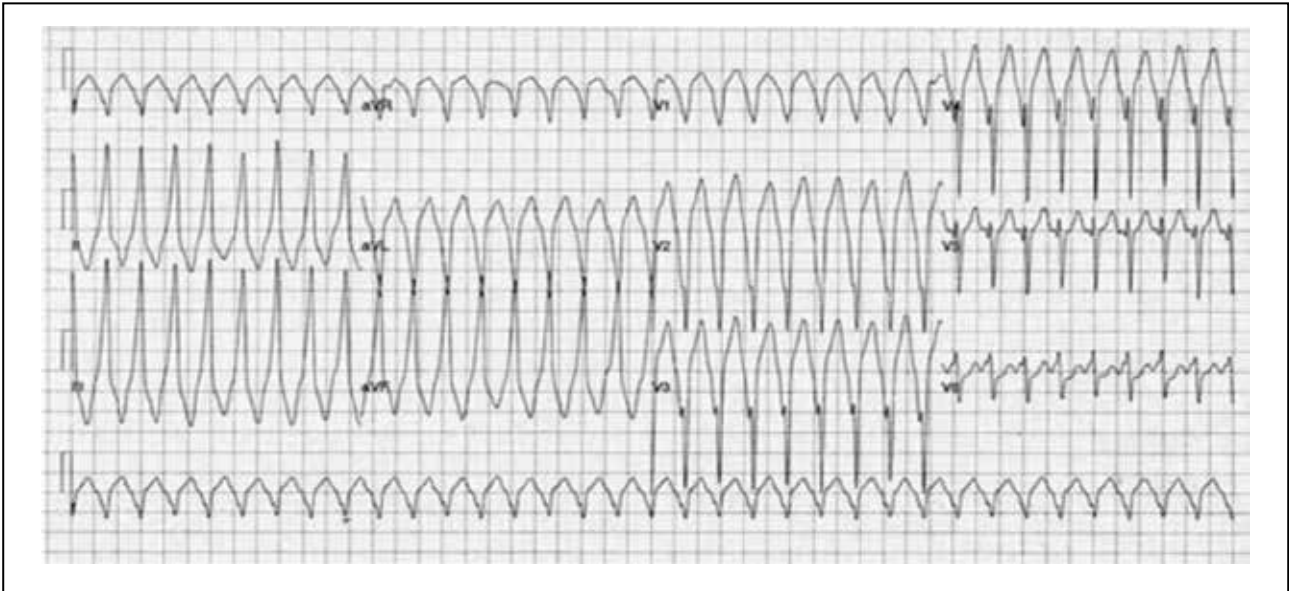
Εικόνα 4



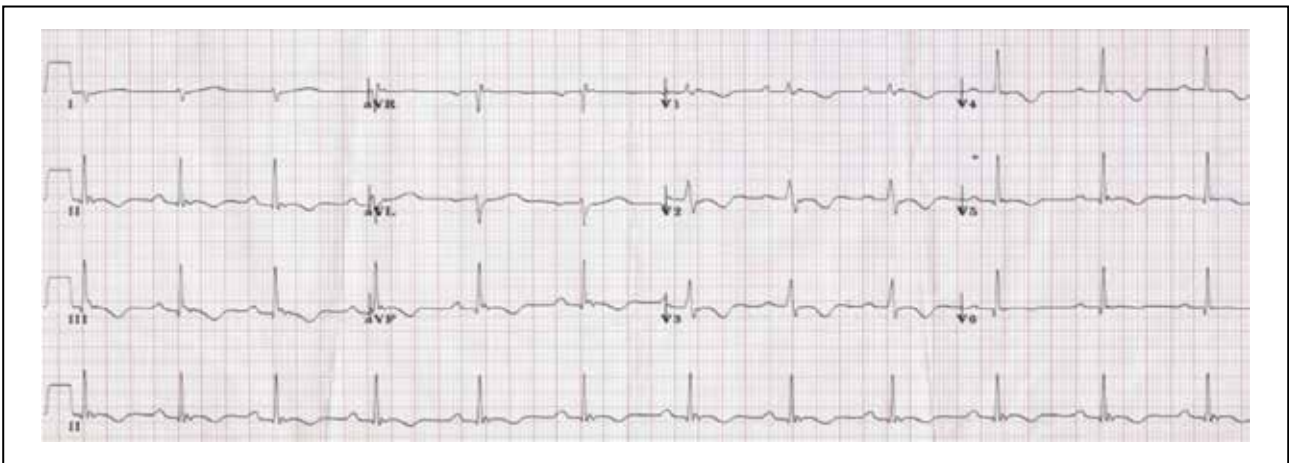
Εικόνα 5



Εικόνα 6



Εικόνα 7



Εικόνα 8

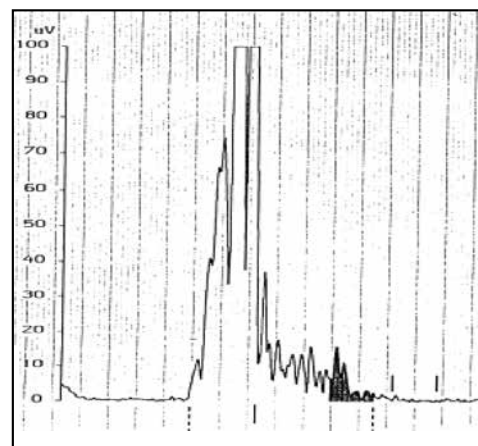
23. Άνδρας 70 ετών με ιστορικό παλαιού έμφράγματος και το ΗΚΓράφημα στην Εικόνα 5, κατά τη διάρκεια ταχυκαρδίας υποβάλλεται σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, κατά την οποία προκαλείται η κλινική του ταχυκαρδία.

Τα βέλη στο κάτω μέρος, στο κανάλι του στεφανιαίου κόλπου δείχνουν τα κοιλιακά κύματα στην Εικόνα 6.

Ποιό από τα παρακάτω είναι σωστό:

Πρόκειται για:

- Κομβική ταχυκαρδία από επανείσοδο με άλλοδρομιά.
- Ταχυκαρδία με δεμάτιο.
- Κοιλιακή ταχυκαρδία.



filter (fQRS = 165 ms, LAS = 106 ms, RMS = 4  $\mu$ V).

Εικόνα 9



Εικόνα 10

24. Άθλητής 19 ετών διερευνάται για ταχυκαρδία με διευρυσμένα QRS μετά από έντονη άσκηση (Εικόνα 7).

Το ΗΚΓράφημά του (Εικόνα 8) σε φλεβοκομβικό ρυθμό.

Το συμψηφιστικό του ΗΚΓραφήματος (SAECG) (Εικόνα 9).

Ἡ επικρατέστερη διαγνωση είναι:

1. Ἰδιοπαθῆς κοιλιακή ταχυκαρδία ἀπὸ τὸ χῶρο ἐξόδου τῆς δεξιᾶς κοιλίας.
2. Κοιλιακή ταχυκαρδία με ὑπόστρωμα ἀρρυθμογόνο δυσπλασία δεξιᾶς κοιλίας.
3. Ὑπερκοιλιακή ταχυκαρδία με ἀλλοδρομία ἢ προδιέγερση.

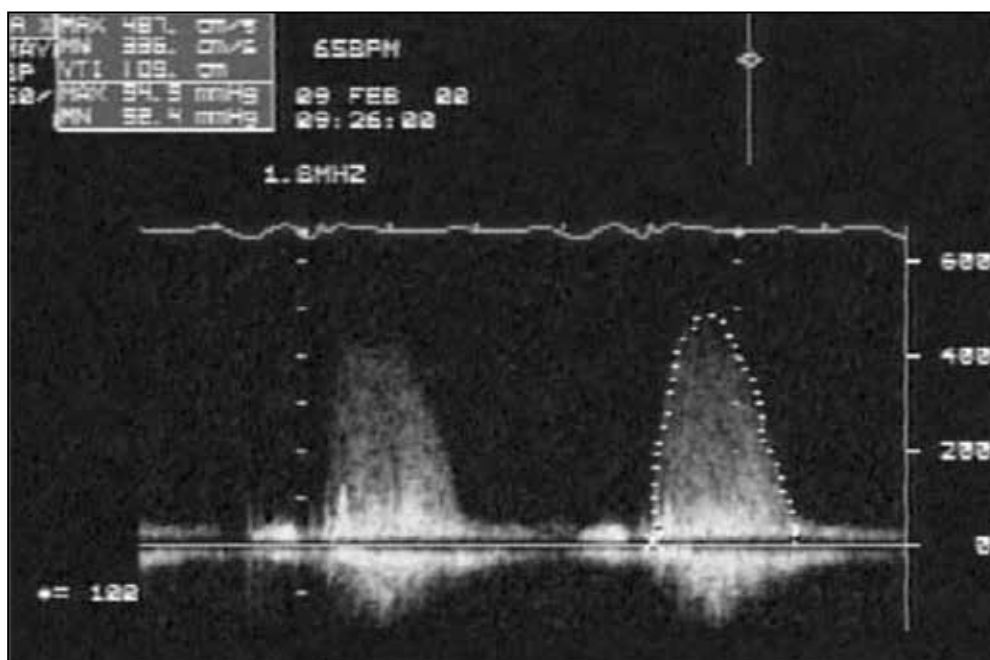
25. Ασθενής με κολπική μαρμαρυγή και VVI βηματοδότη ἀπὸ 7ετίας ἐμφανίζει προσυγκοπτικά

ἐπεισόδια, πὸ ἀναπαράγονται κατὰ τὴν ἄρση τοῦ ἀντίστοιχου με τὸν βηματοδότη ἄνω ἄκρου με τὴν ΗΚΓραφικὴ ἀπεικόνιση στὴν Εικόνα 10.

Ποιὰ εἶναι ἡ δυσλειτουργία τοῦ βηματοδότη;

- α. Ἀδυναμία σύλληψης.
- β. Ὑπεραίσθηση.
- γ. Ὑποαίσθηση.
- δ. Μετακίνηση ἠλεκτροδίου.
- ε. Ἐξάντληση γεννήτριας.

26. Άνδρας 75 ετών, με συμπτώματα καρδιακής ἀνεπάρκειας NYHA III, ἐμφανίζει φύσημα γνωστὸ γιὰ πολλὰ ἔτη, τὸ ὁποῖο δὲν ἔχει διερευνηθεῖ ποτέ. Κατὰ τὴν κλινικὴ ἐξέταση ἡ ΑΠ εἶναι 134/86mmHg καὶ ἡ ΚΣ 70bpm, φυσιολογικὴ JVP, καρωτιδικὸς σφυγμὸς λεπτὸς καὶ καθυστερημένος, S1 κφ, S2 ἐλαττωμένος,



Εικόνα 11



τραχὺ συστολικὸ φύσημα 3/6 δεξιὰ ψηλά παραστερνικά, crescendo. Κατὰ τὴν διαθωρακικὴ ὑπερηχογραφικὴ μελέτη, ἡ ἀπεικόνιση τοῦ Doppler ἔδειξε mean gradient στὴν ἀορτικὴ βαλβίδα, 52mmHg, Peak velocity 4,8m/sec (Εἰκόνα 11).

Ποιὸ ἀπὸ τὰ παρακάτω εἶναι σωστὸ νὰ συστήσετε γιὰ τὴν ἀντιμετώπισή του:

- α. Ἀντικατάσταση ἀορτικῆς βαλβίδος.
- β. Συντηρητικὴ ἀντιμετώπιση.
- γ. Αἰμοδυναμικὴ ἐκτίμηση τῆς βαρῦτητας τῆς στένωσης.
- δ. ΤΟΕ.

27. Ἄνδρας 40 ἐτῶν ἐκτιμᾶται γιὰ φύσημα. Μὲ τὴν ἀκτινογραφία θώρακος στὴν Εἰκόνα 12, ποιά εἶναι ἡ πιθανότερη διάγνωση:

- α. Μεσοκολπικὴ ἐπικοινωνία μὲ σύνδρομο Eisenmenger.
- β. Στένωση μιτροειδοῦς.
- γ. Ἀνοικτὸς ἀρτηριακὸς πόρος.
- δ. Ἀνωμαλία Ebstein.
- ε. Διγλώχινα ἀορτικὴ βαλβίδα.

28. Ποιά εἶναι ἡ πιθανότερη διάγνωση σὲ ἀσθενῆ μὲ δύσπνοια καὶ τὴν παρακάτω καταγραφή πίεσης στὸ δεξιὸ κόλπο, (Εἰκόνα13):

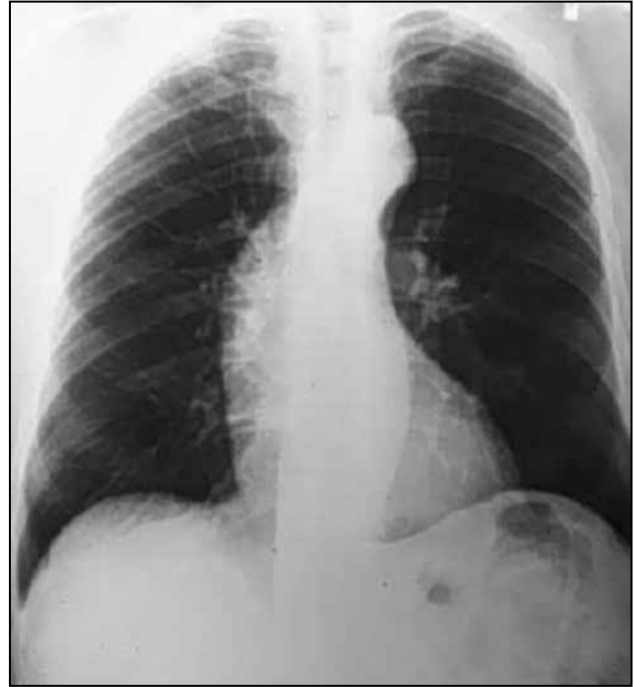
- α. Καρδιακὸς ἐπιποματισμὸς.
- β. Σοβαρὴ ἀνεπάρκεια τριγλώχινος.
- γ. Συμπιεστικὴ περικαρδίτιδα.
- δ. Περιοριστικὴ μυοκαρδιοπάθεια.

29. Κορίτσι 15 ἐτῶν παρουσιάζει συγκοπτικὸ ἐπεισόδιο καὶ τὸ παρακάτω ΗΚΓγράφημα, (Εἰκόνα 14).

Ποιὸ ἀπὸ τὰ παρακάτω εἶναι σωστὸ γιὰ τὴν καταγεγραμμένη ἀρρυθμία.

- α. Συνοδεύεται πάντα μὲ ὀργανικὸ ὑπόστρωμα.
- β. Μπορεῖ τὸ ὑπόστρωμά της νὰ εἶναι κληρονομικὸ ἢ νὰ προκαλεῖται ἀπὸ φάρμακα.
- γ. Ἡ ἀμιοδαρόνη εἶναι τὸ φάρμακο ἐκλογῆς.
- δ. Ἡ βηματοδότηση δὲν βοηθάει στὴν ἀντιμετώπισή της.

30. Τὸ σύνδρομο βηματοδότη περιλαμβάνει ἐκδηλώσεις αἰμοδυναμικῆς διαταραχῆς σὲ ἀσθενεῖς μὲ βηματοδότη. Ποιὸ ἀπὸ τὰ παρακάτω δὲν εἶναι σωστὸ;



Εἰκόνα 12

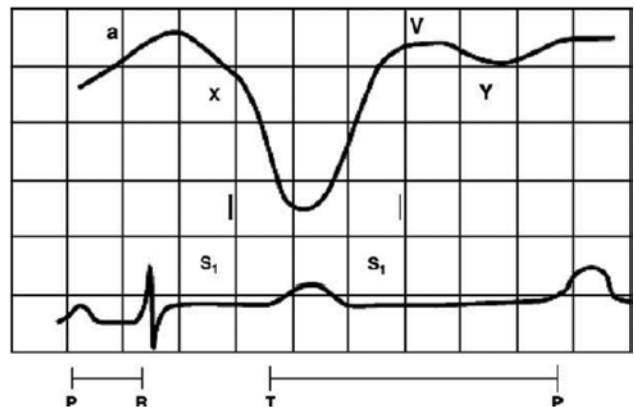
α. Ὑπάρχει ἀναστολὴ τῆς βηματοδότησης ἀπὸ ἀλληλοαναίρεση.

β. Οἱ ἀσθενεῖς μπορεῖ νὰ παρουσιάξουν ἀδυναμία, συγκοπή, καρδιακὴ ἀνεπάρκεια.

γ. Ἡ κοιλιακὴ βηματοδότηση εἶναι ἀσύγχρονη μὲ τὴν κολπικὴ συστολή.

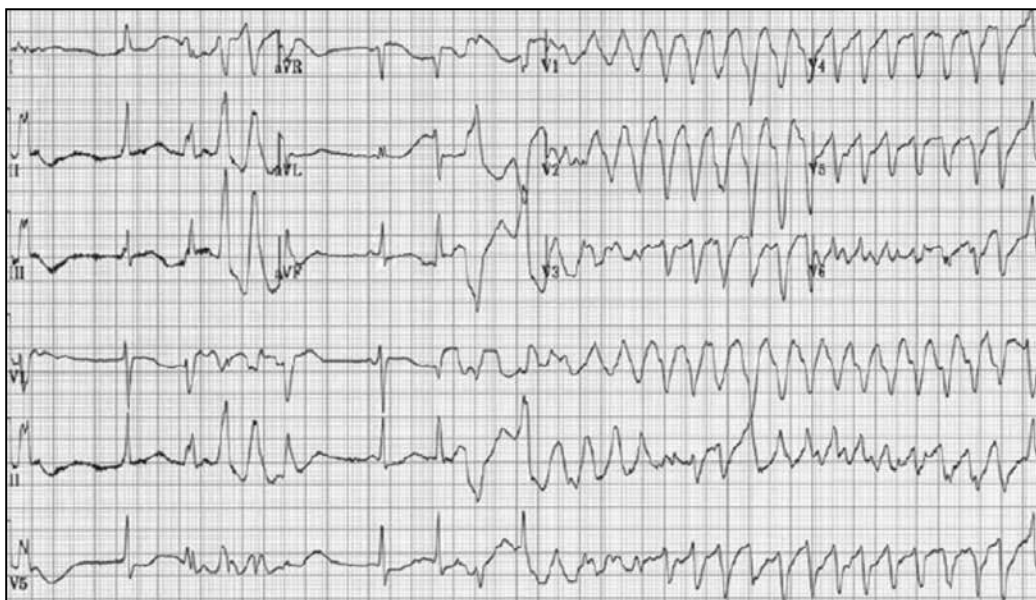
δ. Δὲν ὑφίσταται ἐπὶ κολπικῆς μαρμαρυγῆς σὲ VVI βηματοδότηση.

31. Κάθε μία ἀπὸ τὶς ἀκόλουθες προτάσεις σχετικὰ μὲ τὰ ἀκροαστικὰ εὐρήματα τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδας εἶναι σωστὴ, ἐκτὸς ἀπὸ:



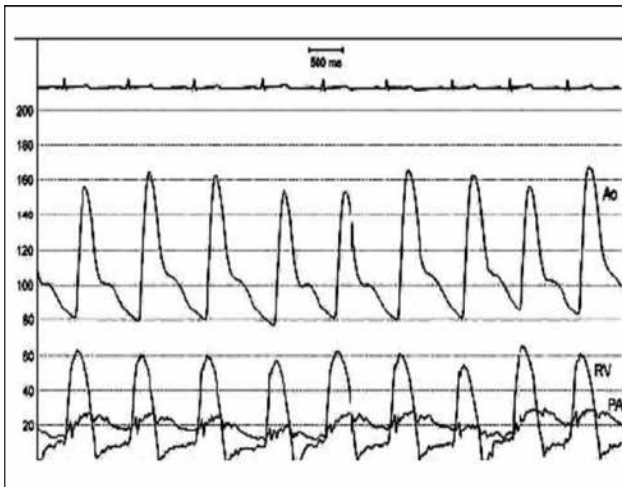
Εἰκόνα 13





Εικόνα 14

- α) Η κλαγγή διανοίξεως είναι ένας πρώιμα διαστολικός ήχος.
- β) Ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ του δεύτερου καρδιακού τόνου ( $A_2$ ) και της κλαγγής διανοίξεως συνεπάγεται σοβαρή στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας.
- γ) Σε κολπική μαρμαρυγή, το διάστημα μεταξύ του δεύτερου καρδιακού τόνου ( $A_2$ ) και της κλαγγής διανοίξεως ποικίλει ανάλογα με το μήκος κύκλου της άρρυθμίας.
- δ) Η κλαγγή διανοίξεως δημιουργείται από την ταχεία αναστροφή της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς στην άριστερά κοιλία.
- ε) Η παρουσία της κλαγγής διανοίξεως υποδηλώνει ότι η πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς βαλβίδας είναι κινητή.
- 32.** Όλες οι παρακάτω καταστάσεις προκαλούν καρδιακή ανεπάρκεια υψηλής παροχής, εκτός από:
- Θυρεοτοξίκωση.
  - Σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας.
  - Νόσος beri-beri της καρδιάς.
  - Κύηση.
  - Άναμια.
- 33.** Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο ασθενούς με στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας διαπιστώνεται χρόνος υποδιπλασιασμού της πίεσης της διαμιτροειδικής ροής (PHT) 250 m/sec. Το υπολογιζόμενο στόμιο της βαλβίδας που προκύπτει είναι:
- 1.2 cm<sup>2</sup>.
  - 1.0 cm<sup>2</sup>.
  - 0.88 cm<sup>2</sup>.
  - 0.66 cm<sup>2</sup>.
  - 0.5 cm<sup>2</sup>.
- 34.** Ποιά είναι η διάγνωση από την παρακάτω καταγραφή (Εικόνα 15);
- Άνεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας.
  - Στένωση της τριγλώχινας βαλβίδας.
  - Άνεπάρκεια της πνευμονικής βαλβίδας.
  - Στένωση της πνευμονικής βαλβίδας.
  - Στένωση της αορτικής βαλβίδας.
- 35.** Νόσος Fabry: ποιά από τα παρακάτω δεν ισχύει;
- Παρατηρούνται ύψηλα επίπεδα της α-γαλακτοσιδάσης.
  - Η νόσος έχει πλήρη έκφραση στους άνδρες.
  - Είναι φυλοσύνδετη διαταραχή του μεταβολισμού.
  - Η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως από την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και την αμυλοείδωση.



Εικόνα 15

ε) Προκαλεί χαρακτηριστικές δερματικές βλάβες.

36. Άνδρας 55 χρονών, με προσθετική μηχανική βαλβίδα στη θέση της μιτροειδούς, προσέρχεται με όξυ έμφραγμα του μυοκαρδίου, με ανάσπαση του ST διαστήματος. Το INR είναι 3 και η στεφανιογραφία έδειξε όλικη απόφραξη του προσθίου κατιόντα. Πριν τη διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής ποιό από τα παρακάτω θα πρέπει να γίνει;
- Χορήγηση abciximab.
  - Καμία επιπρόσθετη χορήγηση αντιπηκτικού.
  - Ένδοφλέβια έγχυση ήπαρίνης.
  - Υποδόρια χορήγηση ένοξαπαρίνης.
  - Χορήγηση μπιβαλιουδίνης.
37. 35χρονος άντρας, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, προσέρχεται στα επείγοντα έξωτερικά ιατρεία, με αναπνευστική δυσχέρεια και αφού διασωληνώθηκε η αρτηριακή πίεσή του είναι 73/48 mmHg, οι σφύξεις του 130/λεπτό και ο αναπνευστικός ρυθμός του είναι 20/λεπτό. Μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ (Μονάδα Έντατικής Θεραπείας) και έγινε δεξιάς καθετηριασμός με καθετήρα Swan-Ganz. Οι αίμοδυναμικές παράμετροι έχουν ως έξης:
- Πίεση του δεξιού κόλπου (A) 22 mmHg.
  - Πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (PA) 20/10 mmHg.
  - Καρδιακή παροχή (CO) 3.5 L /min/m<sup>2</sup>.

- Πίεση ένοσφήνωσης των πνευμονικών τριχοειδών (PCWP) 12 mmHg, και
- Συστηματικές αγγειακές αντίστασεις (SVR) 1.690 dyne/sec/cm<sup>5</sup>.

Ποιά είναι η διάγνωσή σας;

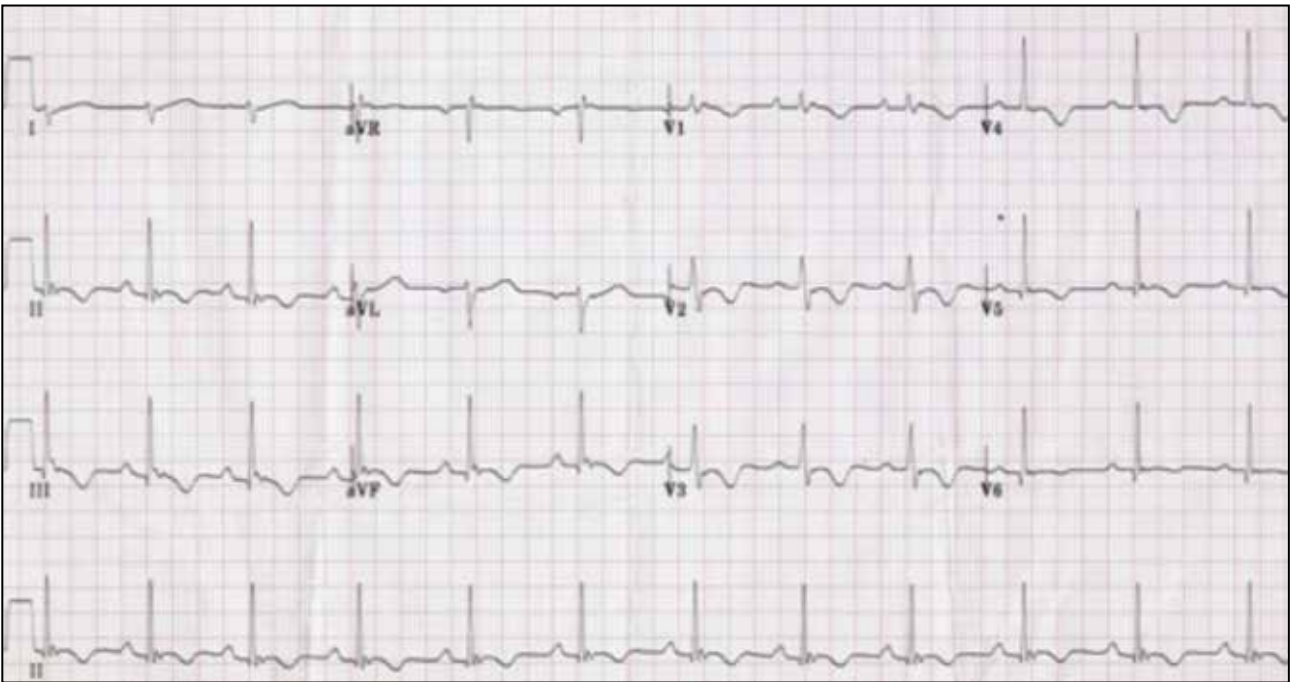
- Πνευμονική έμβολή.
- Καρδιογενής καταπληξία.
- Όξεία ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας.
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
- Υποογκαιμική καταπληξία.

38. Σε stress echo με δοβουταμίνη, διασική απάντηση σε ένα ή περισσότερα τμήματα σημαίνει:

- Ίσχαμία του τμήματος.
- Έμφραγμα του τμήματος.
- Φυσιολογική απάντηση στη δοβουταμίνη.
- Ίσχαμία και βιωσιμότητα του τμήματος.
- Άκαθόριστο αποτέλεσμα.

39. 38χρονη γυναίκα προσήλθε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών για δύο επεισόδια συγκοπής τις προηγούμενες 24 ώρες, ενώ έκανε οικιακές εργασίες. Ο σύζυγός της, που ήταν μάρτυρας, αναφέρει απώλεια συνείδησης για 30 sec χωρίς πρόδρομα συμπτώματα ή σπασμούς. Το άτομικό και το οικογενειακό της ιστορικό ήταν έλευθερο. Από την κλινική εξέτασή της η αρτηριακή πίεση είναι 110/60mm Hg και η καρδιακή συχνότητα 62 σφ/λεπτό. Η εξέταση από όλα τα συστήματα ήταν φυσιολογική. Το ΗΚΓράφημα απεικονίζεται στην Εικόνα 16. Το υπερχορογράφημα καρδιάς ήταν φυσιολογικό. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ποιό είναι το επόμενο βήμα για την αντιμετώπιση της άσθενους;
- Holter καρδιακού ρυθμού για 24 ώρες.
  - Παρακολούθηση καρδιακού ρυθμού για 14 ημέρες με ειδικό Holter.
  - Πραγματοποίηση ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης για πρόκληση άρρυθμίας.
  - Πραγματοποίηση μαγνητικής καρδιάς (MRI).
  - Έπανεκτίμηση σε περίπτωση ύποτροπής.

40. Ποιό από τα παρακάτω αίμοδυναμικά ή ήχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά δεν αντανάσσεται στην συμπίεστική περικαρδίτιδα;
- Παράδοξος σφυγμός.



**Εικόνα 16**

β) Συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας  $> 60$  mmHg.  
γ) Ύξισωση δεξιών - άριστερών κοιλιακών πιέσεων πλήρωσης.

δ) Προεξέχουσα κάθοδος του κύματος γ στη φλεβική πίεση.  
ε) Αύξημένο πάχος περικαρδίου.

