

Έξετάσεις Ειδικότητας Καρδιολογίας

Δεκέμβριος 2018

Θέματα προς ανάπτυξη

- 1) Α. Έπιλογή κατάλληλης αντιδιαβητικής θεραπείας σε ασθενή με:
α) Χρόνια στεφανιαία νόσο, β) Καρδιακή ανεπάρκεια.
Β. Ποιά φάρμακα αυξάνουν την επίβωση στη σταθερή στηθάγχη; Αναφέρατε σχετικές μελέτες.
- 2) Α. Πώς αντιμετωπίζεται ο ασθενής με ταυτόχρονη καρωτιδική και στεφανιαία νόσο;
Β. Άσυμπτωματική σοβαρή ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδος μιτροειδούς.
Αναφέρατε υπερηχογραφικά εύρηματα και την ποσοτικοποίηση.
- 3) Α. Ποιοί κύριοι μοριακοί μηχανισμοί επηρεάζουν το δυναμικό ενέργειας του κυττάρου;
Β. Πώς γίνεται ο ΗΦΕ, ποιά τα βασικά μεγέθη που μετριοούνται;
- 4) Α. Αντιμετώπιση όξέων στεφανιαίων συνδρόμων σε ασθενείς: α) με νεφρική νόσο και β) με αναιμία.
Β. Τροπονίνη στα όξέα ισχαιμικά σύνδρομα: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα στη χρήση τους.
- 5) Αναλύσατε τους όρους: Preconditioning, postconditioning, stunned, hibernated myocardium.
- 6) Καλοήθειες και κακοήθειες καρδιακοί όγκοι – Διαφοροδιάγνωση ένδοκαρδιακών μαζών.
- 7) Σε ποιές περιπτώσεις ασθενών με πολυαγγειακή νόσο ή νόσο κυρίου στελέχους θα προτιμήσουμε τη διαδερμική αγγειοπλαστική με DES, έναντι της αορτοστεφανιαίας παράκαμψης;
- 8) Αντιπηκτική αγωγή σε έγκυες γυναίκες με μηχανική προσθετική βαλβίδα.
- 9) Καρδιακές και μη καρδιακές έπιπλοκές της λοιμώδους ένδοκαρδίτιδας.
- 10) Ποιές καρδιακές παθήσεις προκαλούνται από ακτινοβολία για κακοήθειες (όπως καρκίνος μαστού ή λέμφωμα); Αναφέρατε τη θεραπευτική προσέγγισή τους και τα προβλήματά της.

Θέματα πολλαπλής επιλογής

1. Η δίπτυχη αορτική βαλβίδα μπορεί να συνοδεύεται με:
1. Άνωμαλίες στεφανιαίων αρτηριών.
2. Στένωση ισθμού αορτής.
3. Μεσοκοιλιακή έπικοινωνία.
4. Τίποτα από τα παραπάνω.
beat, TVI της ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας 100 cm. Η ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας είναι:
1. Μικρού βαθμού.
2. Μετρίου βαθμού.
3. Σοβαρού βαθμού.
4. Δεν μπορεί να καθοριστεί.
2. Σε ασθενή με ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθες μετρήσεις: Όγκος παλμού διά της μιτροειδούς βαλβίδας 80cc/beat, όγκος παλμού διά της αορτικής βαλβίδας 140 cc/
3. Προτεινόμενοι δείκτες για την ανάδειξη της καρδιοστοξικότητας. Ποιό εκ των κάτωθι είναι λάθος;
1. Με βάση την υπερηχογραφική μελέτη, μείωση του κλάσματος εξώθησης >10% από την χαμηλότερη

φυσιολογική τιμή.

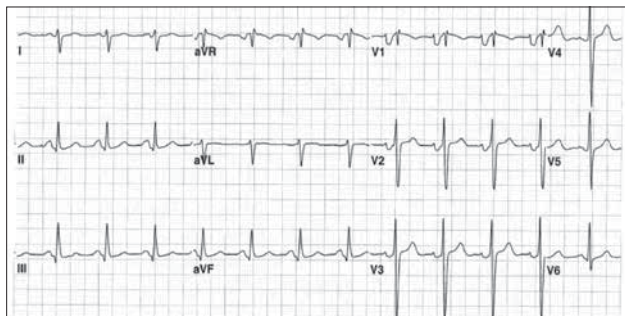
2. Μείωση του GLS >15% τής βασικής τιμής.

3. Αύξηση τής τροπονίνης.

4. Αύξηση του BNP.

5. Ή τροπονίνη και το BNP παραμένουν πάντα σε φυσιολογικά επίπεδα.

4. Ή πιο πιθανή διάγνωση στο κάτωθι ΗΚΓράφημα είναι:



A. Πνευμονική έμβολή.

B. Όπισθιο έμφραγμα μυοκαρδίου.

Γ. Σοβαρή στένωση μιτροειδούς βαλβίδας.

Δ. Σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας.

5. Κλινικές καταστάσεις με ύψηλο βαθμό ύποψίας για στένωση νεφρικών αρτηριών:

A. Έναρξη αρτηριακής υπέρτασης πριν την ηλικία των 30 έτων.

B. Άνθεκτική υπέρταση.

Γ. Ρικνός νεφρός.

Δ. Νεφρική ανεπάρκεια άγνωστου αίτιολογίας.

6. Για την άρρυθμογόνο μυοκαρδιοπάθεια/δυσπλασία τής δεξιάς κοιλίας ισχύουν τα κάτωθι:

A. Κληρονομική νόσος μόνο στο 10% των περιπτώσεων.

B. Άποδίδεται σε μεταλλάξεις των δεσμοσωμάτων του μυοκαρδίου.

Γ. Ή νόσος έπεκτείνεται από τις ύπενδοκαρδιακές στις ύποεπικαρδιακές στιβάδες.

Δ. Κύμα <ε> ειδικό τής νόσου.

7. Ποιά από τις παρακάτω παρενέργειες των αναστολέων των α1-άδρενεργικών υποδοχέων είναι ή πιο συχνή;

α. Κεφαλαλγία.

β. Ύπνηλία.

γ. Όρθοστατική υπόταση.

δ. Δυσλιπιδαιμία.

ε. Ύπογλυκαιμία.

8. Έπιπλοκές από τή σύγκλειση του άνοικτου ώοειδούς τρήματος.

A. Άρρυθμία.

B. Θρόμβωση-έμβολή.

Γ. Άπνοια.

Δ. Πυρετός.

Ε. Διάβρωση του αορτικού τοιχώματος.

9. Σημειώστε τις έπιπλοκές τής άμιοδαρόνης:

α. Ύπόταση.

β. Βραδυκαρδία.

γ. Torsade de pointes.

δ. Δυσκοιλιότητα.

ε. Όλα τα άνωτέρω.

10. Σε σοβαρή στένωση τής πνευμονικής βαλβίδας τα κλινικά εύρηματα μπορεί να είναι:

A. Στηθάγχη.

B. Δύσπνοια στην προσπάθεια.

Γ. Συγκοπτικά έπεισόδια.

Δ. Όλα τα άνωτέρω.

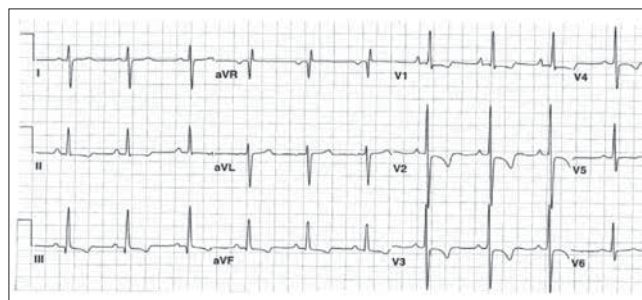
11. Στο κάτωθι ΗΚΓράφημα ποιά εκ τών κατωτέρω είναι σωστά; Ύπάρχουν:

A. Στοιχεία διάτασης άριστερου κόλπου.

B. Στοιχεία διάτασης δεξιού κόλπου.

Γ. Στοιχεία υπερτροφίας δεξιάς κοιλίας.

Δ. RBBB.



12. Ποιοί εκ τών κάτωθι αποτελούν παράγοντες αίφνιδιου θανάτου σε άσθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια;

A. Κοιλιακή ταχυκαρδία.

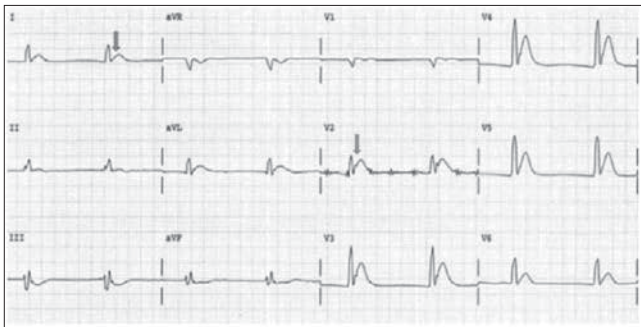
B. Μη έμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία.

Γ. Πάχος μυοκαρδιακού τοιχώματος >30 mm.

Δ. Οικογενειακό ιστορικό αίφνιδιου θανάτου.

- 13.** Ποιά εκ τῶν κάτωθι εἶναι σωστά για τὴ βιωσιμότητα τοῦ μυοκαρδίου με τὸ stress echo;
- A. Ἡ διφασική ἀπάντηση ἀποτελεῖ τὸν καλύτερο προγνωστικὸ δείκτη για τὴ βελτίωση τῆς συστολικῆς ἀπόδοσης μετὰ ἀπὸ ἐπαναιμάτωση.
- B. Ἡ συνεχῆς βελτίωση τῆς συστολικῆς ἀπόδοσης τῶν δυσλειτουργούντων τμημάτων χαρακτηρίζει τὸ ἀπόπληκτο μυοκάρδιο (stunned myocardium).
- Γ. Ἡ συνεχῆς ἐπιδείνωση τῆς συστολικῆς ἀπόδοσης τῶν δυσλειτουργούντων μυοκαρδιακῶν τμημάτων ἀποτελεῖ τὸν καλύτερο προβλεπτικὸ δείκτη βελτίωσης τῆς συστολικῆς ἀπόδοσης μετὰ τὴν ἐπαναιμάτωση
- Δ. Τὸ πάχος τῶν δυσλειτουργούντων μυοκαρδιακῶν τμημάτων συνεκτιμᾶται στὴ μελέτη βιωσιμότητας τοῦ μυοκαρδίου.

14. Τὰ κάτωθι βέλη δείχνουν:



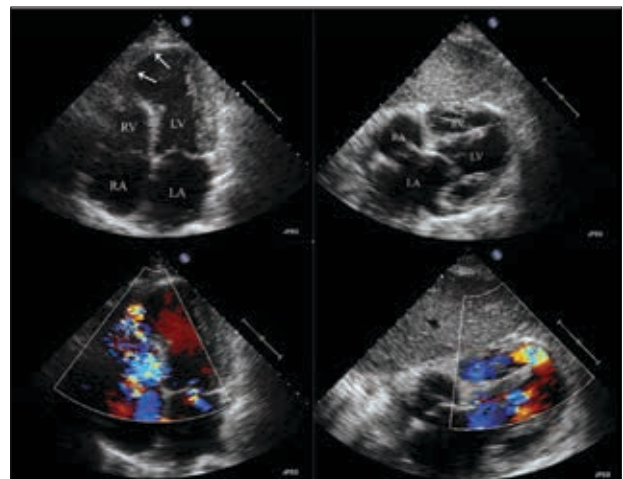
- A. Τὴν πρῶμη ἀναπόλωση.
- B. Ἀνάσπαση ST.
- Γ. Εἰκόνα προσθιοπλάγιου τοιχώματος.
- Δ. Βράχυνση τοῦ QT ὡς ἐπὶ ὑπερασβεστιαμίας.

- 15.** Καταστάσεις ὅπου μπορεῖ νὰ παρατηρηθεῖ αὐξημένη τιμὴ τῆς τροπονίνης:
- A. Ταχυαρρυθμίες.
- B. Βραδυκαρδίες.
- Γ. Σήψη.
- Δ. Καρδιακὴ ἀνεπάρκεια.
- 16.** Ὁ κίνδυνος τῆς πνευμονικῆς ἐμβολῆς στὴν ἐγκυμοσύνη εἶναι μεγαλύτερος:
- A. Στὸ πρῶτο τρίμηνο.
- B. Στὸ δεύτερο τρίμηνο.
- Γ. Στὸ τρίτο τρίμηνο.
- Δ. Στὸ τρίτο τρίμηνο καὶ στὶς 6 ἑβδομάδες

μετὰ τὸν τοκετό.

- 17.** Ποιά εκ τῶν κάτωθι εἶναι σωστά για τὴν κολχικίνη;
- A. Εἶναι φάρμακο με ἀντιμυϊτικὲς καὶ ἀντιφλεγμονώδεις ιδιότητες.
- B. Ἡ πιὸ συχνὴ ἀνεπιθύμητὴ ἐνέργεια εἶναι ἡ δυσανεξία ἀπὸ τὸ πεπτικόν.
- Γ. Χορηγεῖται σὲ ἐγκυμοσύνη.
- Δ. Δὲν ἀντενδείκνυται σὲ ἥπατική ἀνεπάρκεια.
- 18.** Ποιά εκ τῶν κάτωθι εἶναι σωστά, ὅσον ἀφορᾷ στὴ διακύμανση τῶν πιέσεων ἐνσφίγνωσης στὰ πνευμονικὰ τριχοειδῆ, ἀνάλογα με τὸ ἐπίπεδο πνευμονικῆς συμφόρησης;
- A. Φυσιολογικὴ αἱμάτωση: 5-10 mmHg.
- B. Γραμμὲς KerleyB: 20-25 mmHg.
- Γ. Πνευμονικὸ διάμεσο οἶδημα: 20-25 mmHg.
- Δ. Κεφαλοιοποίηση τῆς ροῆς: 5-10 mmHg.

- 19.** Ἡ παρουσία σοβαρῆς ἀνεπάρκειας τῆς ἀορτικῆς βαλβίδας σὲ ἀσθενῆ με στένωση μιτροειδοῦς φαίνεται ὅτι ἐπηρεάζει τὸν ὑπολογισμὸ τῆς ἐπιφάνειας τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδας με τὴ μέθοδο ΡΗΤ:
- A. Ὑπερεκτιμᾷ τὴν ἐπιφάνεια τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδας.
- B. Ὑποεκτιμᾷ τὴν ἐπιφάνεια τῆς μιτροειδοῦς βαλβίδας.
- Γ. Δὲν ἐπηρεάζεται.



- 20.** Ποιά εἶναι ἡ διάγνωση τῆς διαθωρακικῆς μελέτης σὲ ἀσθενῆ με προκάρδιο ἄλγος;
- A. Θρόμβος κορυφῆς.
- B. Περικαρδιακὴ συλλογή.

- Γ. Όξεία ανεπάρκεια μιτροειδοῦς βαλβίδας.
Δ. Ρήξη τοῦ μεσοκοιλιακοῦ διαφράγματος σὲ ἔμφραγμα κορυφῆς τῆς ἀριστερῆς κοιλίας.
- 21.** Ποιές εἶναι οἱ ἐνδείξεις τοῦ stress echo;
Α. Ἀσθενεῖς οἱ ὁποῖοι θεωροῦνται μέτριας πιθανότητας γιὰ στεφανιαία νόσο.
Β. Ἀσθενεῖς μὲ κινητικὰ προβλήματα.
Γ. Ἐξεταζόμενοι χαμηλῆς πιθανότητας γιὰ στεφανιαία νόσο.
Δ. Μὴ διαγνωστικὴ δοκιμασία σὲ τάπητα.
- 22.** Ἡ inabradine μειώνει τὴν καρδιακὴ συχνότητα:
Α. Μειώνει τὸ If ρεῦμα στὸν φλεβόκομβο.
Β. Μειώνει τὸ If ρεῦμα στὸν κόμβο.
Γ. Χορηγεῖται γιὰ νὰ μειώσει τὴν καρδιακὴ συχνότητα σὲ φλεβοκομβικὸ ρυθμὸ.
Δ. Χορηγεῖται γιὰ ἔλεγχο συχνότητας σὲ κολπικὴ μαρμαρυγή.
- 23.** Ποιές ἀπὸ τὶς κάτωθι παραμέτρους θεωροῦνται δυσμενεῖς προγνωστικοὶ δείκτες σὲ ἀσθενεῖς μὲ πνευμονικὴ ἀρτηριακὴ ὑπέρταση;
Α. 6MWT >300 m.
Β. Περικαρδιακὴ συλλογὴ καὶ TAPSE <1.5 cm.
Γ. Ὑψηλὸς τιμὲς BNP.
Δ. Συγκοπή.
- 24.** Ἡ ἐπίπτωση τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς στὰ κάτωθι σύνδρομα εἶναι:
1. Στὸ σύνδρομο Long-QT 5-10%.
2. Brugada syndrome 10-20 %.
3. Ὑπερτροφικὴ μυοκαρδιοπάθεια 5-15%.
4. Ἀρρυθμιογενὴς δεξιὰ κοιλία μὲ VTs >40%.
- 25.** Ποιὰ ἐκ τῶν κάτωθι εἶναι σωστὰ γιὰ τὸ LCZ696;
1. Περιέχει μόνο τὴ βαλσαρτάνη.
2. Συνδυάζει τὴ βαλσαρτάνη καὶ ἀναστολέα νεπριλίσινης.
Γ. Ἀποτελεῖ ἀναστολέα μόνο τῆς νεπριλίσινης.
- 26.** Νόσος τοῦ Fabry. Ἐπιλέξτε τὴ λάθος πρόταση:
1. Εἶναι φιλοσύνδετη διαταραχὴ τοῦ μεταβολισμοῦ.
2. Παρατηροῦνται ὑψηλὰ επίπεδα ἀγαλακτοσιδάσης.
3. Ἡ νόσος ἔχει πλήρη ἔκφραση στοὺς ἄνδρες.
4. Ἡ διαφορικὴ διάγνωση γίνεται κυρίως ἀπὸ τὴν ὑπερτροφικὴ μυοκαρδιοπάθεια καὶ τὴν ἀμυλοείδωση.
- 27.** Περιεγχειρητικὴ διαχείριση ἀσθενῶν ποὺ λαμβάνουν ἀντιαιμοπεταλιακά. Ποιὰ ἐκ τῶν κάτωθι εἶναι σωστά;
1. Χαμηλὸς κίνδυνος θρόμβωσης καὶ χαμηλὸς χειρουργικὸς αἱμορραγικὸς κίνδυνος –Διακοπὴ τῶν ἀντιαιμοπεταλιακῶν φαρμάκων.
2. Χαμηλὸς κίνδυνος θρόμβωσης καὶ μεσαῖος χειρουργικὸς αἱμορραγικὸς κίνδυνος –Διατήρηση χαμηλῆς δόσης ἀσπιρίνης.
3. Ὑψηλὸς κίνδυνος θρόμβωσης καὶ μεσαῖος χειρουργικὸς αἱμορραγικὸς κίνδυνος –Διατήρηση χαμηλῆς δόσης ἀσπιρίνης καὶ ἀναστολέα P2Y12.
4. Μεσαῖος κίνδυνος θρόμβωσης καὶ ὑψηλὸς χειρουργικὸς αἱμορραγικὸς κίνδυνος –Διατήρηση χαμηλῆς δόσης ἀσπιρίνης καὶ ἀναστολέα P2Y12.
- 28.** Ἐκφύλιση τῆς βιολογικῆς προσθετικῆς βαλβίδας παρατηρεῖται συχνότερα σὲ ἀσθενεῖς:
Α. Μὲ συστηματικὰ φλεγμονώδη νοσήματα.
Β. Μὲ χρόνια νεφρική νόσο.
Γ. Ἀσθενεῖς <60 ἐτῶν.
Δ. Κανένα ἀπὸ τὰ ἀνωτέρω.
- 29.** Ἡ ἀπὸ τοῦ στόματος ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή στὴν ὄξεία φάση τῆς πνευμονικῆς ἐμβολῆς μπορεῖ νὰ εἶναι:
Α. Rivaroxaban 15 mg δύο φορές ἡμερησίως γιὰ 3 ἑβδομάδες καὶ στὴ συνέχεια 20 mg ἡμερησίως.
Β. Apixaban 10 mg δυὸ φορές ἡμερησίως γιὰ 10 ἡμέρες καὶ στὴ συνέχεια 5 mg δύο φορές ἡμερησίως.
Γ. Dabigatran 150 mg δύο φορές ἡμερησίως, ἀνεξάρτητα ἐὰν λαμβάνει βεραπαμίλη ὁ ἀσθενής.
Δ. Δὲν ἔχουν ἔνδειξη τὰ νεότερα ἀντιπηκτικὰ στὴν πνευμονικὴ ἐμβολή.
- 30.** Ἀνάλογα μὲ τὸ χρονικὸ διάστημα ποὺ ἐμφανίζεται ἡ ἐνδοπροθετικὴ θρόμβωση, ποιὰ ἐκ τῶν κατωτέρω εἶναι σωστά;
Α. Ὁξεία, ὅταν ἐμφανίζεται τὸ πρῶτο 24ωρο μετὰ τὴν τοποθέτηση.
Β. Ὁξεία, ὅταν ἐμφανίζεται τὰ 3 πρῶτα 24ωρα μετὰ τὴν τοποθέτηση.
Γ. Ὑποξεία, ὅταν ἐμφανίζεται μετὰ τὸ πρῶτο 24ωρο καὶ μέχρι 30 ἡμέρες ἀπὸ τὴν τοποθέτηση
Δ. Ὁψιμη, ὅταν ἐμφανίζεται μετὰ τὸν πρῶτο χρόνο.

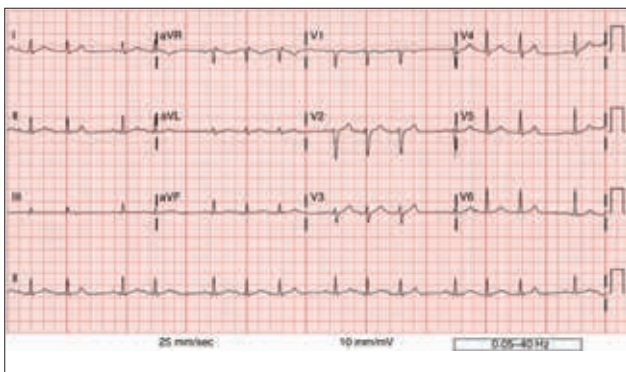
31. Παθολογικές καταστάσεις, που μπορούν να προκαλέσουν βραδυκαρδία, είναι:
- Το έμφραγμα.
 - Η σαρκοείδωση.
 - Η μυοκαρδίτιδα.
 - Η νόσος του Chagas.
 - Όλα τα ανωτέρω.

32. Η δραστική δόση της προπαφενόνης, για την ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής, είναι:
- 300-600 mg.
 - 450-600 mg.
 - 600-800 mg.
 - 500-800 mg.

33. Το σύνδρομο μετά περικαρδιοτομή εμφανίζεται σε:
- 5% των περιπτώσεων.
 - 10%.
 - 20-30%.
 - <5%.

34. Η άμφικοιλιακή βηματοδότηση συνιστάται σε ασθενείς με NYHAIII-IV και:
- QRS >120 msec, μορφολογία LBBB και KE <35%, οί οποίοι έχουν προσδόκιμο επιβίωσης >1 έτος.
 - Σε QRS >150 msec ανεξάρτητα από τη μορφολογία του QRS και KE <35%.
 - Σε κολπική μαρμαρυγή με KE <35%.

35. Σε άνδρα, 65 ετών, κατεγράφη το ΗΚΓράφημα σε τυχαίο έλεγχο:



- Φυσιολογικό ΗΚΓράφημα.
- Πρώτου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό.
- Φαινόμενο Weckebach.
- Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός.

36. Άσθενής, 70 ετών, προσέρχεται με επεισόδια ζάλης. Η καταγραφή της άπαγωγής II είναι:
- Φυσιολογική
 - Συμβατή με σύνδρομο WPW.
 - Παρουσία κύματος U μετά το T.
 - Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός.



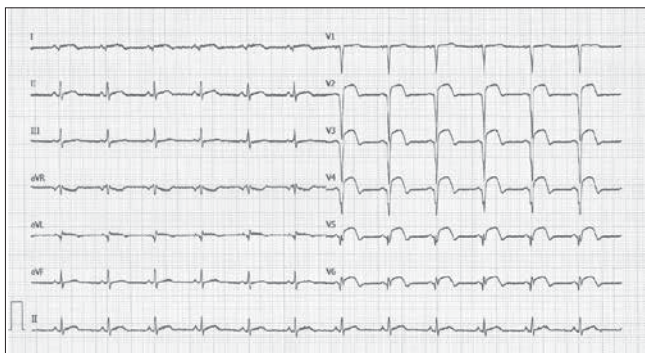
37. Νέος άσθενής, 30 ετών, καπνιστής, προσέρχεται με ιστορικό έμπυρέτου από διημέρου και προκάρδιου άλλους από 5ώρου. Το ΗΚΓράφημα είναι συμβατό με:
- Όξεία περικαρδίτιδα.
 - STEMI.
 - Διαταραχές επαναπόλωσης του ST.
 - Υπερκαλιαιμία.

38. Το κάτωθι ΗΚΓράφημα ανήκει σε 70 ετών διαβητικό άσθενή, ο οποίος αναφέρει δυσφορία από διημέρου. Το ΗΚΓγράφημα είναι συμβατό με:



- Διθητική νόσο λόγω των χαμηλών δυναμικών.
- Υποξύ προσθιοπλάγιο έμφραγμα μυοκαρδίου.
- Περιορισμένης έκτασης πλάγιο έμφραγμα μυοκαρδίου.
- Ανεύρυσμα κορυφής της άριστερης κοιλίας.

39. Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά;
- Περίπου το 50% των άσθενών, με δίπτυχη άορτική βαλβίδα και στένωση άορτικής βαλβίδας, έχουν



διάταση ανιούσας αορτής.

Β. Γυναίκες με δίπτυχη αορτική βαλβίδα και διάταση ανιούσας αορτής >50 mm πρέπει να οδηγηθούν στο χειρουργείο προ της έγκυμοσύνης.

Γ. Σε στένωση μιτροειδούς βαλβίδας με στόμιο <1.5

cm² επιδεινώνεται ή συμπτωματολογία στο πρώτο τρίμηνο της έγκυμοσύνης.

Δ. Κατά τη διάρκεια της έγκυμοσύνης, σε εμφάνιση STEMI, η θρομβόλυση προτιμάται της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής.

40. Ποιά εκ των κάτωθι είναι σωστά για τη νόσο Kawasaki;

A. Η πάθηση αφορά κυρίως σε 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.



Άνθη

Onism Babici