

- c) Oznaczenie odpowiedzi następuje przez zamazanie **ołówkiem 2B lub 3B całej powierzchni prostokąta** wybranej przez Ciebie odpowiedzi. Pamiętaj, że od poprawności zamazania pola w dużej mierze zależy poprawność odczytu podanej przez Ciebie odpowiedzi. Przykłady poprawnego zamazywania pola możesz zobaczyć powyżej.
- d) Proponujemy, aby w czasie rozwiązywania testu najpierw zaznaczać odpowiedź delikatną kropką. Gdy przekonasz się, że dobrze wybrałaś/eś, zakresz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wymaż gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłaś/eś poprawnie, zamaż starannie prostokąty.

Niedopuszczalne jest zniszczenie karty, jej uszkodzenie (załamanie, zagięcie) zarysowanie brzegu karty, gdyż może to być przyczyną złego jej odczytu.

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **2 godziny 50 minut**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać karty odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartami odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zachowania.
- h) Porozumiewanie się z sąsiadami oraz korzystanie z jakichkolwiek materiałów pomocniczych pociąga za sobą dyskwalifikację i ocenę niedostateczną z egzaminu.

Twój zestaw zadań testowych został oznaczony jako **WERSJA I**. W związku z tym przypominamy Ci, że Twój numer karty winien być **nieparzysty**. Dla potwierdzenia tego, że rozwiązujesz wersję I **w wierszu 7 górnej części karty** zakreślono pole z **cyfrą 1**. Prawidłowe zaznaczenie widać na rysunku niżej

NUMER KODOWY.....

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

cem EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
KARDIOLOGII
WIOSNA 2021

1	A	B	C	D	E	61	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E	62	A	B	C	D	E

Nr 1. Jako ostrą zakrzepicę w stencie związaną z przezskórną interwencją wieńcową określa się taką, która wystąpi od momentu wykonania PCI w czasie:

- A. 0-3 godzin.
- B. 0-12 godzin.
- C. 0-24 godzin.
- D. > 24 godzin do 30 dni.
- E. > 30 dni.

Nr 2. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące możliwych postaci niestabilnej dławicy piersiowej:

- 1) dławica wywoływana zwyżką ciśnienia;
- 2) dławica spoczynkowa;
- 3) dławica „*de novo*”;
- 4) dławica związana z niedokrwistością;
- 5) dławica narastająca.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4. B. 1,3,5. C. 2,3,4. D. 2,3,5. E. 3,4,5.

Nr 3. Szmer wyrzutowy śródskurczowy występuje w przypadku obecności wymienionych **z wyjątkiem**:

- A. zwężenia drogi odpływu lewej komory w kardiomiopatii przerostowej.
- B. zastawkowego lub podzastawkowego zwężenia tętnicy płucnej.
- C. okienka aortalno-płucnego.
- D. zwężenia zastawki aorty.
- E. względnej stenozы ujścia aortalnego w niedomykalności zastawki aorty.

Nr 4. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące degeneracji wszczepionej biologicznej protezy zastawkowej serca:

- A. może spowodować niedomykalność zastawki.
- B. może spowodować stenozę zastawki.
- C. wynika z kalcyfikacji i obrzęku płatków.
- D. jej przyczyną jest niestosowanie przewlekłej antykoagulacji.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A, B i C.

Nr 5. Pacjenta z infekcyjnym zapaleniem wsierdza na aortalnej lub mitralnej zastawce natywnej lub sztucznej kwalifikuje się do operacji w trybie pilnym (do kilku dni), jeśli:

- A. utrzymują się wegetacje >10 mm pomimo odpowiedniego leczenia, po co najmniej jednym przebytych incydencie zatorowym.
- B. obecne są wegetacje >10 mm związane z ciężkim zwężeniem zastawki lub niedomykalnością.
- C. obecne są duże wegetacje >30 mm.
- D. wystąpi oporny na leczenie obrzęk płuc lub wstrząs w przebiegu ostrej niedomykalności zastawki.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A, B i C.

Nr 6. W przypadku podejrzenia choroby wieńcowej EKG wysiłkowe w początkowej diagnostyce wykonuje się w celu:

- A. oceny tolerancji wysiłku.
- B. zawsze przed kwalifikacją do koronarografii.
- C. oceny odpowiedzi ciśnienia tętniczego na wysiłek.
- D. kontroli objawów i niedokrwienia u pacjentów otrzymujących leczenie.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A, C i D.

Nr 7. Wzrost powyżej jakiej wielokrotności górnej granicy referencyjnej wysokoczułej troponiny (hs-cTn) świadczy o wysokim prawdopodobieństwie zawału serca?

- A. 2-krotnej.
- B. 3-krotnej.
- C. 4-krotnej.
- D. 5-krotnej.
- E. 10-krotnej.

Nr 8. Rozwarstwienie aorty wstępującej, kończące się przed pniem ramienno-głowym to według klasyfikacji DeBakeya i Stanford odpowiednio rozwarstwienie:

- A. typu I (DeBakeya); typu B (Stanford).
- B. typu I (DeBakeya); typu A (Stanford).
- C. typu II (DeBakeya); typu A (Stanford).
- D. typu II (DeBakeya); typu B (Stanford).
- E. typu III (DeBakeya); typu B (Stanford).

Nr 9. Czynniki wskazujące na konieczność zastosowania u pacjenta przedłużonej podwójnej terapii przeciwzakrzepowej (>12 miesięcy) po ostrym zespole wieńcowym bez uniesienia odcinka ST leczonym PCI, niezależnie od złożoności CAD i bez czynników wysokiego ryzyka krwawienia to:

- 1) cukrzyca wymagająca przyjmowania leków;
- 2) nadciśnienie tętnicze;
- 3) choroba z zajęciem wielu łożysk naczyniowych (CAD i PAD);
- 4) przewlekła choroba nerek z eGFR 15-59 ml/min/1,73 m²;
- 5) hiperlipemia.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4. B. 1,3,5. C. 1,3,4. D. 2,3,4. E. 3,4,5.

Nr 10. O zaburzeniach wentylacji i równowagi kwasowo-zasadowej u pacjenta z ostrą niewydolnością serca świadczy:

- A. SpO₂ <95% w oksymetrii obwodowej.
- B. PaO₂ <80 mmHg we krwi tętniczej.
- C. PaCO₂ >40 mmHg we krwi tętniczej.
- D. osoczowe stężenie mleczanów >2 mmol/l.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B i D.

Nr 11. Lewosimendan ma następujące działanie, z wyjątkiem:

- A. poprawienia kurczliwości kardiomiocytów poprzez ich uwrażliwienie na wapń i hamowanie fosfodiesterazy III.
- B. stymulowania receptorów beta-adrenergicznych i alfa-adrenergicznych.
- C. zmniejszenia oporu płucnego.
- D. redukcji oporu systemowego.
- E. zmniejszenia ciśnienia zaklinowania w kapilarach płucnych.

Nr 12. U pacjenta leczonego poprzez PCI lub zachowawczo z powodu ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST, bez wysokiego ryzyka zdarzeń niedokrwiennych, lecz z migotaniem przedsionków ze wskazaniami do doustnej antykoagulacji, czas potrójnej terapii przeciwzakrzepowej wg wytycznych ESC z 2020 roku powinien wynosić:

- A. 12 miesięcy. B. 6 miesięcy. C. 3 miesiące. D. 1 miesiąc. E. 1 tydzień.

Nr 13. Kryterium diagnostycznym ostrego zapalenia osierdza są wymienione, z wyjątkiem:

- A. ostrego bólu w klatce piersiowej zależnego od pozycji ciała.
- B. podwyższonego poziomu CRP > 5mg/l.
- C. obecności tarcia osierdziowego.
- D. uniesienia odcinka ST lub obniżenia odcinka PQ w EKG.
- E. obecności „*de novo*” lub narastania rozwarstwienia blaszek osierdza.

Nr 14. W przypadku wystąpienia przecieku okołozastawkowego po chirurgicznym wszczepieniu protezy zastawkowej aortalnej lub mitralnej bezwzględny wskazaniem do reoperacji jest:

- 1) przeciek w przebiegu infekcyjnego zapalenia wsierdza;
- 2) średni przeciek w późnym okresie pooperacyjnym;
- 3) duży przeciek graniczący z niestabilnością protezy lub niestabilność protezy;
- 4) mały przeciek o nieregularnym kształcie powodujący hemolizę;
- 5) średni przeciek wokół zastawkowej protezy biologicznej.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3. B. 1,3,4. C. 1,3,5. D. 2,3,4. E. 3,4,5.

Nr 15. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące pacjentki w ciąży z kardiomiopatią przerostową to:

- A. ryzyko zdarzeń sercowych u pacjentki wynosi 10-19%.
- B. postępowanie u pacjentki powinno być zgodne z klasą mWHO I.
- C. opiekę i poród należy zalecić w szpitalu specjalistycznym.
- D. pacjentka powinna mieć jedną lub dwie wizyty kontrolne w czasie ciąży.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A i C.

Nr 16. Leczenia hipolipemizującego statynami nie rozpoczyna się u:

- 1) chorych z niewydolnością serca bez innych wskazań do takiego leczenia;
- 2) chorych dializowanych bez choroby układu sercowo-naczyniowego na podłożu miażdżycy;
- 3) chorych ze stenozą aortalną bez innych wskazań do takiego leczenia;
- 4) pacjentek z cukrzycą, które planują ciążę;
- 5) chorych z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 1,2,3. **C.** 1,2,3,4. **D.** 1,3,5. **E.** wszystkich wymienionych.

Nr 17. Jakie jest docelowe rozkurczowe ciśnienie tętnicze u 64-letniej pacjentki ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 2?

- A.** < 90 mmHg, ale nie < 70 mmHg.
B. < 90 mmHg, ale nie < 60 mmHg.
C. < 85 mmHg.
D. < 80 mmHg, ale nie < 70 mmHg.
E. < 80 mmHg, ale nie < 60 mmHg.

Nr 18. Nową opcją terapeutyczną u pacjentów z przewlekłym zespołem wieńcowym, rytmem zatokowym i chorobą tętnic obwodowych jest:

- 1) podwójna terapia przeciwplatekowa - ASA 75 mg i kłopidogrel 75 mg;
- 2) podwójna terapia przeciwplatekowa - ASA 75 mg i tikagrelor 2 x 90 mg;
- 3) podwójna terapia przeciwplatekowa - ASA 75 mg i tikagrelor 2 x 60 mg;
- 4) leczenie skojarzone - ASA 75 mg i rywaroksaban 2 x 2,5 mg;
- 5) leczenie skojarzone - ASA 75 mg i rywaroksaban 15 lub 20 mg.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,4. **B.** 1,2,5. **C.** 2,4. **D.** 3,4. **E.** 3,5.

Nr 19. Wskazaniem do chirurgicznej wymiany zastawki aortalnej u bezobjawowych pacjentów z ciężką stenozą aortalną, prawidłową frakcją wyrzutową lewej komory oraz prawidłowym wynikiem testu wysiłkowego i niskim ryzykiem operacyjnym jest:

- A.** przepływ przez zastawkę aortalną z $V_{\max} > 5,5$ m/s.
B. ciężkie zwapnienia zastawki aortalnej i tempo zwiększania $V_{\max} \geq 0,3$ m/s/rok.
C. skurczowe ciśnienie w tętnicy płucnej w spoczynku > 50 mmHg bez innego wytłumaczenia.
D. prawdziwe są odpowiedzi A i B.
E. prawdziwe są odpowiedzi A, B i C.

Nr 20. Do grupy bardzo dużego ryzyka sercowo-naczyniowego należą pacjenci z następującymi obciążeniami chorobowymi, za wyjątkiem:

- A. cukrzyca typu 2 z mikroalbuminurią.
- B. przebytego udaru niedokrwionego mózgu.
- C. przewlekłej choroby nerek z eGFR <30 ml/min/1,73 m².
- D. miażdżycy tętnic kończyn dolnych z dystansem chodzenia 100 m.
- E. hipercholesterolemii rodzinnej bez innych głównych czynników ryzyka.

Nr 21. 46-letnia kobieta z ciśnieniem tętniczym 124/82 mmHg, tętnem 91/min, symetrycznymi obrzękami okolic kostek, negująca krwioplucie, niedawny uraz lub operację, nie przyjmująca dotychczas żadnych leków, z saturacją 95% i wynikiem stężeniem D-dimerów 1.900 µg/l zgłasza się ze skierowaniem do szpitala z podejrzeniem zatorowości płucnej. Dalsze postępowanie to:

- A. powtórne badanie stężenia D-dimerów.
- B. angiografia płucna metodą tomografii komputerowej.
- C. płaszczynowa scyntygrafia wentylacyjno-perfuzyjna (V/Q).
- D. echokardiografia przezprzełykowa.
- E. żadne z wymienionych.

Nr 22. 79-letni pacjent, z wieloletnim nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą niewydolnością serca, chorobą refluksową żołądka, po licznych operacjach onkologicznych - ostatnia przed 6 laty, zgłosił się do Poradni Kardiologicznej z typowymi dolegliwościami stenokardialnymi spełniającymi kryteria przewlekłego zespołu wieńcowego. Najwłaściwsze postępowanie w ambulatorium to:

- A. skierowanie na oddział kardiologiczny.
- B. elektrokardiograficzna próba wysiłkowa.
- C. tomografia tętnic wieńcowych.
- D. scyntygrafia perfuzyjna mięśnia sercowego.
- E. leczenie farmakologiczne.

Nr 23. W rekomendowanej farmakoterapii ostrego zapalenia mięśnia sercowego nie ma zastosowania:

- A. immunosupresja.
- B. immunomodulacja.
- C. immunoadsorpcja.
- D. interferon.
- E. dożylny wlew wysokich dawek immunoglobulin.

Nr 24. U 23-letniego pacjenta stabilnego hemodynamicznie z niewydolnością serca na tle zapalenia mięśnia sercowego rekomendowane są:

- 1) wysokie dawki leków przeciwzapalnych;
- 2) inhibitor konwertazy;
- 3) β-adrenolityk;
- 4) antagonistą aldosteronu;
- 5) diuretyk.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4.
- B. 1,3,4,5.
- C. wszystkie wymienione.
- D. 2,3,4,5.
- E. 3,4,5.

Nr 25. W diagnostyce zapalenia mięśnia sercowego metoda rezonansu magnetycznego rutynowo wykorzystuje:

- 1) pomiar intensywności sygnału mięśnia sercowego w sekwencjach T2-zależnych;
- 2) wczesne wzmocnienie kontrastowe;
- 3) późne wzmocnienie kontrastowe;
- 4) impuls tłumiący sygnał tłuszczu;
- 5) impuls tłumiący sygnał zdrowego mięśnia.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,4. **B.** 1,3,4. **C.** wszystkie wymienione. **D.** 2,4,5. **E.** 3,4,5.

Nr 26. Zasadniczym celem biopsji endomiokardialnej w zapaleniu mięśnia sercowego nie jest:

- A.** rozpoznanie lub wykluczenie choroby Kawasaki.
B. rozpoznanie lub wykluczenie choroby Chagasa.
C. rozpoznanie lub wykluczenie sarkoidozy.
D. kwalifikacja do leczenia immunosupresyjnego.
E. kwalifikacja do leczenia przeciwwirusowego.

Nr 27. Do typowego obrazu tzw. piorunującego zapalenia mięśnia sercowego nie należą:

- A.** regionalne zaburzenia kurczliwości mięśnia lewej komory.
B. uogólnione zaburzenia kurczliwości mięśnia lewej komory.
C. pogrubienie mięśnia lewej komory.
D. poszerzenie jam serca.
E. dysfunkcja skurczowa prawej komory serca.

Nr 28. Kardiomiopatię zapalną w fazie ostrej rozpoznaje się w przypadku:

- 1) dysfunkcji mięśnia lewej komory;
- 2) uogólnionego odczynu zapalnego;
- 3) zapalnego nacieku myokardium;
- 4) martwicy miocytów;
- 5) zwyrodnienia miocytów.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2. **B.** 1,3. **C.** 1,3,4. **D.** 2,3,5. **E.** 2,4.

Nr 29. Wskaż zalecane w wytycznych leczenie farmakologiczne u chorego z klirensiem kreatyniny 16 ml/min kilka miesięcy po zatorowości płucnej pośredniego ryzyka:

- A.** clopidogrel 75 mg. **D.** apixaban 2 x 2,5 mg.
B. dabigatran 2 x 110 mg. **E.** kwas acetylosalicylowy 75 mg.
C. riwaroksaban 20 mg.

Nr 30. Zgodnie z wytycznymi postępowania w zatorowości płucnej z 2019 roku heparyny drobnocząsteczkowej zamiast heparyny niefrakcjonowanej **nie zaleca** się w przypadku:

- A. małopłytkowości poheparynowej.
- B. utrudnionego dostępu do laboratoryjnych oznaczeń anty-Xa.
- C. klirensu kreatyniny <60 ml/min.
- D. znacznej otyłości.
- E. podwyższonego ryzyka krwawienia.

Nr 31. U pacjenta z rozpoznaną zatorowości płucną pośredniego ryzyka wskaż **niewłaściwe** leczenie inicjujące:

- A. tromboliza.
- B. heparyna drobnocząsteczkowa.
- C. heparyna niefrakcjonowana.
- D. riwaroxaban.
- E. dabigatran.

Nr 32. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi zaleca się suplementację tlenu u pacjentów z zatorowością płucną i saturacją niższą niż:

- A. 95%.
- B. 90%.
- C. 85%.
- D. 80%.
- E. zaleca się suplementację tlenu niezależnie od wartości saturacji.

Nr 33. U 68-letniego mężczyzny z ciśnieniem tętniczym 94/62 mmHg, tętnem 115/min, symetrycznymi obrzękami, bez krwiotłucia, z saturacją 93% z podejrzeniem klinicznym zatorowości płucnej stwierdzasz stężenie D-dimerów 540 µg/l przy GFR >60 ml/min. Dalsze postępowanie to:

- A. powtórne badanie stężenia D-dimerów.
- B. angiografia płucna metodą tomografii komputerowej.
- C. płaszczynowa scyntygrafia wentylacyjno-perfuzyjna (V/Q).
- D. echokardiografia przezprzełykowa.
- E. żadne z wymienionych.

Nr 34. Do obrazu echokardiograficznego przeciążenia prawej komory w zatorowości płucnej **nie należy**:

- A. zwiększona skurczowa amplituda ruchu pierścienia trójdzielnego TAPSE >16 mm.
- B. zmniejszenie zapadania się żyły głównej dolnej podczas wdechu.
- C. czas akceleracji wyrzutu krwi do tętnicy płucnej <60 ms.
- D. szczytowy gradient skurczowy przez zastawkę trójdzielną <60 mmHg.
- E. zazębienie ramienia zstępującego profilu wyrzutu krwi do tętnicy płucnej.

Nr 35. 34-letnia kobieta została przywieziona do izby przyjęć po pełnej utracie przytomności podczas wysiłku fizycznego. Przy przyjęciu ASM 80/min, RR 130/70 mmHg na obu kończynach górnych. Uwagę zwracał głośny szmer skurczowy wzdłuż lewego brzegu mostka promieniujący do koniuszka i prawej górnej krawędzi mostka. Głośność szmeru wzrastała w pozycji stojącej. Jakie rozpoznanie jest najbardziej prawdopodobne?

- A. ubytek przegrody międzykomorowej.
- B. kardiomiopatia przerostowa z zawężaniem drogi odpływu.
- C. zwężenie zastawki aortalnej.
- D. niedomykalność mitralna.
- E. koarktacja aorty.

Nr 36. Które z wymienionych stwierdzeń dotyczących stanów nagłych w nadciśnieniu tętniczym jest **falszywe**?

- A. w ostrym kardiogenym obrzęku płuc należy natychmiast obniżyć wartość ciśnienia skurczowego <140 mmHg.
- B. w ostrym uszkodzeniu aorty należy natychmiast obniżyć wartość ciśnienia tętniczego <140 mmHg i częstość akcji serca < 60/min.
- C. w udarze niedokrwinnym mózgu przebiegającym z wartościami ciśnienia tętniczego >220/120 mmHg należy zredukować wartość średniego ciśnienia tętniczego o 15%.
- D. w udarze niedokrwinnym zakwalifikowanym do leczenia trombolitycznego należy obniżyć wartości ciśnienia tętniczego <180/110 mmHg.
- E. w stanie przedzrzucawkowym należy natychmiast obniżyć wartości ciśnienia tętniczego poniżej 160/105 mmHg.

Nr 37. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące przedoperacyjnej oceny pacjenta:

- A. do operacji wysokiego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych należą operacje aorty i dużych naczyń oraz zabiegi w obrębie kończyn dolnych (otwarta rewaskularyzacja, amputacja, tromboembolektomia).
- B. do operacji niskiego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych należą operacje sutka i tarczycy.
- C. do oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów obciążonych kardiologicznie zaleca się wykorzystanie modelu NSQIP lub wskaźnika ryzyka Lee.
- D. dodatkowe badania nieinwazyjne zaleca się u pacjentów z wydolnością fizyczną < 10 MET.
- E. wskazania do przedoperacyjnej koronarografii i rewaskularyzacji są podobne jak w sytuacjach niechirurgicznych.

Nr 38. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące ostrego rozwarstwienia aorty:

- A. typ I wg. klasyfikacji DeBakeya obejmuje rozwarstwienie ograniczone do aorty wstępującej.
- B. deficyt tętna obserwowany w ostrym rozwarstwieniu aorty jest objawem patognomonicznym i dotyczy 75% przypadków.
- C. wstrząs kardiogeny w przebiegu ostrego rozwarstwienia aorty może być następstwem ostrej niedomykalności zastawki aortalnej, rozległego niedokrwienia mięśnia sercowego lub tamponady.
- D. objawy związane z niedokrwieniem krezki są częste i dotyczą ponad połowy pacjentów z ostrym rozwarstwieniem aorty.
- E. ostre rozwarstwienie aorty częściej występuje u kobiet.

Nr 39. Niedokrwienie mięśnia sercowego może wystąpić u pacjenta leczonego następującymi lekami onkologicznymi, z wyjątkiem:

- A. 5-fluorouracylu.
- B. mitoksantronu.
- C. bewacyzumabu.
- D. kapecytabiny.
- E. docetakselu.

Nr 40. Pacjent z niewydolnością serca w klasie NYHA III i zespołem QRS <130 ms. Jaki scenariusz kliniczny dopuszcza implantację CRT?

- A. objawy niewydolności serca u chorego z kardiomiopatią przerostową, z istotnym zawężaniem drogi odpływu lewej komory z rytmem zatokowym i LVEF <35%.
- B. modernizacja z konwencjonalnego układu stymulującego lub ICD, w przypadku LVEF <35% i wysokim odsetkiem stymulacji komorowej.
- C. u wybranych pacjentów z ostrą i szybko pogarszającą się skrajną niewydolnością serca jako leczenie pomostowe do czasu implantacji LVAD, ew. HTX.
- D. współwystępowanie ciężkiej czynnościowej niedomykalności zastawki mitralnej jako leczenie pomostowe do implantacji MITRA-CLIP.
- E. żaden, dowody naukowe jednoznacznie wskazują, że implantacja CRT u chorych z QRS <120 ms nie przynosi korzyści.

Nr 41. Wskaż fałszywe stwierdzenie dotyczące echokardiograficznej oceny lewego przedsionka (LA):

- A. wymiar LA należy oceniać w końcowej fazie skurczu, tuż przed otwarciem zastawki mitralnej.
- B. LA jest jamą asymetryczną, stąd jego wielkość lepiej odzwierciedla pole powierzchni niż objętość.
- C. mierząc pole LA nie należy uwzględniać jego uszka i ujść żył płucnych.
- D. indeksowana objętość LA powinna być standardem jego oceny.
- E. wymiar LA można oceniać w projekcji przymostkowej, osi długiej.

Nr 42. Zalecanym lekiem w prewencji wystąpienia pooperacyjnego migotania przedsionków **nie jest**:

- A. propranolol.
- B. karwedilol.
- C. amiodaron.
- D. beta bloker w połączeniu z amiodaronem.
- E. propafenon.

Nr 43. U ciężarnej kobiety ze stabilnym hemodynamicznie przetrwałym migotaniem przedsionków należy rozważyć kardiowersję elektryczną, jeśli stwierdza się następującą chorobę serca:

- A. kardiomiopatię rozstrzeniową.
- B. arytmogenną kardiomiopatię prawej komory.
- C. kardiomiopatię przerostową.
- D. stenozę mitralną.
- E. jeśli migotanie przedsionków jest stabilne hemodynamicznie, to w ciąży nigdy nie ma wskazań do wykonania kardiowersji elektrycznej.

Nr 44. U chorego z migotaniem przedsionków, który przebył udar niedokrwienny mózgu, leczenie przeciwzakrzepowe należy rozpocząć lub przywrócić w następujący sposób:

- A. pełna dawka antagonisty witaminy K najpóźniej do 24. godziny od udaru.
- B. pełna dawka NOAC najpóźniej do 24. godziny od udaru.
- C. terapeutyczna dawka drobnocząsteczkowej heparyny najpóźniej do 36. godziny od udaru.
- D. w ostrej fazie udaru preferowana jest heparyna niefrakcjonowana.
- E. nie należy stosować żadnego leku przeciwzakrzepowego w ciągu pierwszych 48 godzin od wystąpienia udaru.

Nr 45. U chorego z migotaniem przedsionków, który przebył ostry zespół wieńcowy z implantacją stentu, jest na typowej potrójnej terapii przeciwzakrzepowej i ma wysokie ryzyko powikłań krwotocznych, jeden lek przeciwplatekarny można najwcześniej odstawić po:

- A. 2 dniach.
- B. 1 tygodniu.
- C. 4 tygodniach.
- D. 3 miesiącach.
- E. 6 miesiącach.

Nr 46. U chorego z napadowym migotaniem przedsionków i niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową w celu utrzymania rytmu zatokowego przewlekłe można stosować:

- A. sotalol.
- B. amiodaron.
- C. werapamil.
- D. propafenon.
- E. żaden z wymienionych.

Nr 47. U chorych leczonych doustnymi antagonistami witaminy K zalecany minimalny czas pozostawania w oknie terapeutycznym (INR) pomiędzy 2.0 a 3.0 wynosi:

- A. >30%.
- B. >50%.
- C. >70%.
- D. >90%.
- E. nie ma zalecanej wartości tego parametru.

Nr 48. Wybierz właściwą definicję nasilenia objawów w skali EHRA u chorych z migotaniem przedsionków:

- A. EHRA=0 to brak objawów.
- B. EHRA=4 to umiarkowane natężenie objawów.
- C. EHRA=3 to objawy powodujące istotne utrudnienie codziennej aktywności.
- D. EHRA=1 to objawy zmuszające do zaprzestania codziennej aktywności.
- E. EHRA=5 to objawy wymagające pilnej hospitalizacji.

Nr 49. U chorego z utrwalonym migotaniem przedsionków najważniejszym kryterium do stosowania blokerów kanału wapniowego w celu zwolnienia rytmu komór jest:

- A. wielkość frakcji wyrzutowej lewej komory.
- B. obecność nadciśnienia tętniczego.
- C. etiologia migotania przedsionków.
- D. częstotliwość rytmu komór.
- E. nasilenie objawów związanych z szybkim rytmem serca.

Nr 50. Ablacja podłoża migotania przedsionków jest zalecana (klasa I) w następujących sytuacjach:

- A. u chorych z napadowym migotaniem przedsionków po nieskutecznym leczeniu farmakologicznym.
- B. u chorych z przetrwałym migotaniem przedsionków po nieskutecznym leczeniu farmakologicznym.
- C. u tych chorych, u których migotanie przedsionków prowadzi do niewydolności serca (tachykardiomiopatia).
- D. u chorych z preekscytacją i migotaniem przedsionków.
- E. wszystkich wymienionych.

Nr 51. W której z wymienionych chorób serca można rozważyć uprawianie sportu?

- A. zespół długiego QT z QTc = 550 ms na przewlekłym leczeniu beta blokerem.
- B. arytmogenna kardiomiopatia prawej komory z prawidłowym fenotypem.
- C. zespół Brugadów bezobjawowy, a wysiłek nie powoduje wzrostu temperatury ciała $>39^{\circ}\text{C}$.
- D. kardiomiopatia przerostowa z jednym czynnikiem ryzyka.
- E. żadnej z wymienionych.

Nr 52. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące skali oceny ryzyka SCORE:

- 1) ocenia 10-letnie ryzyko zgonu w przebiegu chorób sercowo-naczyniowych;
- 2) ocenia 10-letnie ryzyko zawału serca i udaru mózgu;
- 3) uwzględnia płeć, palenie tytoniu, wiek, tętnicze ciśnienie skurczowe i stężenie cholesterolu LDL;
- 4) uwzględnia płeć, palenie tytoniu, wiek, tętnicze ciśnienie skurczowe i stężenie cholesterolu całkowitego;
- 5) istnieje osobna skala opracowana dla populacji Polski.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3. B. 1,4,5. C. 2,4. D. 2,4,5. E. wszystkie wymienione.

Nr 53. Postępowanie w arytmogenicznej kardiomiopatii prawokomorowej obejmuje:

- 1) wykonanie badania elektrofizjologicznego serca u każdego pacjenta w celu oceny ryzyka nagłego zgonu sercowego;
- 2) zastosowanie leków antyarytmicznych klasy IC u wybranych pacjentów;
- 3) stosowanie beta-blokerów przy nietrwałych częstoskurczach komorowych lub licznej ekstrasystolii komorowej;
- 4) wszczepienie ICD u pacjentów z epizodami niestabilnego hemodynamicznie częstoskurczu komorowego;
- 5) unikanie systematycznego treningu fizycznego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4. B. 2,3,4. C. 2,3,5. D. 3,4,5. E. wszystkie wymienione.

Nr 54. W diagnostyce i leczeniu komorowych zaburzeń rytmu w kardiomiopatii rozstrzeniowej nie zaleca się:

- A. beta-blokerów.
- B. poszukiwania czynników arytmogennych.
- C. blokerów kanału sodowego, dronedaronu.
- D. wszczepienia ICD przy niestabilnym hemodynamicznie VT.
- E. rozważenia programowanej stymulacji komór w kwalifikacji do ICD.

Nr 55. W czasie badania elektrofizjologicznego serca stopniowana (przyspieszana) stymulacja przedsionka u pacjenta bez zaburzeń przewodzenia p-k powoduje:

- A. stopniowe skracanie odstępu AH.
- B. odstęp AH jest stały.
- C. stopniowe wydłużanie odstępu AH.
- D. stopniowe wydłużanie odstępu HV.
- E. odstęp AH początkowo się wydłuża, potem skraca.

Nr 56. Częstoskurcz komorowy pęczkowy pochodzący z lewej komory:

- 1) jest zwykle wrażliwy na werapamil;
- 2) może być sprowokowany stymulacją przedsionka;
- 3) ma najczęściej morfologię RBBB i odchylenie osi elektrycznej w lewo;
- 4) ma najczęściej morfologię LBBB i odchylenie osi elektrycznej w lewo;
- 5) celem ablacji jest zablokowanie prawej odnogi pęczka Hisa.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3. B. 1,4,5. C. 2,3,5. D. 2,4. E. 3,5.

Nr 57. Napadowe migotanie przedsionków u pacjenta z przewlekłą niewydolnością serca:

- 1) stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do terapii resynchronizującej;
- 2) należy rozważyć CRT-P/CRT-D i izolację żył płucnych;
- 3) należy rozważyć CRT-P/CRT-D i uzyskać wysoki odsetek stymulacji bi-wentrikularnej;
- 4) należy rozważyć CRT-P/CRT-D i u wszystkich chorych wykonać ablację łącza przedsionkowo-komorowego;
- 5) przed zastosowaniem CRT-P/CRT-D należy zoptymalizować farmakoterapię niewydolności serca i terapię przeciwzakrzepową.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4. B. 2,3,5. C. 1,4,5. D. 3,4,5. E. wszystkie wymienione.

Nr 58. Miarowy częstoskurcz z szerokimi zespołami QRS u pacjenta z cechami preekscytacji w spoczynkowym EKG może być:

- 1) częstoskurczem przedsionkowym z przewodzeniem AV drogą dodatkową;
- 2) migotaniem przedsionków z przewodzeniem AV drogą dodatkową;
- 3) antydromowym częstoskurczem z dużą pętlą *reentry*;
- 4) częstoskurczem komorowym;
- 5) częstoskurczem węzłowym nawrotnym z przewodzeniem AV łączem przedsionkowo-komorowym.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2. B. 1,2,3. C. 1,3,4. D. 2,3,5. E. wszystkie wymienione.

Nr 59. W EKG pacjenta z jawnym zespołem WPW fala delta:

- 1) jest zawsze dodatnia;
- 2) reprezentuje aktywację komory przez łącznie p-k;
- 3) jest zwykle ujemna w V1 przy drogach prawostronnych;
- 4) im większa fala delta, tym większe zaburzenia repolaryzacji komór;
- 5) szczególnie w odpr. II i III może imitować patologiczny załamek Q.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,4. **B.** 1,2,3. **C.** 2,3,5. **D.** 3,4,5. **E.** żadna z wymienionych.

Nr 60. W arytmogennej kardiomiopatii prawokomorowej:

- 1) pierwszym objawem choroby może być nagły zgon;
- 2) może dojść do zajęcia procesem chorobowym lewej komory;
- 3) pierwsze objawy występują zwykle po 40. r.ż.;
- 4) częstoskurcz komorowy ma najczęściej morfologię LBBB;
- 5) choroba częściej występuje u mężczyzn.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. żadna z wymienionych. **B.** 1,2,3. **C.** 1,2,4. **D.** 2,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 61. Wskaż jakie cechy EKG w częstoskurczu z szerokimi zespołami QRS sugerują komorowe pochodzenie arytmii:

- 1) obecność pobudzeń zsumowanych;
- 2) rozkojarzenie AV (rytm komór > rytm przedsionków);
- 3) odstęp RS > 50 ms w dowolnym odprowadzeniu kończynowym;
- 4) QRS w odprowadzeniach V₁-V₆ zgodnie dodatni;
- 5) QRS w odprowadzeniach V₁-V₃ zgodnie dodatni, V₄-V₆ zgodnie ujemny.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,2,4. **C.** 1,2,5. **D.** 2,3,5. **E.** 1,3,5.

Nr 62. Czwarty ton serca (IV, S4):

- 1) powstaje we wczesnym rozkurczu w czasie szybkiego, biernego napływu krwi do lewej komory;
- 2) powstaje w końcowej fazie rozkurczu;
- 3) jest wykładnikiem upośledzonej podatności lewej komory;
- 4) występuje także przy migotaniu przedsionków;
- 5) razem z tonami podstawowymi tworzy rytm cwałowy.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,3,4. **B.** 1,3,5. **C.** 2,3,4. **D.** 2,3,5. **E.** 3,4,5.

Nr 63. Podskórny kardiowerter-defibrylator serca (S-ICD):

- 1) wykonuje defibrylację/kardiowersję impulsem o energii do 40 J;
- 2) analizuje wewnątrzsercowy sygnał komorowy;
- 3) jest umieszczony na bocznej ścianie klatki piersiowej;
- 4) umożliwia krótkotrwałą stymulację serca po wyładowaniu;
- 5) umożliwia stymulację sekwencyjną przy bradykardii.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,3. **B.** 1,4. **C.** 2,4. **D.** 3,4. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 64. Czynniki prognostycznymi nagłego zgonu sercowego u chorych z kardiomiopatią przerostową (HCM) są:

- 1) wywiad AF;
- 2) hipotonia podczas próby wysiłkowej;
- 3) wywiad rodzinny nagłego zgonu sercowego związany z HCM;
- 4) obecność późnego wzmocnienia kontrastowego w MRI $\geq 15\%$ masy lewej komory;
- 5) grubość ściany lewej komory > 20 mm.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 2,3,4. **C.** 2,3,5. **D.** 1,2,4. **E.** 3,4,5.

Nr 65. Leczeniem pierwszego rzutu w nawracającym zapaleniu osierdza jest/są:

- 1) kwas acetylosalicykowy i kolchicina;
- 2) NSAID i kolchicina;
- 3) ograniczenie wysiłku fizycznego;
- 4) kortykosteroidy;
- 5) dożylnie immunoglobuliny lub azatiopryna.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 2,3,4. **C.** 2,3,5. **D.** 1,2,4. **E.** 3,4,5.

Nr 66. Bezelektrodowy stymulator serca ma szczególne zastosowanie w przypadku:

- 1) niedrożności żyły głównej górnej na tle przewlekłej zakrzepicy;
- 2) konieczności uzyskania stymulacji sekwencyjnej;
- 3) po infekcjach loży stymulatora w obu okolicach podobojczykowych;
- 4) choroby węzła zatokowego u pacjentów z otyłością olbrzymią;
- 5) objawowej bradyarytmii w przebiegu utrwalonego migotania przedsionków u osób bardzo szczupłych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,4. **B.** 1,3,5. **C.** 2,3,4. **D.** 2,4,5. **E.** wszystkich wymienionych.

Nr 67. Jaka jest metoda referencyjna pomiaru rzutu serca u chorych w ciężkim wstrząsie o mechanizmie złożonym, zwłaszcza współistniejącym z zespołem ostrej niewydolności oddechowej?

- A.** pomiar bioimpedancji elektrycznej klatki piersiowej.
B. przezpłucna dylucja chlorku litu.
C. ocena echokardiograficzna dopplerowska.
D. pomiar z użyciem cewnika wprowadzonego do tętnicy płucnej.
E. pletyzmograficzna analiza fali tętna.

Nr 68. W której grupie wiekowej pacjentów bez choroby strukturalnej serca i dysfunkcji skurczowej lewej komory, przedwczesne pobudzenia komorowe w liczbie 700 w ciągu doby (w tym pary ExV) stwierdzone w 24 godzinnym badaniu Holter EKG, mogą być interpretowane jako wynik prawidłowy?

- A. poniżej 30. roku życia.
- B. pomiędzy 31. a 40. rokiem życia.
- C. pomiędzy 41. a 50. rokiem życia.
- D. pomiędzy 51. a 60. rokiem życia.
- E. powyżej 60. roku życia.

Nr 69. Która z przedstawionych sytuacji klinicznych wiąże się z dużym prawdopodobieństwem trafnego rozpoznania zespołu długiego QT według punktowego algorytmu opracowanego przez Schwartza i wsp.?

- A. omdlenia nie związane z wysiłkiem fizycznym oraz QTc ≥ 480 ms w 4. minucie *recovery* próby wysiłkowej.
- B. QTc ≥ 480 ms oraz wywiad rodzinny niewyjaśnionego nagłego zgonu przed 30 rokiem życia.
- C. częstoskurcze komorowe typu *torsade de pointes* oraz wrodzona głuchota.
- D. QTc wynoszący 470 ms oraz naprzemiennosc załamek T.
- E. rozdwojone załamki T w dwóch odprowadzeniach EKG oraz omdlenia związane z wysiłkiem fizycznym.

Nr 70. Za zjawiskiem tzw. „pamięci elektrycznej” („pamięci sercowej”), a przeciwko niedokrwieniu mięśnia sercowego u chorego z wszczepionym kardiostymulatorem oraz rytmem własnym, w trakcie którego stwierdza się obecność ujemnych załamek T w odprowadzenia przedsercowych, przemawia współistnienie następujących cech elektrokardiograficznych:

- 1) dodatnie załamki T w odprowadzeniu aVL;
- 2) dodatnie lub płaskie załamki T w odprowadzeniu I;
- 3) amplituda najgłębszych ujemnych załamek T w odprowadzeniach przedsercowych większa od amplitudy ujemnych załamek T w odprowadzeniu II;
- 4) amplituda najgłębszych ujemnych załamek T w odprowadzeniach przedsercowych większa od amplitudy ujemnych załamek T w odprowadzeniu III;
- 5) dodatnie załamki T w odprowadzeniu aVF.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4.
- B. 1,2,3.
- C. 2,3,4.
- D. 3,4,5.
- E. 1,2,5.

Nr 71. W leczeniu chorych po przeszczepie serca, u których stwierdza się polekową niewydolność nerek w leczeniu immunosupresyjnym należy zastosować:

- A. cyklosporynę z azatiopryną.
- B. azatioprynę z mykofenolanem mofetylu.
- C. mykofenolan mofetylu z cyklosporyną.
- D. eworilimus z cyklosporyną oraz prednizolonem.
- E. takrolimus z mykofenolanem mofetylu.

Nr 72. W warunkach prawidłowych wysycenie tlenem krwi wynosi:

- A. w żyle głównej dolnej - 70%, w pniu płucnym - 75%, w lewej komorze - 95%.
- B. w żyle głównej górnej - 80%, w prawej komorze - 75%, w lewej komorze - 90%.
- C. w żyle głównej dolnej - 80%, w pniu płucnym - 80%, w lewym przedsionku - 95%.
- D. w żyle głównej górnej - 70%, w prawym przedsionku - 75%, w lewym przedsionku - 95%.
- E. w prawym przedsionku - 75%, w lewym przedsionku - 95%, w lewej komorze - 90%.

Nr 73. Do przyczyn wstrząsu obturacyjnego należą:

- A. ostra niewydolność nadnerczy.
- B. guz serca oraz odma prężna.
- C. zatorowość płucna oraz utrata znacznej ilości krwi w wyniku urazu.
- D. skrzeplina w jamach serca oraz zespół Lyella.
- E. zespół ciasnoty śródbrzuszej oraz długotrwała hipotensja ortostatyczna.

Nr 74. W celu poprawy rokowania chorych z przewlekłymi objawami dławicowymi wykonuje się rewaskularyzację wieńcową w przypadku:

- A. udokumentowanego niedokrwienia oraz zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej >50%.
- B. zwężenia jedynej drożnej tętnicy wieńcowej oraz wyniku oceny cząstkowej rezerwy przepływu (FFR) >90.
- C. zwężenia >50% w środkowym odcinku gałęzi międzykomorowej przedniej w przypadku udokumentowanego niedokrwienia.
- D. udokumentowanego obszaru niedokrwienia mięśnia sercowego >5%.
- E. zwężenia >50% dominującej prawej tętnicy wieńcowej.

Nr 75. Przeciwwskazaniem **bezwzględny** do zastosowania leczenia fibrynolitycznego **nie jest**:

- A. przebyty udar niedokrwienno 3 miesiące wcześniej.
- B. nakłucie lędźwiowe wykonane 48 godzin wcześniej.
- C. uraz głowy przebyty 14 dni wcześniej.
- D. malformacja tętniczo-żylna OUN.
- E. krwawienie żołądkowo-jelitowe przebyte 2 tygodnie wcześniej.

Nr 76. U którego bezobjawowego pacjenta z tętniakiem aorty wstępującej należy rozważyć leczenie inwazyjne?

- A. 18-letniej pacjentki, u której średnica opuszki aorty wynosi 39 mm.
- B. 35-letniego pacjenta z zespołem Marfana i średnicą opuszki aorty 42 mm.
- C. 55-letniego pacjenta bez zespołu Marfana i średnicą opuszki aorty 51 mm.
- D. 60-letnią pacjentkę z dwupłatkową zastawką aorty oraz średnicą opuszki aorty 46 mm.
- E. 52-letniej chorej z zespołem Turnera oraz wymiarem opuszki aorty – 29 mm/m² powierzchni ciała.

Nr 77. U którego z pacjentów należy rozważyć zastosowanie pozaustrojowej oksygenacji przezbłonowej (ECMO)?

- A. u 28-letniego chorego z zatrzymaniem krążenia oraz hipotermią (temp. 31°C).
- B. u 55-letniego chorego we wstrząsie kardiogenym, w przypadku nieskuteczności wcześniejszych sposobów leczenia, w tym stosowania leków inotropowych.
- C. u 85-letniego chorego z kolejnym infekcyjnym zaostrzeniem przewlekłej niewydolności serca przed zastosowaniem leków inotropowych.
- D. u 42-letniego chorego z zespołem małego rzutu po operacji kardiochirurgicznej wentylowanego mechanicznie przez okres 14 dni z $\text{FiO}_2 > 90\%$ oraz ciśnieniem plateau $> 35 \text{ cm H}_2\text{O}$.
- E. 75-letniego chorego z niewydolnością serca leczonego wysokimi dawkami leków immunosupresyjnych z powodu toczenia oraz wywiadem małopłytkowości poheparynowej.

Nr 78. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące terapii inhibitorami konwertazy angiotensyny (ACEI):

- A. u kobiety leczonej z powodu nadciśnienia tętniczego perindoprilem można kontynuować terapię w trakcie ciąży.
- B. u kobiety karmiącej piersią dopuszczalne jest stosowanie enalaprylu należy wówczas monitorować masę ciała noworodka.
- C. stężenie kreatyniny w surowicy $> 2,0 \text{ mg/dl}$ stanowi przeciwwskazanie bezwzględne do stosowania ACEI.
- D. kaszel w przypadku zastosowania ACEI częściej występuje u mężczyzn.
- E. obrzęk naczynioruchowy występuje u ok. 5% leczonych pacjentów.

Nr 79. U którego z chorych ryzyko małopłytkowości wywołanej przez heparynę (HIT) można określić jako pośrednie (0,1-1%)?

- A. 28-letnia ciężarna otrzymująca HDCz w dawce profilaktycznej.
- B. 22-letnia ciężarna otrzymująca heparynę niefrakcjonowaną (HNF) w dawce profilaktycznej.
- C. 65-letni pacjent po niewielkim urazie kolana leczony zachowawczo HDCz, nieleczonej wcześniej HNF.
- D. 55-letni pacjent po rozległej operacji brzusznej z powodu zatoru naczyń kręgowych leczony HNF.
- E. 45-letni chory ze sztuczną zastawką mitralną, po urazie wielonarządowym leczony HNF.

Nr 80. Wskaż prawidłowe postępowania w przypadku zmiany doustnej terapii przeciwkrzepliwej:

- A. u chorego leczonego dotychczas za pomocą VKA, dabigatran można włączyć, gdy INR wynosi $< 2,5$.
- B. u chorego leczonego dotychczas VKA, apiksaban można włączyć, gdy INR wynosi > 3 .
- C. zmiana leczenia z rywaroksabanu na VKA wymaga odstawienia rywaroksabanu oraz podania jednorazowo dodatkowej dawki HDCz oraz VKA w dawce nasycającej.
- D. zmiana leczenia z apiksabanu na VKA wymaga zastosowania obu leków do uzyskania INR $> 1,5$.
- E. u chorych z żylną chorobą zakrzepowo-zatorową leczonych dotychczas VKA rywaroksaban można włączyć przy INR $< 2,5$.

Nr 81. Do echokardiograficznych (echokardiografia przezklatkowa) cech tamponady serca zalicza się:

- A.** nagromadzenie płynu w worku osierdziowym, poszerzenie żyły głównej górnej (bez jej zapadania się w czasie wdechu), zmniejszenie przepływu przez zastawkę trójdzielną $>50\%$ w trakcie wdechu.
- B.** rozkurczowe zapadanie się prawego przedsionka, poszerzenie żyły głównej dolnej (bez jej zapadania się w trakcie wdechu), zmienność oddechowa szybkości napływu krwi przez zastawkę dwudzielną $>25\%$.
- C.** nagromadzenie płynu w worku osierdziowym, skurczowe zapadanie się prawego przedsionka, zwiększenie się przepływu przez zastawkę mitralną w trakcie wdechu.
- D.** rozkurczowe zapadanie się lewego przedsionka, poszerzenie żyły głównej dolnej (z zapadaniem się jej w trakcie wdechu), zmniejszenie przepływu przez zastawkę trójdzielną w czasie wdechu.
- E.** nagromadzenie się płynu w worku osierdziowym, skurczowe zapadanie się lewej komory, brak zmienności oddechowej przepływu przez zastawkę trójdzielną.

Nr 82. U 50-letniego chorego z ubytkiem ASD II i dużym przeciekiem lewo-prawym spodziewane odległe następstwa to:

- 1) poszerzenie jamy prawej komory;
- 2) redukcja EF lewej komory;
- 3) istotna niedomykalność zastawki mitralnej;
- 4) istotna niedomykalność zastawki trójdzielnej;
- 5) migotanie przedsionków.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,4,5. **B.** 1,3. **C.** 1,4. **D.** 2,4,5. **E.** 1,4,5.

Nr 83. U 20-letniej bezobjawowej kobiety stwierdzono szmer ciągły w lewej okolicy podobojczykowej. RTG klatki piersiowej uwidocznili zwiększony przepływ płucny, poszerzona aorta i uwypuklenie pnia płucnego. Chora została skierowana na badanie echokardiograficzne z podejrzeniem:

- A.** przetrwałego przewodu tętniczego.
- B.** wady zastawki aortalnej.
- C.** ubytku przegrody międzykomorowej z niedomykalnością zastawki aortalnej.
- D.** poreumatycznej wady zastawki mitralnej.
- E.** zespołu Eisenmengera.

Nr 84. Do typowych odległych następstw po operacji sposobem Fontan zalicza się:

- A.** dysfunkcję wątroby.
- B.** niewydolność serca.
- C.** arytmie przedsionkową.
- D.** enteropatię wysiękową.
- E.** wszystkie wymienione.

Nr 85. Do powikłań wieloletniej desaturacji u chorych z zespołem Eisenmengera nie zalicza się:

- A. niewydolności nerek.
- B. kamicy moczanowej.
- C. kamicy pęcherzyka żółciowego.
- D. odmy opłucnowej.
- E. skazy krwotocznej.

Nr 86. U pacjenta z ostrą niewydolnością serca bez i z POChP, który miał wskazania do włączenia tlenoterapii, docelowe wysycenie krwi tętniczej tlenem (SaO_2) wynosi:

- A. bez POChP - 80%; z POChP - 80%.
- B. bez POChP - 85%; z POChP - 80%.
- C. bez POChP - 90%; z POChP - 85%.
- D. bez POChP - 95%; z POChP - 90%.
- E. bez POChP - 100%; z POChP - 95%.

Nr 87. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące tętniczego nadciśnienia płucnego w przebiegu wady wrodzonej serca:

- A. może być spowodowane wrodzonym zwężeniem zastawki mitralnej.
- B. charakteryzuje się niskim płucnym oporem naczyniowym ($<3,0$ jednostek Wooda).
- C. w przebiegu zespołu Eisenmengera stwierdza się desaturację krwi tętniczej.
- D. właściwa farmakoterapia normalizuje wartości naczyniowego oporu płucnego.
- E. korekcja wady przeciekowej zawsze zapobiega rozwojowi tętniczego nadciśnienia płucnego.

Nr 88. Do częstych odległych następstw korekcji przedsionkowej (fizjologicznej, modo Senning lub modo Mustard) prostego przełożenia pni tętniczych zalicza się:

- 1) niedomykalność zastawki trójdzielnej (systemowej);
- 2) niedomykalność zastawki mitralnej (podpłucnej);
- 3) zwężenie drogi odpływu lewej komory (podpłucnej);
- 4) trzepotanie przedsionków;
- 5) hypokinezę lewej komory (podpłucnej).

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4. B. 2,3,4. C. 3,5. D. 1,3,4. E. 3,4.

Nr 89. Typowy obraz serca w RTG klatki piersiowej u chorego z tetralogią Fallota przypomina:

- A. bałwana śnieżnego („snowman”).
- B. serce w kształcie buta („coeur en sabot”).
- C. szablę turecką („scimitar syndrome”).
- D. jajko („egg shape heart”).
- E. liczbę 3 (objaw trójki).

Nr 90. Bezwzględny przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę nie jest:

- A. ciasne objawowe zwężenie zastawki aortalnej.
- B. skorygowana koarktacja aorty.
- C. tętnicze nadciśnienie płucne.
- D. niewydolność serca NYHA IV.
- E. stan po korekcji tetralogii Fallota z poszerzeniem aorty wstępującej 60 mm.

Nr 91. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące ubytku w przegrodzie międzykomorowej:

- A. rzadko występuje u dorosłych jako wada nieskorygowana.
- B. składa się na obraz tetralogii Fallota.
- C. leczeniem z wyboru jest zamknięcie przezskórne.
- D. restrykcyjny ubytek jest przyczyną holosystolicznego szmeru skurczowego.
- E. nawrót IZW jest wskazaniem do zamknięcia ubytku.

Nr 92. Na decyzję o leczeniu operacyjnym bezobjawowej pierwotnej niedomykalności zastawki mitralnej nie ma wpływu:

- A. powierzchnia otworu niedomykalności zastawki w badaniu echokardiograficznym.
- B. zaawansowanie arytmii komorowej.
- C. wartość skurczowego ciśnienia płucnego w spoczynku.
- D. dysfunkcja lewej komory.
- E. objętość lewego przedsionka.

Nr 93. W przezklatkowym badaniu echokardiograficznym rozpoznano u bezobjawowej pacjentki w 12. tygodniu ciąży ASD II z istotnym przeciekiem lewo-prawym – poszerzona prawa komora 48 mm, Qp/Qs 3,0; RVSP około 50 mmHg. Dalsze postępowanie to:

- A. echokardiograficzne badanie przezprzelykowe w celu oceny szczegółów anatomicznych.
- B. dyskusja na temat usunięcia ciąży ze wskazań medycznych ze względu na podwyższone ciśnienie płucne.
- C. skierowanie do zamknięcia ubytku metodą przezskórną.
- D. kontrola stanu pacjentki 1x / trymestr w lokalnym szpitalu.
- E. próba wysiłkowa przed decyzją o sposobie porodu.

Nr 94. Częściowy nieprawidłowy spływ żył płucnych towarzyszy:

- A. ubytkowi przegrody międzyprzedsionkowej typ wtórny.
- B. ubytkowi przegrody międzyprzedsionkowej typ żyła główna górna.
- C. ubytkowi przegrody międzyprzedsionkowej typ otwór pierwotny.
- D. ubytkowi przegrody międzyprzedsionkowej typ zatoki wieńcowej.
- E. przetrwałemu otworowi owalnemu.

Nr 95. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące wrodzonego skorygowanego izolowanego przełożenia pni tętniczych:

- A. prawy przedsionek łączy się z lewą komorą (podpłucną).
- B. częste są zaburzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego.
- C. lewy przedsionek łączy się prawą komorą (systemową).
- D. lewa komora łączy się z pniem płucnym.
- E. częsta jest niedomykalność zastawki mitralnej (podpłucnej).

Nr 96. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące przetrwałego przewodu tętniczego:

- A. może manifestować się szmerem ciągłym.
- B. duży przewód może prowadzić do tętniczego nadciśnienia płucnego (zespół Eisenmengera).
- C. jest wskazaniem do profilaktyki antybiotykowej infekcyjnego zapalenia wsierdza.
- D. leczeniem z wyboru jest zabieg kardiochirurgiczny.
- E. nie jest przeciwwskazaniem do ciąży.

Nr 97. Jakie leki hipotensyjne są preferowane u osób ćwiczących fizycznie, w tym u wyczynowych sportowców?

- 1) beta-blokery;
- 2) inhibitory konwertazy angiotensyny;
- 3) antagoniści receptora angiotensyny II;
- 4) blokery kanału wapniowego;
- 5) diuretyki tiazydowe.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3. B. 1,2,3,4. C. 2,3,4. D. 1,5. E. wszystkie wymienione.

Nr 98. Po włączeniu do leczenia amiodaronu pełne działanie antyarytmiczne występuje po wysyceniu lekiem - najczęściej po około:

- A. 30 dawkach leku (30 x 200 mg p.o.).
- B. 2-3 tygodniach.
- C. 6 tygodniach.
- D. miesiącu.
- E. 10 tygodniach.

Nr 99. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące wysokiego prawidłowego ciśnienia tętniczego:

- A. wysokie prawidłowe ciśnienie tętnicze rozpoznaje się przy wartościach 130-139/85-89 mmHg zmierzonych w gabinecie lekarskim.
- B. u pacjentów z wysokim prawidłowym ciśnieniem tętniczym zaleca się wprowadzenie zmian stylu życia.
- C. można rozważyć rozpoczęcie farmakoterapii u pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym.
- D. pomiar ciśnienia tętniczego należy powtórzyć co najmniej raz na 3 lata.
- E. należy rozważyć obecność maskowanego nadciśnienia tętniczego

Nr 100. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące zaleceń w zakresie leczenia przeciwkrzepliwego u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI-ACS) poddawanych przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI):

- A. stosowanie inhibitorów GP IIb/IIIa należy rozważać jako leczenie ratunkowe, jeżeli stwierdza się brak powrotu przepływu (*no-reflow*) lub powikłanie zakrzepowe.
- B. można rozważyć leczenie inhibitorami GP IIb/IIIa u pacjentów, u których nie jest znana anatomia zmian w tętnicach wieńcowych w wybranych przypadkach klinicznych.
- C. stosowanie kangreloru można rozważać u pacjentów poddawanych PCI, którzy wcześniej nie otrzymywali inhibitora receptora P2Y₁₂.
- D. w okresie okołozabiegowym można rozważyć biwalirudynę (bolus 0,75 mg/kg m.c., a następnie 1,75 mg/kg m.c./h przez czas do 4. h po zabiegu) jako leczenie alternatywne w stosunku do UFH.
- E. nie zaleca się wcześniejszego leczenia prasugrelem u pacjentów, u których nie jest znana anatomia zmian w tętnicach wieńcowych.

Nr 101. Uszkodzenie mięśnia sercowego rozpoznaje się u chorego, u którego wystąpiły:

- A. typowy ból dławicowy i nowe zmiany niedokrwienne w EKG.
- B. typowy ból dławicowy i trzykrotny wzrost powyżej wartości referencyjnej stężenia troponiny sercowej.
- C. obecność patologicznych załamków Q z objawami lub bez objawów przy braku przyczyn innych niż niedokrwienne.
- D. zwiększone stężenie troponiny sercowej (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością powyżej górnej granicy zakresu wartości referencyjnych (URL) na poziomie 99. centyla.
- E. nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej uwidocznione w badaniach obrazowych, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.

Nr 102. Ultrasonografia płuc (LUS) stanowi dodatkowe narzędzie w różnicowaniu przyczyn duszności. Który z poniższych opisów odnosi się do tzw. protokołu BLUE?

- A. obejmuje ocenę ultrasonograficzną płuc w 14 punktach zlokalizowanych na przedniej i tylnej powierzchni klatki piersiowej.
- B. to szybki protokół (<3 min) obejmujący LUS, a także ocenę układu żylnego pozwalający na różnicowanie przyczyn ostrej niewydolności oddechowej.
- C. jest dedykowany ocenie chorych ze śródmiąższowym zapaleniem płuc w szczególności u chorych z infekcją COVID-19.
- D. to przyłóżkowa ocena LUS prowadzona głównie u chorych leczonych respiratoroterapią.
- E. pozwala na podstawie oceny LUS monitorować podaż płynów u chorych ze wstrząsem kardiogennym, hipowolemicznym i dystrybucyjnym.

Nr 103. Wskaż statynę/statyny, które są metabolizowane przy udziale cytochromu P450:

- A. atorwastatyna.
- B. prawastatyna.
- C. rosuwastatyna.
- D. pitawastatyna.
- E. wszystkie wymienione.

Nr 104. Pasożytem, którym zakażonych jest około 10 mln osób na świecie, mogącym powodować chorobę mięśnia sercowego przebiegającą pod postacią kardiomiopatii rozstrzeniowej jest:

- A. tasiemiec uzbrojony.
- B. tasiemiec bąblowcowy.
- C. świdrowiec *Trypanosoma cruzi*.
- D. włosień kręty.
- E. pierwotniak *Toksoplasma gondi*.

Nr 105. U pacjentki z zastawką mechaniczną w pozycji aortalnej, stosującej warfarynę w dawce 7,5 mg/dobę, w I trymestrze ciąży preferuje się:

- A. kontynuację leczenia warfaryną.
- B. zmianę na heparynę drobnocząsteczkową podczas hospitalizacji z monitorowaniem aktywności czynnika anty-Xa.
- C. zmianę na heparynę drobnocząsteczkową ambulatoryjnie z monitorowaniem aktywności czynnika anty-Xa.
- D. zmianę na heparynę drobnocząsteczkową podczas hospitalizacji bez monitorowania aktywności czynnika anty-Xa.
- E. zmianę na heparynę drobnocząsteczkową ambulatoryjnie bez monitorowania aktywności czynnika anty-Xa.

Nr 106. Które ze zmian elektrokardiograficznych uznawane są u sportowców jako wariant normy i nie wymaga dalszej diagnostyki?

- 1) niepełny blok prawej odnogi pęczka Hisa;
- 2) wysoka amplituda zespołów QRS bez zmian w obrazie repolaryzacji;
- 3) blok przedsionkowo-komorowy II stopnia periodyka Wenckebacha;
- 4) cechy wczesnej repolaryzacji;
- 5) dwa pojedyncze, przedwczesne pobudzenia komorowe w 10-sekundowym zapisie EKG.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2. B. 1,2,4. C. 1,2,3,4. D. 1,2,4,5. E. wszystkie wymienione.

Nr 107. U pacjentów dużego ryzyka sercowo-naczyniowego zaleca się zmniejszanie stężenia LDL-C o $\geq 50\%$ w stosunku do wartości wyjściowej, a jako wartość docelową zaleca się stężenie LDL-C < 70 mg/dl. Do grupy tych pacjentów należy:

- 1) pacjentka z przewlekłą chorobą nerek i eGFR 50 ml/min/1,73 m²;
- 2) pacjent z przewlekłym zespołem wieńcowym i angioplastyką wieńcową 15 lat wcześniej;
- 3) pacjentka po przebytym TIA;
- 4) pacjent z cukrzycą typu 2 rozpoznaną 15 lat wcześniej, bez powikłań narządowych;
- 5) pacjentka z ryzykiem zgonu w skali SCORE $\geq 10\%$.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4. B. 1,4. C. 1,2,5. D. 2,3,5. E. 4,5.

Nr 108. Wskaż **falszywe** stwierdzenia dotyczące chorych ze stenozą aortalną:

- 1) niskogradientowa stenoza aortalna to wada występująca najczęściej u chorych z upośledzoną funkcją skurczową komory lewej;
- 2) w niskogradientowej stenozie aortalnej typu „*paradoxical low-flow/ low-gradient*” stwierdza się istotnie podwyższoną wartość wskaźnika Zva, który odzwierciedla impedancję zastawkowo-tętniczą;
- 3) próba dobutaminowa jest jedną z metod diagnostycznych w bezobjawowej wysokogradientowej stenozie aortalnej;
- 4) próba wysiłkowa pozwala zobiektywizować objawy u chorych ze stenozą aortalną;
- 5) maksymalna prędkość przez zastawkową $> 5,5$ m/sek jest argumentem przemawiającym za koniecznością zabiegu u chorych z bezobjawową ciężką stenozą aortalną.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. tylko 1. B. 1,2. C. 1,3. D. 2,3. E. 2,4,5.

Nr 109. Wskaż prawidłowe opcje podwójnego leczenia przeciwwazakrepcowego w połączeniu z kwasem acetylosalicylowym w dawce 75–100 mg/d u pacjentów obciążonych dużym lub pośrednim ryzykiem zdarzeń niedokrwiennych, ale bez dużego ryzyka krwawienia:

- 1) rywaroksaban 1 x 20 mg/d u pacjenta z wielonaczyniową chorobą wieńcową, miażdżycą obwodową i z klirensiem kreatyniny 40 ml/min/1,73 m²;
- 2) kłopidogrel 1x 75 mg/d u pacjenta po zawale serca, który tolerował podwójną terapię przeciwplatekową przez rok;
- 3) rywaroksaban 2 x 2,5 mg/d u pacjenta > 1 roku po zawale serca z wielonaczyniową chorobą wieńcową i z prawidłowym klirensiem kreatyniny;
- 4) prasugrel 1 x 5 mg/d u pacjenta, który przez rok po PCI tolerował podwójną terapię przeciwplatekową, ma 60 lat i waży 80 kg;
- 5) tikagrelor 2 x 60 mg/d u pacjenta po zawale serca, który tolerował podwójną terapię przeciwplatekową przez rok.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3. B. 2,3,4. C. 2,3,5. D. 3,4,5. E. 1,2,4.

Nr 110. Wystąpienie sinicy jest przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego wady serca w przypadku:

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1) stenozы mitralnej; | 4) przetrwałego przewodu Botala; |
| 2) tetralogii Fallota; | 5) stenozы płucnej. |
| 3) ubytku w przegrodzie międzykomorowej; | |

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2. B. 3,5. C. 2,3,5. D. 3,4. E. 4,5.

Nr 111. Wskaźnik aldosteronowo-reninowy wskazuje na pierwotny hiperaldosteronizm, gdy jest:

- A. podwyższony, stężenie aldosteronu jest obniżone, a aktywność reninowa osocza prawidłowa.
- B. podwyższony, stężenie aldosteronu jest podwyższone, a aktywność reninowa osocza podwyższona.
- C. obniżony, stężenie aldosteronu jest obniżone, a aktywność reninowa osocza prawidłowa.
- D. podwyższony, stężenie aldosteronu jest podwyższone, a aktywność reninowa osocza obniżona.
- E. obniżony, stężenie aldosteronu jest obniżone, a aktywność reninowa osocza obniżona.

Nr 112. W przebiegu infekcyjnego zapalenia wsierdza należy podejrzewać wystąpienie ropnia okołozastawkowego i jego powikłań w następujących stanach, za wyjątkiem:

- A. utrzymującej się gorączki, pomimo adekwatnej antybiotykoterapii.
- B. tamponady serca.
- C. wystąpienia zawału serca.
- D. nowopowstałego bloku przedsionkowo-komorowego.
- E. wystąpienia ostrej niewydolności serca na tle przetoki pomiędzy jamami serca.

Nr 113. W leczeniu pozaszpitalnego infekcyjnego zapalenia wsierdza zastawki natywnej w przypadku pacjenta z alergią na antybiotyki beta-laktamowe należy stosować:

- A. gentamycynę w 1 dawce 3 mg/kg/d i biseptol w dawce 2 x 960 mg/d.
- B. gentamycynę w 1 dawce 3 mg/kg/d i metronidazol 3 x 500 mg/d.
- C. kloksacylinę w dawce 4 x 3 g/d i wankomycynę 30-60 mg/kg/d w 2-3 dawkach podzielonych.
- D. gentamycynę w 1 dawce 3 mg/kg/d i ryfampicynę 900-1200 mg/d w 2-3 dawkach podzielonych.
- E. gentamycynę w 1 dawce 3 mg/kg/d i wankomycynę 30-60 mg/kg/d w 2-3 dawkach podzielonych.

Nr 114. Wskaż kryteria niezbędne do rozpoznania zawału serca MINOCA:

- 1) obecność kryteriów ostrego zawału według uniwersalnej definicji zawału serca;
- 2) w koronarografii brak zwężenia $\geq 50\%$ w żadnej z potencjalnych tętnic odpowiedzialnych za zawał;
- 3) obecność regionalnych zaburzeń kurczliwości lewej komory serca w badaniu echokardiograficznym;
- 4) brak jawnej klinicznie, określonej przyczyny ostrego obrazu klinicznego;
- 5) obecność w badaniach laboratoryjnych podwyższonego stężenia NT-proBNP >300 pg/ml lub BNP >100 pg/ml.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3,4. **B.** 1,2,5. **C.** 1,2,4. **D.** 2,3,4. **E.** 3,4,5.

Nr 115. W przypadku infekcyjnego zapalenia wsierdza na sztucznej zastawce aortalnej pacjenta kwalifikuje się do leczenia operacyjnego w trybie pilnym, jeśli:

- A.** wystąpi ciężka niedomykalność zastawki z utrudnieniem przepływu.
B. wystąpią objawy niewydolności serca.
C. w badaniu echokardiograficznym stwierdzi się złą tolerancję hemodynamiczną niedomykalności zastawki.
D. stwierdzi się na zastawce obecność wegetacji <10 mm.
E. prawdziwe są odpowiedzi A, B i C.

Nr 116. Zmiany w sercu w przebiegu zespołu rakowiaka obejmują:

- 1) zwłóknienie endomiokardialne;
- 2) organiczną niedomykalność zastawki trójdzielnej;
- 3) czynnościową niedomykalność zastawki trójdzielnej w wyniku nadciśnienia płucnego;
- 4) stenozę zastawki pnia płucnego;
- 5) guzy przerzutowe w sercu.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 2,4. **C.** 2,3,5. **D.** 3,4. **E.** 1,2,5.

Nr 117. Kryterium hemodynamicznym wstrząsu kardiogennego jest:

- A.** skurczowe ciśnienie tętnicze >90 mmHg, ale <110 mmHg podczas stosowania leków inotropowych lub mechanicznego wspomagania krążenia.
B. spadek ciśnienia skurczowego o 20 mmHg bez stosowania leków inotropowych lub mechanicznego wspomagania krążenia.
C. ciśnienie zaklinowania w kapilarach płucnych >18 mmHg.
D. wskaźnik sercowy (CI) $<3,5$ l/min/m².
E. prawdziwe są odpowiedzi A i C.

Nr 118. Niebakteryjne zakrzepowe zapalenie wsierdzia (NBTE) może wystąpić w przebiegu:

- 1) choroby nowotworowej;
- 2) przewlekłej obturacyjnej choroby płuc;
- 3) tocznia trzewnego;
- 4) mocznicy;
- 5) marskości wątroby.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3,4. **B.** 1,4,5. **C.** 1,2,4. **D.** 1,3,4. **E.** 3,4,5.

Nr 119. W przypadku stwierdzenia choroby pnia lewej tętnicy wieńcowej u pacjenta z przewlekłym zespołem wieńcowym i z 30 punktami w skali SYNTAX:

- A.** wskazane jest pomostowanie tętnic wieńcowych (CABG).
B. wskazana jest ocena stopnia zwapnień w tętnicach wieńcowych.
C. należy rozważyć przezskórną interwencję wieńcową (PCI).
D. rewaskularyzację zaleca się wykonać po unormowaniu gospodarki lipidowej.
E. prawdziwe są odpowiedzi A i C.

Nr 120. Wskaż zdanie prawdziwe dotyczące amiodaronu:

- A.** charakteryzuje się wąskim spektrum działania, które obejmuje tylko blokadę depolaryzujących prądów sodowych.
B. jest lekiem pierwszego wyboru w przypadku objawowych, ale niezagrażających życiu arytmii (PVC lub krótki i wolny nsVT).
C. nie zaleca się dożylnego podawania amiodaronu w leczeniu wielokształtnego VT.
D. leczenie amiodaronem w połączeniu z beta-adrenolitykiem nie zmniejsza liczby wyładowań ICD.
E. u pacjentów z VF/VT i wskazaniem do ICD można rozważyć amiodaron, jeżeli nie można wszczepić ICD.

Dziękujemy !