

Εξετάσεις Ειδικότητας Καρδιολογίας

Νοέμβριος 2020

Θέματα προς ανάπτυξη

1. Ο ρόλος της Υπερηχοκαρδιολογίας στην εκτίμηση των ασθενών με προκάρδιο άλγος, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.
 2. Ιογενής μυοκαρδίτιδα: παθοφυσιολογία, διαγνωστική προσπέλαση, θεραπευτική προσέγγιση.
 3. Μυξώματα καρδιάς: απεικονιστικά ευρήματα και διαφορική διάγνωση.
 4. Κριτήρια καρδιακού επανασυγχρονισμού, σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, για την ελάττωση της συνολικής θνητότητας. (Αναπτύξτε τις ενδείξεις βάσει σταδίου καρδιακής ανεπάρκειας, κλάσματος εξωθήσεως, παρουσία ή μη αριστερού σκελικού αποκλεισμού στο ΗΚΓ και σε παρουσία φλεβοκομβικού ρυθμού ή κολπικής μαρμαρυγής).
 5. Καρδιαγγειακές επιπτώσεις σε λοίμωξη από COVID-19.
 6. Αντιθρομβωτική αγωγή, σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST (NSTEMI). Επιλογές ανάλογα με τον αιμορραγικό και ισχαιμικό κίνδυνο. Αναφέρετε τις παραμέτρους που καθορίζουν τους κινδύνους αυτούς.
 7. Διαφορική διάγνωση, συμπίεστική περικαρδίτιδα από περιοριστική Μυοκαρδιοπάθεια (Υπερηχογραφικά – Αιμοδυναμικά και Απεικονιστικά ευρήματα).
 8. Ορισμός/Ανατομικά χαρακτηριστικά των:
 - α) Τετραλογία Fallot
 - β) Μετάθεση μεγάλων αγγείων
 - γ) Νόσο Ebstein
 - δ) Σύνδρομο Eisenmenger
 9. Ablation κολπικής μαρμαρυγής. Ενδείξεις και μετεπεμβατική θεραπεία.
 10. Θεραπεία της οξείας και χρόνιας περικαρδίτιδας.
-

Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής

1. Η ανεπάρκεια τριγλώχινος χαρακτηρίζει την:
 - α) Τετραλογία Fallot.
 - β) Νόσο Ebstein.
 - γ) Μετάθεση μεγάλων αγγείων.
 - δ) Ανεπάρκεια αορτής.
2. Το σημείο Rivero-Carvalho παρατηρείται στην:
 - α) Ανεπάρκεια αορτής.
 - β) Στένωση αορτής.
 - γ) Ανεπάρκεια πνευμονικής.
 - δ) Ανεπάρκεια τριγλώχινος.
3. Ποιό από τα παρακάτω στοιχεία υπάρχει σε περι-καρδιακό επιπωματισμό
 - α) Σημείο Kussmaul's.
 - β) Αυξημένη καρδιακή παροχή.
 - γ) Παράδοξος σφυγμός.
 - δ) Συστολικό φύσημα.
4. Ποιό από τα κατωτέρω είναι αιτία λειτουργικής ανεπάρκειας μιτροειδούς:
 - α) Ενδοκαρδίτιδα μιτροειδούς.
 - β) Διατακτική μυοκαρδιοπάθεια.
 - γ) Πρόπτωση μιτροειδούς.
 - δ) Ρευματική βλάβη μιτροειδούς.
5. Η διάγνωση του μη συμπαγούς μυοκαρδίου γίνεται όταν στο ηχοκαρδιογράφημα ο λόγος πάχους τοιχώματος μη συμπαγές/συμπαγές είναι πάνω από:
 - α) 1.5
 - β) 2.0
 - γ) 2.5
 - δ) 3.0
6. Το κύμα έψιλον στο ΗΚΓ είναι ενδεικτικό σημείο:
 - α) Μεσοκοιλιακής επικοινωνίας.
 - β) Αρρυθμιολόγου δεξιάς κοιλίας.
 - γ) Υπερτροφικής αποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας.
 - δ) Συμπίεστικής περικαρδίτιδας.
7. Ασθενής με συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, υπερτροφία τοιχωμάτων της αριστεράς κοιλίας και χαμηλά δυναμικά στο ΗΚΓ πιθανότατα έχει:
 - α) Στένωση αορτικής βαλβίδας.
 - β) Υπερτασική καρδιοπάθεια.
 - γ) Αμυλοείδωση της καρδιάς.
 - δ) Υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια.
8. Σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο, ποιό από τα κάτωθι φάρμακα αυξάνουν την επιβίωση;
 - α) β-αναστολείς.
 - β) Ανταγωνιστές ασβεστίου.
 - γ) Νιτρώδη.
 - δ) Κανένα από τα ανωτέρω.
9. Ασθενής εισάγεται από τα ΤΕΠ απευθείας στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, για πρωτογενή αγγειοπλαστική, λόγω εμφράγματος, με ανάρπωση του ST διαστήματος. Αναφέρει αναμνηστικό θρομβοκυττοπενίας από ηπαρίνη (HIT) στο παρελθόν. Ποιά θα είναι η επιλογή αντιθρομβωτικού στο εργαστήριο για τη διενέργεια της αγγειοπλαστικής;
 - α) Μια και μόνο δόση μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης θα είναι ασφαλής.
 - β) Η μπιβαλιρουδίνη είναι αποτελεσματική και ασφαλής σε αυτή την περίπτωση.
 - γ) Η χρήση μιας δόσης fondaparinux είναι αποτελεσματική και ασφαλής σε αυτή την περίπτωση.
 - δ) Όλα τα αντιπηκτικά είναι μη ασφαλής. Στη συγκεκριμένη περίπτωση πλεονεκτεί η θρομβόλυση της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής.
10. Ποιές από τις παρακάτω παρεμβάσεις αποδεδειγμένα ελαττώνουν την επίπτωση της νεφροπάθειας από σκιαγραφικά μετά από στεφανιογραφία σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια;
 - α) Έγχυση μαννιτόλης 20% προ της στεφανιογραφίας.
 - β) Έγχυση φυσιολογικού ορού πριν και μετά τη στεφανιογραφία.

γ) Ενδοφλέβια χορήγηση φουροσεμίδης πριν τη στεφανιογραφία.

δ) Έγχυση ντοπαμίνης σε χαμηλή (διουρητική) δόση.

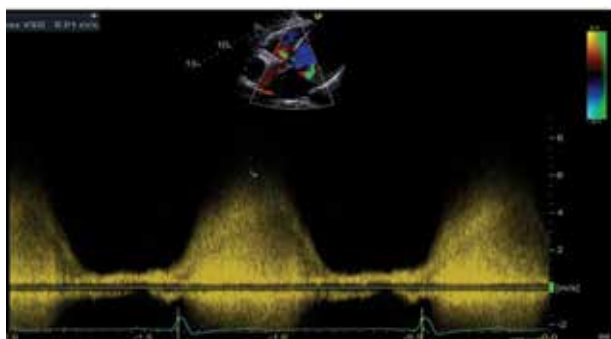
11. Ασθενής με ΑΠ 170/100 mmHg και ιστορικό περιοριστικής μεσοκοιλιακής επικοινωνίας. Υπολογίστε τη συστολική πίεση της δεξιάς κοιλίας.

1) ~16 mmHg.

2) ~21 mmHg.

3) ~26 mmHg.

4) ~31 mmHg.



12. Άνδρας, 25 ετών, με ιστορικό παραπληρωματικού δεματίου, επισκέπτεται τα ΤΕΠ, με ταχυκαρδία άρρυθμων ευρέων QRS συμπλεγμάτων. Είναι αιμοδυναμικά σταθερός. Ο αναισθησιολόγος δεν είναι άμεσα διαθέσιμος, προκειμένου να γίνει καρδιομετατροπή. Ποιά από τις παρακάτω είναι η καλύτερη αρχική αντιμετώπιση;

1) Αδενοσίνη i.v.

2) Βεραπαμίλη i.v.

3) β-αναστολέας i.v.

4) Φλεκαϊνίδη i.v.

13. Γυναίκα, 60 ετών, παρακολουθείται στο αντιυπερτασικό ιατρείο. Η ΑΠ είναι 170/90 mmHg και η ηχοκαρδιογραφική μελέτη δείχνει ήπια υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και ήπια διάταση του αριστερού κόλπου. Δεν είναι διαβητική και δεν έχει άλλο αξιολογικό κλινικό ιστορικό. Ποιά από τα παρακάτω είναι το ποιο αποτελεσματικό στην πρόληψη κολπικής μαρμαρυγής;

1) Αναστολείς ΜΕΑ/ Αναστολείς Υποδοχέων Αγγειοτασίνης.

2) Β-Αναστολείς.

3) Διουρητικά.

4) Αναστολείς διαύλων ασβεστίου.

14. Γυναίκα, 55 ετών, παραπέμπεται από τον παθολόγο της λόγω θωρακικών ενοχλημάτων, με μη στηθαγικούς χαρακτήρες, αν και αναπαράγονται με την προσπάθεια. Δεν έχει γνωστούς παράγοντες κινδύνου για ισχαιμική καρδιακή νόσο και το ηλεκτροκαρδιογράφημα και ηχοκαρδιογράφημα ηρεμίας είναι φυσιολογικά. Τί θα συστήσετε;

1) Αξονική στεφανιογραφία.

2) Δεν χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος.

3) Κλασική στεφανιογραφία.

4) Σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου.

15. Γυναίκα, 82 ετών, έχει σοβαρή στένωση αορτικής (AS) και σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς (MR). Όλα τα παρακάτω είναι σωστά για τους ασθενείς με συνδυασμένες ή πολλαπλές βαλβιδοπάθειες, εκτός:

1) Η MR μπορεί να οδηγήσει σε υποεκτίμηση της βαρύτητας της AS.

2) Η σοβαρή AS μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση της συνυπάρχουσας MR.

3) Στην περίπτωση σοβαρής ανεπάρκειας αορτικής παρατείνεται ο χρόνος υποδιπλασιασμού της πίεσης (Pressure-half-time, PHT) της στένωσης μιτροειδούς.

4) Η παρουσία σοβαρής ανεπάρκειας αορτικής οδηγεί σε υπερεκτίμηση της κλίσης πίεσης διαμέσου της αορτικής βαλβίδας.

16. Παράδοξος σφυγμός στην περικαρδίδα ορίζεται ως εξής:

1) Μείωση συστολικής ΑΠ >20 mmHg.

2) Μείωση συστολικής ΑΠ >10 mmHg.

3) Μείωση διαστολικής ΑΠ στην εκπνοή.

4) Παραμονή σταθερής διαστολικής ΑΠ κατά την εισπνοή.

17. Η δίπτυχη αορτική βαλβίδα μπορεί να συνοδεύεται με:

1) Διάταση της αριστερής κοιλίας.

2) Ανωμαλίες στεφανιαίων αγγείων.

3) Ανοικτό ωοειδές τρήμα.

4) Στένωση ισθμού της αορτής.

- 18.** Στην εγκυμοσύνη, ο κίνδυνος πνευμονικής εμβολής είναι μεγαλύτερος:
- 1) Στο 1ο τρίμηνο.
 - 2) Στο 2ο εξάμηνο.
 - 3) Πριν και μετά τον τοκετό.
 - 4) Στο τρίτο τρίμηνο και 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.
- 19.** Ασθενής, 65 ετών, με ιστορικό αρρυθμιστής ΑΠ, προσέρχεται στο ΤΕΠ αιπώμενος οξύ διαξιφιστικό θωρακικό άλγος, από ώρας, με αντανάκλαση στη ράχη. Τίθεται η υποψία οξέος αορτικού διαχωρισμού. Ποιά ή ποιές από τις παρακάτω εργαστηριακές εξετάσεις θα είναι επηρεασμένες και συμβάλουν στη διάγνωση;
- 1) Η τροπονίνη.
 - 2) Τα D-dimers.
 - 3) Η αξονική θώρακος.
 - 4) Όλα τα παραπάνω.
- 20.** Αθλητής, 25 ετών, με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό και ατομικό αναμνηστικό, σε άθλημα υψηλής έντασης (powerplate), μετά από έντονη προπόνηση εκδηλώνει οπισθοστερνικό θωρακικό άλγος, συσφιγκτικού χαρακτήρα. Στο ΗΚΓ διαπιστώνεται ανάσπαση του ST στις απαγωγές V1, V2, V3 με εικόνα κατόπτρου στις II, III, aVF ως επί προσθίου εμφράγματος μυοκαρδίου. Ποιά είναι τα πιθανότερα ευρήματα κατά το σταφανιογραφικό έλεγχο;
- 1) Στεφανιαία αγγεία χωρίς βλάβες.
 - 2) Αυτόματος διαχωρισμός προσθίου κατιόντα κλάδου.
 - 3) Σπασμός του προσθίου κατιόντ, που λύνεται με ενδοστεφανιαία χορήγηση νιτρωδών.
 - 4) Εκτασία του πρόσθιου κατιόντα κλάδου.

