

Εξετάσεις Ειδικότητας

Μάιος 2021

Θέματα προς ανάπτυξη

- 1. A.** Δοκιμασία stress Echo σε μη ισχαιμικές καρδιακές νόσους (ενδείξεις, παθήσεις, κριτήρια αξιολόγησης αποτελεσμάτων).

B. Διαγνωστικοί και θεραπευτικοί αλγόριθμοι σε ασθενείς με μεσοκολπική επικοινωνία (Atrial septal defect).
- 2.** Δομικές (αριστερή και δεξιά κοιλία, αριστερός και δεξιός κόλπος, αορτή) και Ηλεκτροφυσιολογικές (ρυθμού, συχνότητας, αγωγιμότητας, κριτήρια για υπερτροφία κοιλιών και διάταση κόλπων, κύματα T) προσαρμογές της καρδιάς με την επαναλαμβανόμενη συστηματική άσκηση.
- 3. A.** Αντιθρομβωτική αγωγή μετά από αντικατάσταση με μηχανικές και βιοπροσθετικές βαλβίδες αορτής ή μιτροειδούς, επιθυμητά INR. Χαρακτηριστικά ασθενών υψηλού κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια με μηχανικές βαλβίδες. Διαχείριση αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς που έχουν προσθετικής βαλβίδες και υποβάλλονται σε μεγάλου και μικρού αιμορραγικού κινδύνου επεμβάσεις. Διαχείριση αντιπηκτικής αγωγής σε εγκυμονούσες.

B. Παραβαλβιδικές διαφυγές μετά από χειρουργική ή διακαθετηριακή αντικατάσταση βαλβίδος. Αιτιολογία, συμπτωματολογία, θεραπεία.
- 4.** Σύνδρομο προδιέγερσης. Κλινική παρουσίαση, Τύποι προδιέγερσης, θέση και χαρακτηριστικά δεματίων, ΗΚΓ, μέθοδοι εντοπισμού του δεματίου, διαστρωμάτωση κινδύνου. Θεραπευτικές στρατηγικές.
- 5.** Ανεπάρκεια τριγλώχινος. Αιτιολογία, Διάγνωση, Θεραπεία.
- 6.** Ισχαιμία με φυσιολογικά επικαρδιακά στεφανιαία αγγεία (INOCA).
- 7.** Διάγνωση και θεραπεία υπερτριγλυκεριδαιμίας.
- 8.** Σταθερή Στεφανιαία νόσος. Τεκμηριωμένες ενδείξεις για επαναγγείωση (PCI/CABG).
- 9.** Ανθεκτική αρτηριακή υπέρταση: Ορισμός. Αίτια. Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.
- 10.** Αρρυθμιογόνος Μυοκαρδιοπάθεια / Δυσπλασία Δεξιάς Κοιλίας Τύποι-Διαγνωστικά κριτήρια – Θεραπεία.

Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής

1. Ποιο από τα κάτωθι ευρήματα ΔΕΝ αποτελεί ενδεικτικό στοιχείο αυξημένου κινδύνου για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο σε άτομα με πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδος;

- α) Μετατόπιση του σημείου πρόσφυσης της οπίσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς προς το κοιλιακό μυοκάρδιο (annular- disjunction).
- β) Αρνητικά T στις κατώτερες απαγωγές.
- γ) Κοιλιακές αρρυθμίες με μορφολογία αποκλεισμού δεξιού σκέλους.
- δ) Πρόπτωση πρόσθιας γλωχίνας.

2. Ποια από τα κάτωθι ΔΕΝ είναι σωστά για τη μυοκαρδίτιδα και την επιστροφή στην άσκηση;

- α) Η ύπαρξη αργής επίτασης με το γαδολίνιο του μυοκαρδίου (LGE) σε ποσοστό >10% αποτελεί παράγοντα αυξημένου κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα.
- β) Επανελέγχος απαιτείται ανά έτος σε ασθενείς με παθολογική Μαγνητική τομογραφία μυοκαρδίου και ύπαρξη επίτασης με το γαδολίνιο, λόγω του κινδύνου υποτροπής και υποκλινικής εξέλιξης.
- γ) Αποχή από αθλητικές δραστηριότητες 3-6 μήνες.
- δ) Η απουσία οιδήματος σε T2 weighted στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς αναιρεί την ανάγκη πλήρους διερεύνησης (βιοχημική, υπερηχογραφική, holter, δοκιμασία κόπωσης, πριν την επάνοδο σε πλήρη άσκηση).

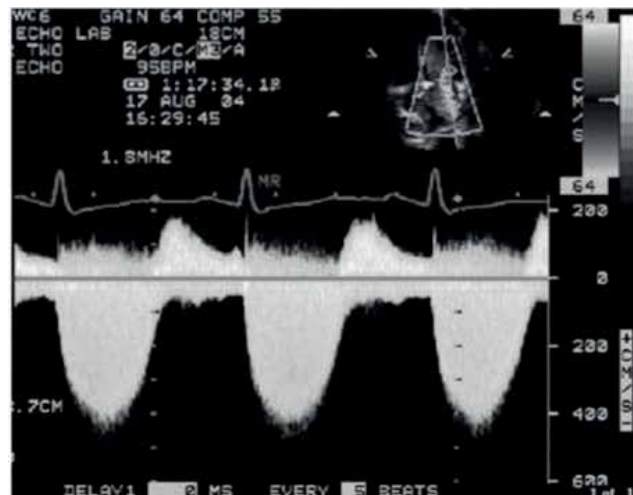
3. Σε ασθενείς με μεσοκοιλιακή επικοινωνία τύπου φλεβώδους κόλπου (sinus venosum) συχνά ανευρίσκεται:

- α) Ανώμαλη εκβολή της δεξιάς άνω πνευμονικής φλέβας στο δεξιό κόλπο.
- β) Ανώμαλη εκβολή της αριστερής άνω πνευμονικής φλέβας στο δεξιό κόλπο.
- γ) Παραμένουσα αριστερή άνω κοίλη φλέβα.
- δ) Ανώμαλη έκφυση των στεφανιαίων αρτηριών.

4. Με τί είναι συμβατή απεικονιζόμενη καταγραφή από το συνεχές Doppler;

- α) Σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς.
- β) Ήπια ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδος.

- γ) Σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδος.
- δ) Σοβαρού βαθμού στένωση της μιτροειδούς βαλβίδος.



5. Στο διαθωρακικό υπερηχογράφημα, στην παραστερνικά κατά τον μακρύ άξονα προβολή, οι αορτικές πτυχές, που συνήθως απεικονίζονται, είναι:

- α) Δεξιά και μη στεφανιαία αορτική πτυχή.
- β) Αριστερά και μη στεφανιαία αορτική πτυχή.
- γ) Δεξιά και αριστερά αορτική πτυχή.
- δ) Δεν απεικονίζονται οι αορτικές πτυχές.

6. Ποιο από τα κάτωθι αποτελεί ένδειξη διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας.

- α) Ταχύτητα ε' στο πλάγιο τοίχωμα του μιτροειδικού δακτυλίου με ιστικό Doppler <10 cm/sec
- β) E/e' <15.
- γ) Τελοδιαστολική πίεση αριστερής κοιλίας 10 mmHg.
- δ) Κλάσμα εξωθήσεως αριστερής κοιλίας 40%.

7. Ασθενής, 75 ετών, ο οποίος εισάγεται με διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου χωρίς ανάρση του ST, παρουσιάζει επιδείνωση της κλινικής του εικόνας, Η πίεσή του είναι 90/60, είναι σε φλεβοκομβική ταχυκαρδία (120 σφ/λεπτό). Η αντικειμενική εξέταση αναδεικνύει KILLIP class II με κορεσμό O₂ 90%.

Ο ασθενής υποστηρίζεται με ινότροπα και προσεκτική διούρηση, αλλά χωρίς βελτίωση. Ποια είναι τα ενδεδειγμένα θεραπευτικά βήματα;

- α) Άμεση επεμβατική στρατηγική με Στεφανιογραφία πιθανή Αγγειοπλαστική σε <2 ώρες.
- β) Ο ασθενής αυτός, παρά το ότι είναι πολύ υψηλού κινδύνου, αν είναι σε κέντρο με αδυναμία εκτελέσεως αγγειοπλαστικής δεν πρέπει να μεταφερθεί άμεσα.
- γ) Η Πρασουγρέλη δεν είναι προτιμητέα, αν γίνει άμεσα αγγειοπλαστική.
- δ) Μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη κατά την αγγειοπλαστική δεν θα χρησιμοποιηθεί, αν ο ασθενής είχε πάρει ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ.

8. Ποιο από τα κατωτέρω στοιχεία ΔΕΝ είναι σωστό για τη συμπιεστική περικαρδίτιδα;

- α) Υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη πτώση και αύξηση της συστολικής πίεσης μεταξύ δεξιάς και αριστερής κοιλίας με την αναπνοή (discordance).
- β) Η ταχύτητα με το ιστικό Doppler στο μιτροειδικό δακτύλιο είναι αυξημένη.
- γ) Το BNP ευρίσκεται πάντα αυξημένο.
- δ) Το σημείο Kussmaul παρατηρείται στη νόσο.

9. Οι ακόλουθες μετρήσεις προέρχονται από τον πίδακα ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδος: Ακτίνα PISA =1 cm, ταχύτητα aliasing 40 cm/sec. Η αρτηριακή πίεση είναι 120/80 mmHg, χωρίς στένωση της αορτικής βαλβίδος, και η πίεση του αριστερού κόλπου κατά τη συστολή της αριστερής κοιλίας είναι 20 mmHg. Ποια είναι η EROA;

- α) 0.7 cm².
- β) 0.5 cm².
- γ) 1 cm².
- δ) Δεν υπολογίζεται.

10. Ποιες από τις κατωτέρω βαλβίδες έχει το μικρότερο κίνδυνο για ενδοκαρδίτιδα;

- α) Μηχανική βαλβίδα.
- β) Βιοπροσθετική βαλβίδα
- γ) Αορτικό όμοιο μόσχευμα.

- δ) Μιτροειδής βαλβίδα χωρίς stent στο σκελετό της.

11. Ένδειξη για εγχείρηση σε ασθενή με στένωση ισθμού αορτής είναι:

- α) Δύσπνοια σε ηρεμία, άσχετα από την κλίση πίεσης στην ισθμική στένωση.
- β) Ασυμπτωματικός ασθενής, με φυσιολογική αρτηριακή πίεση σε ηρεμία και άσκηση, με κλίση πίεσης στην ισθμική στένωση 18 mmHg.
- γ) Ασυμπτωματικός ασθενής, με κλίση πίεσης στην ισθμική στένωση 15 mmHg και εκτεταμένη παράπλευρη κυκλοφορία.
- δ) Συμπτωματικός ασθενής με δίπτυχη αορτική βαλβίδα και σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια, που θα υποβληθεί σε αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδος, με κλίση πίεσης στην ισθμική στένωση 15 mmHg.

12. Ασθενής υποβάλλεται σε διοισοφάγειο, λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής και πιθανού παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου. Αναφέρει επέμβαση στο αιμοδυναμικό εργαστήριο αρκετά έτη πριν. Η εικόνα δείχνει:

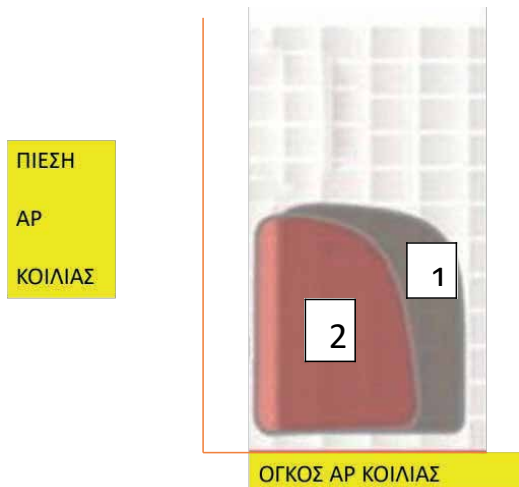
- α) Θρόμβο.
- β) Mitraclip.
- γ) Συσκευή σύγκλισης ανοιχτού ωοειδούς τρήματος.
- δ) Συσκευή σύγκλισης βοττάλειου πόρου.



13. Η μεταβολή της καμπύλης καμπύλη Πίεσης – Όγκου της αριστερής κοιλίας από το (1) στο (2) αντανakλά σε:

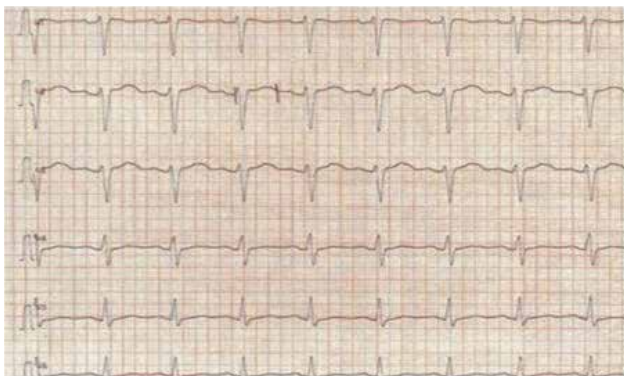
- α) Στένωση Αορτικής βαλβίδας.
- β) Ανεπάρκεια Αορτικής βαλβίδας.

- γ) Στένωση Μιτροειδούς βαλβίδας.
- δ) Ανεπάρκεια Μιτροειδούς βαλβίδας.



14. Ασθενής, 20 ετών, άνδρας, υπέστη καρδιακή ανακοπή, ενώ ήταν στο τμήμα επειγόντων. Το monitor έδειξε Torsade de pointes, που εκφυλίστηκε σε κοιλιακή μαρμαρυγή. Μετά την απινίδωση ο ασθενής παρουσίασε το κάτωθι ΗΚΓ. Δεν αναφέρει ιατρικό ιστορικό λήψης φαρμάκων ή τοξικών ουσιών. Υπάρχει ιστορικό αιφνιδίου θανάτου σε αδελφό του σε ηλικία 21 ετών.

Τί από τα κατωτέρω δεν είναι σωστό;

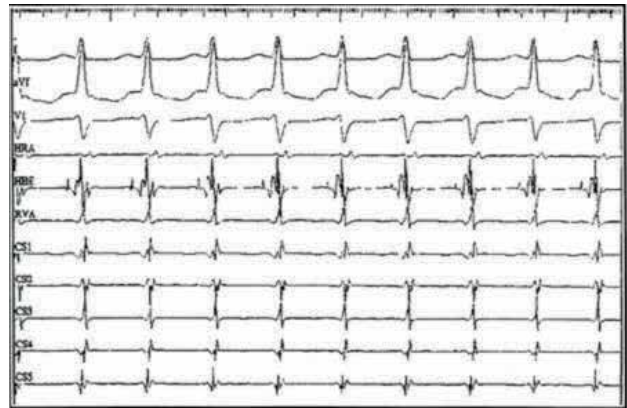


- α) Τοποθέτηση Απινιδωτή και έναρξη σοταλόλης είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία.
- β) Η πάθηση αυτή οφείλεται σε γενετικές μεταλλάξεις, που σχετίζεται και με νευρο-αισθητήρια κώφωση.

- γ) Η Αριστερή Γαγγλιοτομή, για συμπαθητική απονεύρωση της καρδιάς, είναι μια εναλλακτική θεραπεία.
- δ) Συμβάματα μπορούν να συμβούν στον ύπνο, ή σε συναισθηματικό stress ή αιφνιδιασμό του ασθενούς ανάλογα με την κατηγοριοποίηση της πάθησης.

15. Η καταγραφή αυτή είναι από τον ΗΦΕ ασθενή με ταχυπαλμίες. Η πιθανότερη διάγνωση είναι:

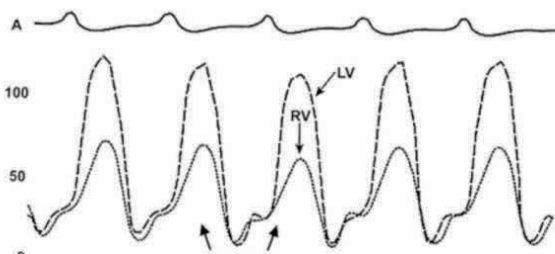
- α) Ταχυκαρδία επανεισόδου στον κοιλιοκοιλιακό κόμβο.
- β) Ορθόδρομος ταχυκαρδία επανεισόδου.
- γ) Αντίδρομος ταχυκαρδία επανεισόδου.
- δ) Ιδιοπαθής κοιλιακή ταχυκαρδία.



16. Άνδρας, 73 χρονών, με ΧΑΠ, χωρίς γνωστή καρδιολογική νόσο, προσέρχεται για οίδημα κάτω άκρων εδώ και αρκετούς μήνες. Ο οικογενειακός ιατρός το απέδωσε σε «φλεβική στάση λόγω γήρατος» και έδωσε υδροχλωροθειαζίδη, που πέτυχε κλινική βελτίωση. Τον τελευταίο καιρό επανεμφανίστηκε το οίδημα και παρά το διπλασιασμό της δόσης δεν βελτιώθηκαν τα συμπτώματα. Σήμερα παρουσιάζει διάταση σφαγίτιδων, μεγαλοηπατία και οίδημα 4+ κάτω άκρων. Από τον εργαστηριακό έλεγχο εμφανίζει παθολογικά αυξημένη ουρία και κρεατινίνη (2.4mg/dl), ενώ η λευκωματίνη και τα λοιπά εργαστηριακά είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Λόγω της ΧΑΠ και αδυναμίας του

ασθενή να πάρει την κατακεκλιμένη θέση, το διαθωρακικό υπερηχογράφημα δεν είναι διαγνωστικό. Η στεφανιογραφία είναι φυσιολογική και το ΚΕ της αριστερής κοιλίας είναι 50%. Η καταγραφή αυτή έγινε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Ποια η πλέον πιθανή διάγνωση;

- α) Φλεβική στάση λόγω ηλικίας, όπως είχε διαγνώσει αρχικά ο οικογενειακός ιατρός.
- β) Σοβαρή διαστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας, που εξηγεί την κλινική εικόνα.
- γ) Σοβαρή συστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας, που εξηγεί την κλινική εικόνα.
- δ) Ο ασθενής πρέπει να εκτιμηθεί από καρδιοχειρουργό για πιθανή επέμβαση, για την κλινική του βελτίωση.



ΕΙΣΠΝΟΗ

17. Ποιος από τους παρακάτω παράγοντες προκαλεί αγγειοδιαστολή στις στεφανιαίες αρτηρίες και η δράση του εξαρτάται από το ενδοθήλιο;

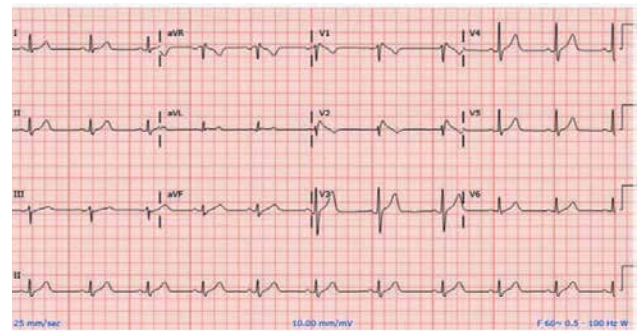
- α) Νιτρογλυκερίνη.
- β) Παπαβερίνη.
- γ) Αδενοσίνη.
- δ) Ακετυλοχολίνη.
- ε) Βεραπαμίλη.

18. Άνδρας, ασθενής, 67 ετών, με ιστορικό στεφανιαίας νόσου και έμφραγμα του μυοκαρδίου 6 μήνες πριν, με ΚΕ αριστερής κοιλίας εκτιμώμενο περί το 40%. Περιγράφει ενίοτε αίσθημα παλμών και συμπτώματα συμβατά με καρδιακή ανεπάρκεια NYHA σταδίου II. Δεν αναφέρει συγκοπτικά επεισόδια ή στηθάγχη και το stress test με υπερηχογράφημα είναι αρνητικό για ισχαιμία. Το Holter 24 ωρών

έδειξε μη εμμένουσα μονόμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία από 12 επάρματα και μεμωμένες έκτακτες κοιλιακές συστολές. Ποιο από τα παρακάτω είναι το πλέον ενδεδειγμένο βήμα;

- α) Εμφυτευσιμη συσκευή παρακολούθησης καρδιακού ρυθμού (ILR) για παρακολούθηση και συσχέτιση συμπτωμάτων με καρδιακή αρρυθμία.
- β) Μονοεστιακός απινιδωτής.
- γ) Διπλοεστιακός απινιδωτής (CRT-D).
- δ) Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη για διαστρωμάτωση κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο και εμφύτευση μονοεστιακού απινιδωτή, αν προκληθεί εμμένουσα μονόμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία.

19. Ασθενής, 45 ετών, ασυμπτωματικός, παρουσιάζει το ακόλουθο καρδιογράφημα. Τί ΔΕΝ είναι σωστό;



- α) Η συγκεκριμένη μορφολογία στο καρδιογράφημα μπορεί να μην παραμένει ίδια, αλλά να μεταβάλλεται περιστασιακά.
- β) Όταν ο ασθενής εμφανίζει πυρετό πρέπει να αντιμετωπίζεται επιθετικά με αντιπυρετικά.
- γ) Η Φλεκαϊνίδη και η προκαϊναμίδη αποτελούν φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση των αρρυθμιών σε αυτούς τους αρρώστους.
- δ) Η εμφάνιση κοιλιακής μαρμαρυγής είναι αυξημένη.
- ε) Κοιλιακή μαρμαρυγή ή πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία στον ύπνο είναι κύρια επιπλοκή της νόσου.
- στ) Η νευροκαρδιογενής συγκοπή απαντάται σε αυτούς τους ασθενείς, αλλά δεν αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα στην επιβίωση των ασθενών.

20. Σε ασθενή που υποβάλλεται σε αγγειοπλαστική με τοποθέτηση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης, ποιο από τα κατωτέρω είναι σωστό:

- α) Το PRECISE-DAPT >25, κατά τη χρονική στιγμή της επέμβασης, αντανακλά υψηλό ισχαιμικό κίνδυνο από τη διπλή αντισταθμιστική αγωγή.
- β) Το DAPT score υπολογίζεται μετά από 12 μήνες θεραπείας με διπλή αντισταθμιστική αγωγή, χωρίς συμβάματα, και αν είναι ≥ 2 είναι υπέρ της παράτασης της αγωγής πέρα των 12 μηνών, για αποφυγή ισχαιμικών επεισοδίων.
- γ) Η ύπαρξη συστηματικής φλεγμονώδους νόσου (συστηματικού ερυθρεματος ή λύκου) συνηγορεί υπέρ της συνέχισης μονής αντισταθμιστικής αγωγής.
- δ) Το ολικό μήκος των stent δεν έχει σημασία.

21. Ποια από τις ακόλουθες τελοδιαστολικές διαμέτρους υποδεικνύει την ανάγκη αντικατάστασης της αορτικής βαλβίδας σε ανεπάρκειά της;

- α) ΤΣΔ 38 mm και ΤΔΔ 65 mm σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.
- β) ΤΣΔ 50 mm και ΤΔΔ 65 mm σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.
- γ) ΤΣΔ 40 mm και ΤΔΔ 70 mm σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.
- δ) ΤΣΔ 20 mm και ΤΔΔ 50 mm σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.

22. Ποιο στοιχείο από την κλινική εξέταση δεν σχετίζεται με σοβαρή στένωση αορτής;

- α) Η ένταση του φυσήματος.
- β) Ο χρόνος έως την κορυφή του φυσήματος στη συστολή.
- γ) Η ένταση του 2ου τόνου.
- δ) Σφυγμός parvus et tardus.

23. Ποιο από τα ακόλουθα δεν αποτελεί ένδειξη για διόρθωση ή αντικατάσταση μιτροειδούς;

- α) Σοβαρή ανεπάρκεια με κλάσμα εξώθησης 20%.
- β) Οξεία σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς από ρήξη θηλοειδούς λόγω κατωτέρου εμφράγματος του μυοκαρδίου.

γ) Σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς, με φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας NYHA III.

δ) Ασυμπτωματική σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς, με κλάσμα εξώθησης >60% και ΤΣΔ 40 mm, χωρίς κολπική μαρμαρυγή και πνευμονική υπέρταση.

24. Ποιο από τα ακόλουθα, σχετικά με τη θρομβόλυση, ΔΕΝ είναι αληθές;

- α) Η θρομβόλυση έχει την καλύτερη αποτελεσματικότητα στις 3 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.
- β) Η θρομβόλυση δεν θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί, αν τα συμπτώματα είναι >12 ώρες.
- γ) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα και αντιθρομβωτική θεραπεία.
- δ) Η θρομβόλυση συνιστάται σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο NSTEMI, που δεν έχουν δυνατότητα αγγειοπλαστικής.

25. Ποια από τις ακόλουθες κλίσεις πίεσως δείχνει μέτρια στένωση μιτροειδούς βαλβίδας;

- α) 4 mmHg.
- β) 8 mmHg.
- γ) 12 mmHg.
- δ) 15 mmHg.

26. Ποιο από τα ακόλουθα περιγράφει καλύτερα το αληθές οπίσθιο εμφραγμα;

- α) Ανάσπαση ST V5-V6 με λόγο R/S <1 V1.
- β) Πτώση ST στις κατώτερες απαγωγές και R/S >1 V1.
- γ) Πτώση ST στη V1-V2 με R/S >1 V1.
- δ) Πτώση ST στη V1-V2 με R/S <1 V1.

27. Ποια από τις ακόλουθες θεραπείες δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με αγγειοσυσπαστική στηθάγχη;

- α) Διυδροπυριδίνες.
- β) Μη διυδροπυριδίνες.
- γ) β-αναστολείς.
- δ) Νιτρώδη μακράς διάρκειας.

28. Ασθενής εισάγεται με σταθερό αλλά συμπτωματικό κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

Η ηχοκαρδιογραφική μελέτη αναφέρει κολποκοιλιακή και κοιλιοαρτηριακή δυσαρμονία. Ποια η διάγνωση;

- α) Συγγενώς διορθωμένη μετάθεση των μεγάλων αγγείων (ccTGA).
- β) Μετάθεση μεγάλων αγγείων.
- γ) Αρτηριακός κορμός.
- δ) Τίποτα από τα ανωτέρω.

29. Ποια είναι η αρχικά προτεινόμενη θεραπεία σε ασθενείς με WPW και κολπική μαρμαρυγή;

- α) Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής.
- β) Μακρά χορήγηση προκαϊναμίδης.
- γ) Κατάλυση δεματίου διέγερσης κόλπου κοιλιών.
- δ) Μακρά χορήγηση φαρμάκων που δρουν στον κολποκοιλιακό κόμβο.

30. Ασθενείς με τυπικό σύνδρομο Wolff-Parkison-White εμφανίζουν όλα τα παρακάτω, ΕΚΤΟΣ από:

- α) Διευρυσμένο σύμπλεγμα QRS κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού φλεβοκομβικού ρυθμού.
- β) Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία (SVT) με στενά συμπλέγματα QRS.
- γ) Κύματα δέλτα στα QRS του ηλεκτροκαρδιογραφήματος.
- δ) Επιμήκυνση του H-V διαστήματος στην καταγραφή του δεματίου του His.

31. Ποιος από τους κατωτέρω παράγοντες κινδύνου είναι ο ισχυρότερος για πρόκληση νεφροπάθειας από τη χορήγηση ιωδιούχου σκιαγραφικού (Mehran risk score);

- α) GFR μεταξύ 20-40 ml/min.
- β) Ηλικία >75 ετών.
- γ) Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια.
- δ) Σακχαρώδης Διαβήτης.

32. Η χορήγηση του συνδυασμού σακουμπριτίλης/βαλσαρτάνης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια:

- α) Μειώνει τα επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας – κοιλιακής μαρμαρυγής.
- β) Μειώνει τα επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας.

γ) Μειώνει σημαντικά τον αριθμό των κοιλιακών έκτακτων συστολών.

δ) Όλα τα παραπάνω.

33. Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια από σκιαγραφικό (CIN): Ποιο είναι το σωστό;

- α) Παρατηρείται στο 10% των επεμβατικών πράξεων στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο.
- β) Συνήθως υποχωρεί εντός 7-14 ημερών.
- γ) Σε ασθενείς που απαιτείται αιμοκάθαρση, η επιβίωση είναι σημαντικά επιβαρυνμένη.
- δ) Όλα τα παραπάνω.

34. Σε διαβητικούς ασθενείς, ποιο από τα παρακάτω είναι λάθος:

- α) Η χορήγηση ασπιρίνης δεν συνιστάται, όταν δεν συνυπάρχει στεφανιαία νόσος.
- β) Όταν συνυπάρχει στεφανιαία νόσος, τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) πάνω από 7% είναι αποδεκτή.
- γ) Η υπεργλυκαιμία, μόνο όταν συνοδεύεται από αυξημένες τιμές LDL-C, πυροδοτεί τη δημιουργία αθηρωματικής πλάκας.
- δ) Μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου οι επιδιωκόμενες τιμές της LDL-C είναι <40 mg/ml.

35. Σε ασθενείς με έμφραγμα τύπου II, ποιο από τα παρακάτω είναι σωστό;

- α) Συνήθως είναι άνδρες.
- β) Εμφανίζουν υψηλή ενδονοσοκομειακή θνητότητα.
- γ) Υποβάλλονται λιγότερο συχνά σε αγγειοπλαστική.
- δ) Συνήθως είναι καπνιστές.

36. Νόσος στελέχους. Ποιο από τα κατωτέρω είναι λάθος;

- α) Σημαντική στένωση (>50%) ανευρίσκεται στο 5% των ασθενών που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία.
- β) Μεμονωμένη στένωση στομίου απαντάται στο 5% των πασχόντων από νόσο στελέχους.
- γ) Στο 90% των ασθενών με σημαντική αγγειογραφικά νόσο στελέχους συνυπάρχει και νόσος άλλων στεφανιαίων αγγείων.
- δ) Στένωση του άπω τμήματος απαντάται στα 2/3 των περιπτώσεων.

37. Ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ. Ποιο από τα παρακάτω είναι λάθος;

- α)** Η δόση φόρτισης των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ (π.χ. 8 mg ασενοκουμαρόλης) πρέπει να αποφεύγεται, καθόσον οδηγεί σε ταχεία μείωση των επιπέδων της πρωτεΐνης C.
- β)** Τα περισσότερα φρούτα και τα περισσότερα ζωικά προϊόντα (κρέας - γαλακτοκομικά) περιέχουν υψηλά επίπεδα βιταμίνης Κ.
- γ)** Η θρομβοπενία (αιμοπετάλια $<100.000/mm^3$) αποτελεί αντένδειξη χορήγησης.
- δ)** Η συνύπαρξη υπερθυρεοειδισμού αυξάνει τον αιμορραγικό κίνδυνο.

38. Ασθενής, με ιστορικό μεσοκοιλιακής επικοινωνίας και ΑΠ 140/80mmHg. Η μέγιστη ταχύτητα δια της επικοινωνίας μετρήθηκε 4.5 m/s και η μέγιστη ταχύτητα ανεπάρκειας τριγλώχινας 3 m/s. Υπολογίστε τη συστολική πίεση της δεξιάς κοιλίας (RVSP):

- α)** ~35 mmHg.
- β)** ~50 mmHg.
- γ)** ~60 mmHg.
- δ)** Απαιτείται η γνώση της πίεσης του δεξιού κόλπου για να υπολογιστεί.

39. Πιο συχνή αιτία οργανικής ανεπάρκειας τριγλώχινας βαλβίδας;

- α)** Ενδοκαρδίτιδα.
- β)** Τραύμα προσθίου θωρακικού τοιχώματος.
- γ)** Τοποθέτηση καλωδίων βηματοδότη/απινιδωτή.
- δ)** Καρκινοειδές.

40. Ασυμπτωματικός ασθενής, με χρόνια οργανική ανεπάρκεια μιτροειδούς, έχει ΤΔΟ ΑΚ 200 ml, ΤΣΟ ΑΚ 100 ml. Από το χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας υπολογίζεται ο όγκος παλμού 35 ml (χωρίς ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας, στεφανιαία νόσο ή δομική μυοκαρδιοπάθεια). Η καλύτερη αντιμετώπιση για τον ασθενή είναι:

- α)** Άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.
- β)** Παρακολούθηση και χειρουργική αντιμετώπιση, αν εμφανίσει συμπτώματα ή LVESD >40 mm.
- γ)** Παρακολούθηση και χειρουργική αντιμετώπιση, αν εμφανίσει κολπική μαρμαρυγή ή πνευμονική υπέρταση.
- δ)** Καρδιοαναπνευστική κόπωση και επανεκτίμηση. ■

