

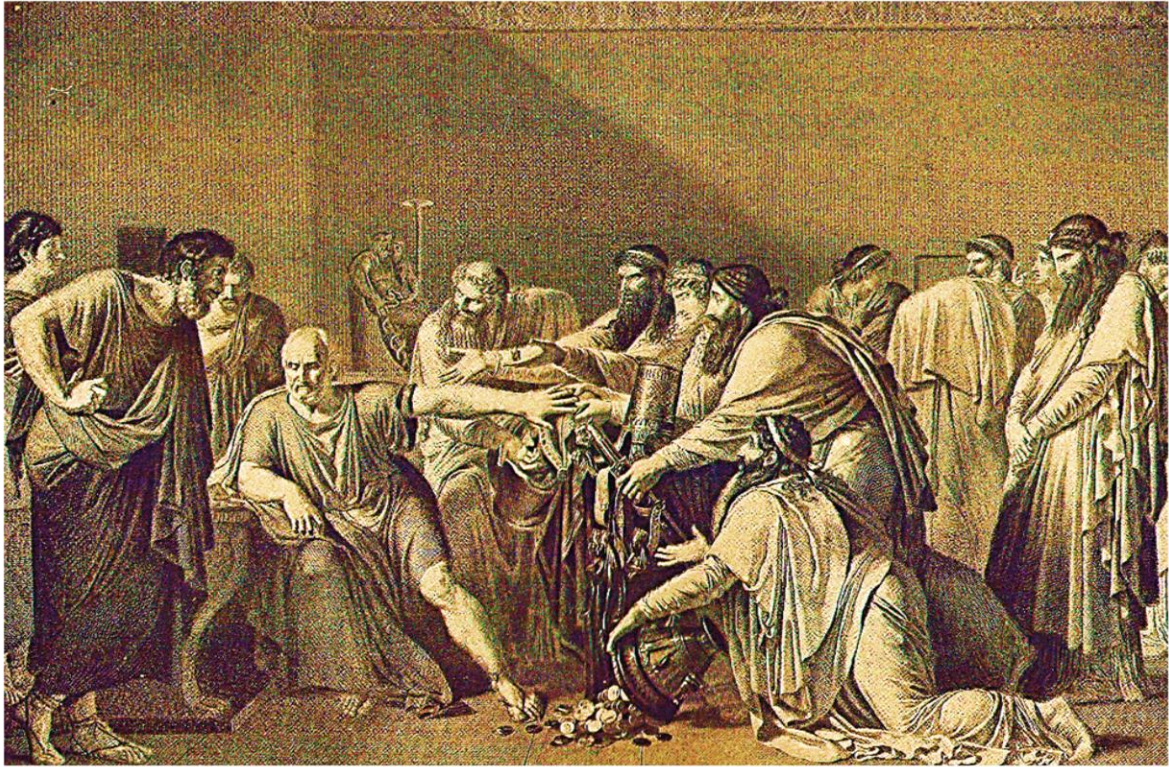
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Σ. ΚΟΛΟΚΥΘΑ

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ & ΘΕΜΑΤΑ
ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ
ΓΙΑ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ**



*Κλινικές ερωτήσεις και θέματα με απαντήσεις,
για την καθ' ημέρα κλινική πράξη στην ΠΦΥ και στο ΤΕΠ.*

2025



«Ο Ιπποκράτης αρνείται δώρα από τον Αρταξέρξη».

Κολοκυθάς Σ. Δημήτριος MD, BSc, MSc, PhD_(c).

Ειδικός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής.
Διευθυντής ΕΣΥ. Αν. Συντονιστής Κέντρου Υγείας Δημητσάνας.

Μετεκπαιδευθείς στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική (ΕΠΙ-ΕΚΑΒ).

Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (ΕΕΕΙ).

Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΕΕΚΑΑ).

BLS/AED, ILS, ALS Instructor – ERC.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλέφωνα: 27950 - 31.401

27953 - 60.031

27950 - 31.181

Τηλεομοιότυπο: 27950 - 29.206

e - mail: dr.dimko@gmail.com



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το εγχειρίδιο «Ερωτήσεων Αυτοαξιολόγησης Γνώσεων» που ξεφυλλίζετε αυτή τη στιγμή, δημιουργήθηκε αρχικά για τις εκπαιδευτικές ανάγκες των ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου και επί τηθεία του Κέντρου Υγείας (ΚΥ) Δημητσάνας. Μετά όμως από την πρωτόγνωρη και συγκινητική αποδοχή που γνώρισε η πρώτη έντυπη έκδοση και εν συνεχεία οι ηλεκτρονικές επανεκδόσεις του βιβλίου «**Επείγουσα Θεραπευτική - Πρωτοβάθμια Αντιμετώπιση Επειγόντων Περιστατικών**» που παρέχεται στον αναγνώστη διαδικτυακά - δωρεάν - από τον παρακάτω σύνδεσμο (ή QR code):

https://bit.ly/_EmergencyBook



αποφασίστηκε η **ελεύθερη διαδικτυακή διανομή** και του παρόντος, καθώς και ο εμπλουτισμός του με την προσθήκη επιπλέον ερωτήσεων (ίσως με ελαφρώς αυξημένο δείκτη δυσκολίας) με σκοπό την εμπέδωση και την ταξινόμηση των γνώσεων που απαιτούνται για την επιτυχή τηθεία του νέου ιατρού στην Υπηρεσία Υπαίθρου και στα πρώτα βήματα ως ειδικευόμενος ιατρός στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ή στην κλινική κάποιου νοσοκομείου.

Αρκετές ερωτήσεις δημιουργήθηκαν βασιζόμενες σε αντίστοιχα θέματα από παλαιότερες τράπεζες ερωτήσεων των Παθολογικών, Χειρουργικών ή άλλων κλινικών της Ιατρικής σχολής του ΕΚΠΑ και άλλων ιδρυμάτων της χώρας, του ΔΟΑΤΑΠ, καθώς και ορισμένες από τράπεζες ερωτήσεων του προγράμματος ATLS και των pre-tests του USMLE, προσαρμοσμένες πάντοτε στο επίπεδο της ελληνικής ΠΦΥ και στο λειτουργικό πλαίσιο των ελληνικών ιατρικών δεδομένων.

Οι ερωτήσεις έχουν μόνο μία σωστή απάντηση, κυρίως για διδακτικούς σκοπούς, αλλά και προς αποφυγή οποιωνδήποτε παρερμηνειών.

Η θεματολογία των ερωτήσεων αφορά κυρίως στην καθ' ημέρα κλινική πράξη ενός νέου ιατρού, είτε στο ΤΕΠ του ΚΥ, του 2βάθμιου επαρχιακού νοσοκομείου ή του 3βάθμιου γενικού νοσοκομείου, είτε στο Περιφερειακό Ιατρείο ενός χωριού της ελληνικής επαρχίας. Αρκετά επίσης από τα θέματα των ερωτήσεων έχουν περάσει κατά καιρούς το κατώφλι του ΤΕΠ του ΚΥ Δημητσάνας, ενίοτε ως κλινικά περιστατικά ή ως διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα που μας απασχόλησαν και για αυτόν το λόγο τα μοιραζόμαστε εδώ μαζί σας ως κλινικά κουίζ.

Οι ερωτήσεις του παρόντος εγχειριδίου, αποσκοπούσαν αρχικώς – όπως αναφέρθηκε πιο πάνω – στον εντοπισμό και στην καλύτερη αξιολόγηση των πιθανών γνωσιακών ελλείψεων που έχει ο απόφοιτος των Ιατρικών Σχολών στα αρχικά βήματα της σταδιοδρομίας του και στη διαρκή του βελτίωση και πλείστες εξ αυτών τέθηκαν με τη μορφή πρόχειρων διαγωνισμάτων ή κλινικών εκπαιδευτικών σεναρίων, το διάστημα 2012 - 2019, στους αγροτικούς ιατρούς του ΚΥ Δημητσάνας και των όμορων Περιφερειακών Ιατρείων, μετά το πέρας των εβδομαδιαίων βιβλιογραφικών ενημερώσεων και εκπαιδευτικών μαθημάτων στα οποία συμμετείχαν.

Οι ερωτήσεις και τα θέματα, λοιπόν, διαμορφώθηκαν με κύριο γνώμονα, την παρότρυνση στο νέο ιατρό να ανατρέξει σε βιβλιογραφικές αναφορές και εγχειρίδια, για να εμπεδώσει και να εμπλουτίσει τις υπάρχουσες γνώσεις του, καθώς επίσης και για να αναδείξουν πιθανά αδύνατα σημεία στη διαφοροδιαγνωστική ή θεραπευτική σκέψη, με σκοπό την κάλυψη των όποιων κενών, έγκαιρα, στα αρχικά βήματα της ιατρικής σταδιοδρομίας.

Προφανώς, κάποιες ερωτήσεις εμφανίζουν έναν αυξημένο βαθμό δυσκολίας για τον νέο ιατρό και μπορεί να φανούν δυσνόητες ή υπερβολικές για το επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων του μη ειδικού ιατρού. Αρκεί όμως που θα κεντρίσουν το ενδιαφέρον του αναγνώστη και θα αποτελέσουν ίσως την αφορμή για δημιουργική σκέψη, περαιτέρω διάβασμα και διερεύνηση του θέματος. Αυτός είναι άλλωστε και ο απώτερος σκοπός όλης αυτής της εξελισσόμενης προσπάθειας.

Εύχομαι τελικά να διασκεδάσετε μέσω της μελέτης, πιστοποιώντας ξανά τις γνώσεις σας, διευρύνοντας τους γνωστικούς ορίζοντές σας, ανασύροντας και αντλώντας νέες γνώσεις από πολλαπλά πεδία της Ιατρικής και να ασχοληθείτε με την επίλυση των ζητούμενων κλινικών θεμάτων γόνιμα κι εποικοδομητικά.

Δημήτριος Σ. Κολοκυθάς.

1. Σε ασθενή με πνευμοθώρακα, κατά την κλινική εξέταση του θώρακα παρουσιάζεται:
 - A. Επικρουστικώς αμβλύτης και ακροαστικώς ελάττωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος.
 - B. Επικρουστικώς τυμπανικότης και ακροαστικώς ελάττωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος.
 - Γ. Επικρουστικώς τυμπανικότης και ακροαστικώς αύξηση αναπνευστικού ψιθυρίσματος.
 - Δ. Επικρουστικώς αμβλύτης και ψηλαφητικώς αύξηση φωνητικών δονήσεων.
 - Ε. Επικρουστικώς τυμπανικότης και ακροαστικώς τρίζοντες ήχοι.
 - ΣΤ. Επικρουστικώς αμβλύτης και ήχος τριβής στην κορυφή του πάσχοντος πνεύμονα.

2. Στην απλή κνιδωτική ή στην συστηματική αναφυλακτική αντίδραση, έχουν κλινική ένδειξη και μπορεί να χρησιμοποιηθούν όλα τα παρακάτω φάρμακα, εκτός από ένα:

A. Κορτικοστεροειδή.	Δ. Ατροπίνη.
B. Αδρεναλίνη.	E. H ₂ αναστολείς.
Γ. Αντιϊσταμινικά (H ₁ αναστολείς).	ΣΤ. β-διεγέρτες.

3. Τι διακρίνει την οξεία πυελονεφρίτιδα από την οξεία κυστίτιδα:

A. Η θετική καλλιέργεια ούρων.	Δ. Η παρουσία δυσουρίας.
B. Η παρουσία πυρετού με ρίγος.	E. Η παρουσία αιματουρίας.
Γ. Η παρουσία νεφρολιθίασης.	ΣΤ. Όλα τα παραπάνω.

4. Άνδρας ασθενής, 64 ετών, εμφανίζεται στο ιατρείο παραπονούμενος για από μηνός νεοεμφανιζόμενη κεφαλαλγία, πρωινή δυσκαμψία ώμων και χαμηλό απογευματινό πυρετό. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία και ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ) 110 mm την πρώτη ώρα.
Ποια είναι η πιθανότερη διάγνωση από τις παρακάτω:

A. Μακροσφαιριναιμία Waldenström.	Δ. Οζώδης πολυαρτηρίτιδα.
B. Κροταφική αρτηρίτιδα.	E. Ινομυαλγία.
Γ. Αυχενικό σύνδρομο.	ΣΤ. Ημικρανία.

5. Οι παροξύνσεις της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) και τα συνοδά νοσήματα συνεισφέρουν στη βαρύτητα της νόσου σε κάθε ασθενή, καθώς και στη συνολική θνητότητα. Ποιο είναι το συχνότερο αίτιο παρόξυνσης της ΧΑΠ;

A. Λοιμώξεις αναπνευστικού.	Δ. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
B. Αυτόματος πνευμοθώρακας.	E. Μη συμμόρφωση του ασθενούς.
Γ. Εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών.	ΣΤ. Περιβαλλοντικές μεταβολές.

6. Ποιός ή ποιοί από τους παρακάτω μικροοργανισμούς αποτελούν σύνηθες αίτιο πνευμονίας σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ);

A. Streptococcus pneumoniae.	Δ. Klebsiella pneumonia.
B. Moraxella catarrhalis.	E. A+B+Γ.
Γ. Haemophilus influenzae.	ΣΤ. A+Δ.

- 7. Αίτια φλεβοκομβικής βραδυκαρδίας είναι όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:**
- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| A. Θεραπεία με β-αποκλειστές. | Δ. Υποθυρεοειδισμός. |
| B. Ενδοκράνια υπέρταση. | E. Θεραπεία με αντισταμινικά. |
| Γ. Στεφανιαία νόσος. | ΣΤ. Καρδιακός επιποματισμός. |
- 8. Ειδικά κλινικά σημεία ασκτικής συλλογής είναι τα ακόλουθα, εκτός από ένα:**
- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| A. Μετακινούμενη αμβλύτητα. | Δ. Σημείο αντιτυπίας. |
| B. Βατραχοειδής κοιλία. | E. Σημείο επιπλέοντος πάγου. |
| Γ. Επίφλεβο. | ΣΤ. Αμβλύτητα στην πλάγια κοιλία. |
- 9. Υπερτασικός ασθενής προσέρχεται στο ιατρείο για τη ρύθμιση της ΑΥ. Πάσχει από σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) με συχνές παροξύνσεις ανά έτος, με εμφάνιση οξείας δύσπνοιας και βρογχόσπασμου κατά τη διάρκεια των επεισοδίων. Ποιος αντιυπερτασικός φαρμακευτικός παράγοντας αντενδείκνυται:**
- | | |
|------------------|-------------------------------------|
| A. Φελοδιπίνη. | Δ. Προπρανολόλη. |
| B. Τελμισαρτάνη. | E. Ιβαμπραδίνη. |
| Γ. Φουροσεμίδα. | ΣΤ. Όλα τα ανωτέρω αντενδείκνυνται. |
- 10. Ένας ασθενής με θωρακικό άλγος, δύσπνοια και εμέτους από 30 λεπτών, εμφανίζει στο ΗΚΓ εικόνα φλεβοκομβικής βραδυκαρδίας, με ανάσπαση του διαστήματος ST στις απαγωγές II, III και aVF. Η πιθανότερη διάγνωση στην περίπτωση αυτή, είναι:**
- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| A. πρόσθιο OEM. | Δ. Πνευμονική εμβολή. |
| B. κατώτερο OEM. | E. Πνευμοθώρακας υπό τάση. |
| Γ. Οξεία περικαρδίτιδα. | ΣΤ. Οξεία γαστρίτιδα. |
- 11. Η ωσμωτικότητα του πλάσματος αντανακλά τη συγκέντρωση διαλυμένων σωματιδίων ανά μονάδα ύδατος και επηρεάζει άμεσα τη μετακίνηση υγρών μεταξύ ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου χώρου. Ποια θεωρείται η φυσιολογική τιμή της ωσμωτικής πίεσης του πλάσματος, στον ενήλικα;**
- | | |
|----------------------|---------------------------|
| A. 225 - 275 mOsm/l. | Δ. 195 - 205 mOsm/l. |
| B. 260 - 360 mOsm/l. | E. 310 - 340 mOsm/l. |
| Γ. 285 - 295 mOsm/l. | ΣΤ. Καμία εκ των ανωτέρω. |
- 12. Ποια είναι η πρωϊμότερη διαταραχή του ΗΚΓ σε ασθενή με υπερκαλιαιμία;**
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Η παραμόρφωση των QRS. | Δ. Η σμίκρυνση του διαστήματος P-R. |
| B. Τα υψηλά οξυκόρυφα T. | E. Η εμφάνιση torsades de pointes. |
| Γ. Η αύξηση του διαστήματος P-R. | ΣΤ. Η εμφάνιση SI, QIII, TIII. |
- 13. Ασθενής, άρρεν, 69 ετών, εμφανίζει διαλείπουσα χωλότητα και των δύο κάτω άκρων, ανικανότητα και άλγος στη δεξιά κνήμη κατά την κατάκλιση. Πιθανή διάγνωση είναι:**
- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| A. Σύνδρομο Lermiere. | Δ. Σύνδρομο Liddle. |
| B. Σύνδρομο Leriche. | E. Σύνδρομο Lasègue. |
| Γ. Ισθμική στένωση αορτής. | ΣΤ. Σύνδρομο Lesch-Nyhan. |

14. Ένα από τα παρακάτω αίτια δεν προκαλεί δυσκοιλιότητα:

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| A. Καρκίνος ορθού. | Δ. Υπερπαραθυρεοειδισμός. |
| B. Χρήση οπιοειδών. | Ε. Υπερθυρεοειδισμός. |
| Γ. Μακροχρόνια κατάκλιση. | ΣΤ. Εκκολπωμάτωση. |

15. Παρενέργειες των γλυκοκορτικοστεροειδών είναι όλες, εκτός από μία:

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| A. Καταρράκτης. | Δ. Οστεοπόρωση. |
| B. Υπογλυκαιμία. | Ε. Αναζωπύρωση φυματίωσης. |
| Γ. Εκχυμώσεις δέρματος. | ΣΤ. Ιατρογενές σύνδρομο Cushing. |

16. Ασθενής προσέρχεται στο ιατρείο και προσκομίζει το πόρισμα γαστροσκόπησης στην οποία υπεβλήθη προ 4ημέρου, από το οποίο διαπιστώσατε ότι έχει αποικισθεί με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Κατά τη συζήτηση, τον ενημερώνετε για τη θεραπεία εκρίζωσης που πρέπει να ακολουθήσει, καθώς επίσης και για το τι προκαλεί ο χρόνιος αποικισμός με το μικρόβιο. Ενημερώνετε λοιπόν τον ασθενή, ότι ο χρόνιος αποικισμός από *Helicobacter pylori* ενοχοποιείται για τα παρακάτω, εκτός από:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| A. Ατροφική γαστρίτιδα τύπου A. | Δ. Καρκίνο γαστρικού άντρου. |
| B. Έλκος 12δακτυλικού βολβού. | Ε. MALT λέμφωμα. |
| Γ. Χρόνια ενεργό γαστρίτιδα. | ΣΤ. Ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα. |

17. Η τετανία, εκτός από τις περιπτώσεις υπεραερισμού σε κρίση άγχους-πανικού, σοβαρής υπασβεστιασίας ή κήσης, μπορεί να εμφανιστεί και σε ένα από τα κάτω:

- | | |
|--|---------------------------------|
| A. Σοβαρή αναπνευστική οξέωση. | Δ. Οξεία παγκρεατίτιδα. |
| B. Λοίμωξη από <i>Clostridium tetani</i> . | Ε. Πρωτοπαθής Υπερπαραθυρ/σμός. |
| Γ. Θυρεοτοξική κρίση. | ΣΤ. Όλα τα παραπάνω. |

18. Ο λεμφαδένας του Virchow, εκτός της γνωστής σημειολογίας του, μπορεί να είναι ένα από τα πρώιμα συμπτώματα μεταστατικού καρκίνου του πνεύμονα, του ουροποιο-γεννητικού και του γαστρεντερικού συστήματος, όπως επίσης μπορεί σπανιότερα να είναι επακόλουθο αιματολογικής κακοήθειας ή μιας χρόνιας φλεγμονώδους νόσου. Που εντοπίζεται ανατομικά ο λεμφαδένας του Virchow;

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| A. Στη πρόσθια τραχηλική χώρα. | Δ. Στην αριστερή υπερκλείδιο χώρα. |
| B. Στον μηριαίο δακτύλιο. | Ε. Στη δεξιά μασχάλη. |
| Γ. Στην περιοχή πέριξ του ομφαλού. | ΣΤ. Στην οπίσθια τραχηλική χώρα. |

19. Γυναίκα ασθενής, 37 ετών, προσέρχεται στο ΤΕΠ με πυρετό 38,4° C και μετωπο-βρεγματιαία κεφαλαλγία. Δεν παρουσιάζει αυχενική δυσκαμψία, ούτε επίσης εστιακή νευρολογική σημειολογία ή οίδημα των οπτικών θηλών. Η γενική αίματος ανέδειξε λευκά αιμοσφαίρια (WBC) 14.700/μl, με πολυμορφοπυρηνικό τύπο (gran: 82%). Ποιά εξέταση πρέπει να πραγματοποιηθεί κατά προτεραιότητα;

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| A. Αξονική τομογραφία εγκεφάλου. | Δ. Ακτινογραφίες ιγμορείων. |
| B. Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. | Ε. Ακτινογραφία κρανίου. |
| Γ. Οσφυονωτιαία παρακέντηση. | ΣΤ. Καλλιέργεια αίματος. |

20. Ποιο αντίδοτο πρέπει να χορηγηθεί σε ασθενή που εμφανίζεται στο ΤΕΠ του ΚΥ ή του Νοσοκομείου με σημεία και συμπτώματα σοβαρής δηλητηρίασης με Παρακεταμόλη;

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| A. Ακετυλοκυστεΐνη. | Δ. Διττανθρακικό Νάτριο. |
| B. Θεϊκή πρωταμίνη. | Ε. Βιταμίνη Κ. |
| Γ. Ναλοξόνη. | ΣΤ. Φλουμαζενίλη. |

21. Ο οξύς τραυματικός καρδιακός επιπωματισμός, αντιμετωπίζεται με τα εξής:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| A. Χορήγηση διουρητικών. | Δ. Χορήγηση δακτυλίτιδας. |
| B. Αναστολή της χορήγησης υγρών. | Ε. Χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων. |
| Γ. Παρακέντηση περικαρδίου. | ΣΤ. Ταχεία ελεγχόμενη πτώση της Α.Π. |

22. Ένας πολυτραυματίας εμφανίζει shock, διατεταμένες σφαγίτιδες, παρεκτόπιση της τραχείας και ηλεκτρομηχανικό διαχωρισμό. Ποια είναι η πιθανότερη διάγνωση;

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| A. Θλάση καρδιάς. | Δ. Πνευμοθώρακας υπό τάση. |
| B. Τραυματική ρήξη αορτής. | Ε. Τραυματική ρήξη οισοφάγου. |
| Γ. Καρδιακός επιπωματισμός. | ΣΤ. Κανένα από τα παραπάνω. |

23. Η υπερκαλιαιμία, που παρατηρείται σε ορισμένους ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, μπορεί να οφείλεται στη λήψη τροφών με υψηλή περιεκτικότητα καλίου ή/και σε μειωμένη δοσολογία αιμοκάθαρσης. Η ηλικία δεν παίζει ρόλο στην εμφάνιση της υπερκαλιαιμίας, ενώ η λήψη β-αποκλειστών καθώς κι αναστολέων του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης παίζει ρόλο στην εμφάνιση των υψηλών τιμών καλίου στον ορό. Η θεραπεία της υπερκαλιαιμίας δεν περιλαμβάνει:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| A. Δακτυλίτιδα (Διγοξίνη). | Δ. Διουρητικά της αγκύλης. |
| B. Ιοντοανταλλακτικές ρητίνες. | Ε. Ασβέστιο. |
| Γ. Γλυκόζη & Ινσουλίνη. | ΣΤ. Β ₂ -διεγέρτες. |

24. Ένα εκ των κάτωθι δεν παρατηρείται στη Λοιμώδη Μονοπυρήνωση:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| A. Αύξηση λεμφοκυττάρων. | Δ. Σπληνομεγαλία. |
| B. Λεμφαδενοπάθεια. | Ε. Διόγκωση αμυγδαλών. |
| Γ. Αύξηση ουδετεροφίλων. | ΣΤ. Τρανσαμινασαιμία. |

25. Ποιος θεωρείται γενικά ο καλύτερος και ενδεδειγμένος τρόπος παρακολούθησης της κλινικής πορείας ενός πολυτραυματία, ιδιαίτερα κατά τις κρίσιμες πρώτες ώρες μετά τον τραυματισμό του;

- | |
|--|
| A. Συχνή κλινική επανεκτίμηση. |
| B. Συχνός αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος. |
| Γ. Συχνός απεικονιστικός έλεγχος. |
| Δ. Κλινική εξέταση από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. |
| Ε. Όλα τα ανωτέρω. |
| ΣΤ. Τα Β+Γ. |

26. Άνδρας ασθενής 34 ετών, σας προσκομίζει γενική εξέταση αίματος που τον είχατε παραπέμψει να κάνει για αδυναμία, καταβολή και επεισόδια ρινορραγίας από 2μήνου, η οποία παρουσιάζει λευκοκυττάρωση (WBC: 19.500/μl) με πολυμορφοπύρρηνα 10%, λεμφοκύτταρα 15%, μονοπύρρηνα 5% και βλάστες (με παρουσία ραβδίων Auer) 60%. Η πιθανότερη διάγνωση για τον ασθενή αυτόν, είναι:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| A. Οξεία μυελογενής λευχαιμία. | Δ. Χρόνια λεμφοβλαστική λευχαιμία. |
| B. Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία. | Ε. Λέμφωμα Hodgkin. |
| Γ. Χρόνια μυελογενής λευχαιμία. | ΣΤ. Πολλαπλό Μυέλωμα. |

27. Άνδρας ασθενής, 48 ετών, αγροτοκτηνοτρόφος, προσέρχεται στο Κέντρο Υγείας με υψηλό πυρετό μέχρι 39,5° C, κεφαλαλγία, μυαλγίες, ίκτερο, διάχυτο κοιλιακό άλγος και έμετους από 12ώρου, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, αυξημένα επίπεδα CPK, CRP και ήπια λευκοκυττάρωση. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, ποια είναι η πιο πιθανή διάγνωση;

- | | |
|------------------|-----------------------|
| A. Πυρετός Q. | Δ. Λεπτοσπείρωση. |
| B. Λεγεωνέλλωση. | Ε. Τυφοειδής πυρετός. |
| Γ. Βρουκέλλωση. | ΣΤ. Τουλαραιμία. |

28. Οξεοβασική διαταραχή είναι η μεταβολή της φυσιολογικής τιμής του εξωκυττάρου pH η οποία μπορεί να συμβεί όταν υπάρχει διαταραχή της νεφρικής ή αναπνευστικής λειτουργίας ή όταν ένα φορτίο οξέος ή βάσεως υπερνικά την απεκκριτική ικανότητα του οργανισμού. Τα επίπεδα του φυσιολογικού pH του αρτηριακού αίματος, είναι:

- | | |
|-----------------|------------------|
| A. 6,85 - 7,45 | Δ. 6,30 - 7,30. |
| B. 7,45 - 7,65. | Ε. 7,10 - 7,60. |
| Γ. 7,35 - 7,45. | ΣΤ. 7,25 - 7,55. |

29. Σε εγκαυματία ασθενή 38 ετών και βάρους 95 κιλών, που έχει έγκαυμα έκτασης 25% της επιφάνειας σώματος, πόση ποσότητα, ποιου κρυσταλλοειδούς διαλύματος, πρέπει να χορηγηθεί, σύμφωνα με τον κανόνα Parkland, κατά το πρώτο 8ωρο μετά το συμβάν;

- | | |
|-----------------------|---|
| A. 4750 ml R/L. | Δ. 3000 ml R/L & 1500 ml D ₅ W. |
| B. 9500 ml R/L. | Ε. 3500 ml R/L & 1000 ml D ₅ W. |
| Γ. 4750 ml NaCl 0,9%. | ΣΤ. 3000 ml NaCl 0,9% & 1500 ml D ₅ W. |

30. Το κάλιο αποτελεί το κύριο ενδοκυττάριο κατιόν και οι παθολογικές διαταραχές στη συγκέντρωσή του - είτε υποκαλιαιμία είτε υπερκαλιαιμία - μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές αρρυθμίες, έντονη μυϊκή αδυναμία ή και αναπνευστική καταστολή.

Η φυσιολογική συγκέντρωση του καλίου [K⁺] στο αίμα, είναι :

- | | |
|---------------------|----------------------|
| A. 1,0 - 3,5 mEq/l. | Δ. 5,0 - 7,0 mEq/l. |
| B. 3,5 - 5,0 mEq/l. | Ε. 2,5 - 4,5 mEq/l. |
| Γ. 2,5 - 3,5 mEq/l. | ΣΤ. 3,0 - 6,0 mEq/l. |

31. Το πιο σίγουρο και αξιόπιστο διαγνωστικό μέσο για την Πνευμονία, είναι:

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| A. Καλλιέργεια πτυέλων. | Δ. TKE. |
| B. Καλλιέργεια αίματος. | Ε. CRP. |
| Γ. Ακτινογραφία θώρακος. | ΣΤ. Γενική αίματος. |

- 32. Φάρμακα πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της οξείας ουρικής αρθρίτιδας, είναι:**
- | | |
|-------------------|---------------------|
| A. ΜΣΑΦ. | Δ. Φεμπουξοστάτη. |
| B. Κολχικίνη. | E. Όλα τα παραπάνω. |
| Γ. Αλλοπουρινόλη. | ΣΤ. A+B. |
- 33. Το κλινικό «σημείο Homans», το οποίο περιγράφηκε το 1944 από τον John Homans, έναν Αμερικανό χειρουργό, ανευρίσκεται σε μία από τις κάτωθι κλινικές καταστάσεις:**
- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| A. Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. | Δ. Ρήξη έσω μηνίσκου. |
| B. Κάκωση ποδοκνημικής άρθρωσης. | E. Περισφιγμένη βουβωνοκήλη. |
| Γ. Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. | ΣΤ. Κανένα από τα παραπάνω. |
- 34. Σε ποιο κλειστό κάταγμα - από αυτά που αναφέρονται παρακάτω - μπορεί δυνητικά να παρατηρηθεί η πιο μεγάλη αιμορραγία;**
- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| A. Μηριαίο οστό. | Δ. Βραχιόνιο οστό. |
| B. Οστό της κνήμης. | E. Συντριπτικό οσφυικού σπονδύλου. |
| Γ. Οστά της πυέλου. | ΣΤ. Σπλαχνικό κρανίο. |
- 35. Άνδρας ασθενής 52 ετών, καπνιστής, με ιστορικό ΑΥ και δυσλιπιδαιμίας, υπέρβαρος με χρόνια προβλήματα οσφυαλγίας, παρουσιάζει από 30-45 λεπτών αιφνίδιο άλγος στην ράχη και στην οσφύ, με έντονη ζάλη και αδυναμία. Μεταφέρεται άμεσα με ασθενοφόρο στο ΤΕΠ του περιφερειακού νοσοκομείου, όπου κατά την κλινική εξέταση ψηλαφάται σφύζουσα κοιλιακή μάζα. Η ΑΠ είναι 185/95 mmHg, οι σφύξεις: 118/λεπτό και το SpO₂: 97%. Η 1^η και 2^η μέτρηση Τροπονίνης (TnI) είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Το επόμενο βήμα στην κλινική αντιμετώπιση του ασθενούς, είναι:**
- | |
|--|
| A. Να υποβληθεί επείγοντως σε ερευνητική λαπαροτομία. |
| B. Να υποβληθεί επείγοντως σε CT άνω/κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, προς διερεύνηση οξέος διαχωρισμού ή ρήξης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. |
| Γ. Συνιστάται επείγουσα αγγειογραφία, για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο διαχωρισμού ή ρήξης ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. |
| Δ. Το μόνο που απαιτείται είναι εντατική παρακολούθηση και monitoring για 12-24 ώρες, αναλγησία για την οσφυαλγία και ρύθμιση της ΑΠ και της καρδιακής συχνότητας. |
| E. Αποκλεισμός του κωλικού ουροφόρων οδών, με διενέργεια α/α N.O.K., ενδοφλέβιας πυελογραφίας και άμεση ουρολογική εκτίμηση και αντιμετώπιση. |
| ΣΤ. Επείγουσα διενέργεια αξονικής τομογραφίας (CT) ή μαγνητικής τομογραφίας (MRI) της ΟΜΣΣ, για αποκλεισμό οξείας νευρολογικής συνδρομής από το νωτιαίο σωλήνα. |
- 36. Ποιο από τα παρακάτω κλινικά σημεία μπορεί να είναι θετικό σε αποφρακτικό ίκτερο νεοπλασματικής αιτιολογίας;**
- | | |
|------------------------|-------------------------|
| A. Σημείο Cooper nail. | Δ. Σημείο Cruveilhier. |
| B. Σημείο Chvostek. | E. Σημείο Cullen. |
| Γ. Σημείο Courvoisier. | ΣΤ. Σημείο Chilauiditi. |

- 37. Σε ασθενή με οξεία γαστρεντερίτιδα, ποια από τις παρακάτω θεωρήσεις είναι σωστή;**
- A. Με τις συνήθεις εξετάσεις κοπράνων μπορούμε να ταυτοποιήσουμε - σε αρκετά μεγάλο ποσοστό - τον υπεύθυνο μικροοργανισμό.
 - B. Η χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων κρίνεται απαραίτητη σε όλους τους ασθενείς.
 - Γ. Η χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών μειώνει σαφώς τη διάρκεια της νόσου και πρέπει να θεωρείται ως θεραπεία εκλογής σε όλους τους ασθενείς.
 - Δ. Η εκτίμηση της απώλειας υγρών και ηλεκτρολυτών κρίνεται απαραίτητη.
 - E. Ο ασθενής, πρέπει άμεσα, να υποβάλλεται σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση.
- ΣΤ. Σε περίπτωση γαστρεντερίτιδας από στέλεχος E. coli O157:H7, πρέπει να χορηγούνται άμεσα αντιβιοτικά, για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης αιμολυτικού - ουραιμικού συνδρόμου (HUS).**
- 38. Η δακτυλίτιδα (*Digoxin*) είναι ένα από τα παλαιότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ακόμη στην καρδιολογία, ιδιαίτερα σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης. Λόγω του στενού θεραπευτικού της εύρους και της νεφρικής αποβολής της, είναι εύκολο να οδηγηθεί ο ασθενής σε τοξικότητα, είτε από λανθασμένη δόση, είτε από νεφρική δυσλειτουργία, είτε από αλληλεπιδράσεις. Στα κλινικά επακόλουθα του τοξικού δακτυλιδισμού, δεν περιλαμβάνονται:**
- A. Έκτακτες κοιλιακές συστολές.
 - B. Παροξυσμική κολπική ταχυκαρδία.
 - Γ. Διαταραχές της όρασης.
 - Δ. Ναυτία και έμετοι.
 - E. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια.
 - ΣΤ. Ψιγγος και κεφαλαλγία.
- 39. Ασθενής, γυναίκα 48 ετών, προσέρχεται στο ΤΕΠ του Κέντρου Υγείας και αναφέρει έντρομη ότι προ 2 ωρών έλαβε, για απόπειρα αυτοκτονίας, 20 δισκία Ζολπιδέμης. Φάρμακο εκλογής, σε αυτή την περίπτωση, είναι ένα από τα παρακάτω:**
- A. Ακετυλοκυστεΐνη.
 - B. Ναλοξόνη.
 - Γ. Διττανθρακικά.
 - Δ. Φλουμαζενίλη.
 - E. Πραλιδοξίμη.
 - ΣΤ. Γλυκαγόνη.
- 40. Η τιμή ολικού ασβεστίου, που μετράμε στο αίμα, πρέπει να διορθώνεται κατά 0,8 mg/dl για κάθε μεταβολή της συγκέντρωσης της λευκωματίνης κατά 1 gr/dl. Η φυσιολογική τιμή του ολικού ασβεστίου του πλάσματος, είναι:**
- A. 6,5 - 8,5 mg / dl.
 - B. 8,5 - 10,5 mg / dl.
 - Γ. 10,5 - 12,5 mg / dl.
 - Δ. 10,0 - 14,0 mg / dl.
 - E. 6,0 - 12,0 mg / dl.
 - ΣΤ. Καμία από τις ανωτέρω.
- 41. Ασθενής 67 ετών, με ΗΚΓραφική εικόνα πλάγιου OEM, αφού σταθεροποιήθηκε και έλαβε την αρχική φαρμακευτική αγωγή και φροντίδα στο ΤΕΠ του ΚΥ, ετοιμάζεται να διακομιστεί από τον εφημερεύοντα «αγροτικό» ιατρό στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Η αρχική αντιμετώπιση του εμφραγματία ασθενούς σε προνοσοκομειακό επίπεδο και μέχρι την μεταφορά του σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, μπορεί να περιλαμβάνει:**
- A. Ασπιρίνη 500 mg, μασώμενη.
 - B. LMWH ή κλασική Ηπαρίνη (UFH).
 - Γ. Κλοπιδογρέλη ή Τικαγρελόρη.
 - Δ. Οξυγόνο με ροή 4-8 l/min.
 - E. Νιτρώδη.
 - ΣΤ. Όλα τα ανωτέρω.

- 42. Σε οξεία δηλητηρίαση από την κατάποση καυστικών οξέος ή αλκάλεως, οι βασικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στο επίπεδο της ΠΦΥ, πρέπει να περιλαμβάνουν:**
- | | |
|--------------------------------|--|
| A. Χορήγηση Ιπεκακουάνας. | Δ. Εξουδετέρωση αντιστοίχως με βάση ή οξύ. |
| B. Χορήγηση ενεργού άνθρακα. | Ε. Όλα τα παραπάνω. |
| Γ. Διενέργεια πλύσης στομάχου. | ΣΤ. Τίποτα από τα παραπάνω. |
- 43. Σε ασθενείς με επεισόδια ζάλης ή ίλιγγου, όλα τα παρακάτω αποτελούν συμπτώματα και κλινικά σημεία απειλητικής για τη ζωή καταστάσεως, εκτός από ένα:**
- | | |
|-----------------------|--|
| A. Διπλωπία. | Δ. Οριζόντιος νυσταγμός. |
| B. Δυσαρθρία. | Ε. Απουσία συμπτωμάτων από το αυτόνομο. |
| Γ. Κάθετος νυσταγμός. | ΣΤ. Προοδευτική έναρξη ετερόπλευρης απώλειας της ακοής και εμβοές. |
- 44. Ποιο από τα παρακάτω αντιβιοτικά ή κατηγορία αντιβιοτικών δεν χρησιμοποιείται για την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση της πνευμονίας κοινότητας:**
- | | |
|--|---------------------------------|
| A. Μακρολίδες
(Κλαριθρομυκίνη, Αζιθρομυκίνη). | Δ. Αμοξυκιλλίνη - κλαβουλανικό. |
| B. Νεότερες κινολόνες
(Λεβοφλοξασίνη, Μοξιφλοξασίνη). | Ε. Αμινογλυκοσίδες (Αμικασίνη). |
| Γ. Τετρακυκλίνες (Δοξυκυκλίνη). | ΣΤ. Κεφτριαξόνη. |
- 45. Η πιο συχνή συγγενής ανωμαλία του γαστρεντερικού συστήματος, η οποία απαντάται σε συχνότητα 1-3 % του πληθυσμού, είναι η Μεκέλειος απόφυση. Ποιά από τις παρακάτω κλινικές οντότητες αποτελεί επιπλοκή της Μεκελείου απόφυσης;**
- | | |
|-------------------|-----------------------------------|
| A. Ο εγκολεασμός. | Δ. Η απόφραξη του λεπτού εντέρου. |
| B. Η αιμορραγία. | Ε. Όλα τα παραπάνω. |
| Γ. Η φλεγμονή. | ΣΤ. Τίποτα από τα παραπάνω. |
- 46. Ποία είναι η συχνότερη αιτία προκλήσεως οξείας παγκρεατίτιδας στη χώρα μας;**
- | | |
|-------------------------|----------------------|
| A. Υπερχοληστερολαιμία. | Δ. Τραύμα κοιλίας. |
| B. Λήψη αλκοόλης. | Ε. Λήψη φαρμάκων. |
| Γ. Χολολιθίαση. | ΣΤ. Νυγμός σκορπιού. |
- 47. Νεαρός άνδρας 17 ετών, προσέρχεται στην εφημερία με έντονη δύσπνοια, κεφαλαλγία, εμβοές, ερυθρότητα και οίδημα του προσώπου. Από τον αδρό εργαστηριακό έλεγχο που διενεργήθηκε, εμφανίζει τριπλάσια τιμή LDH ορού, αυξημένη CRP και ΤΚΕ, ήπια αναιμία, με υψηλή όμως τιμή φερριτίνης και λευκοκυττάρωση. Η πιο πιθανή υποκρυπτόμενη νόσος είναι:**
- | | |
|------------------------|--------------------|
| A. Καρκίνος πνεύμονα. | Δ. Σαρκοείδωση. |
| B. Καρκίνος οισοφάγου. | Ε. Φυματίωση. |
| Γ. Λέμφωμα. | ΣΤ. Περικαρδίτιδα. |

48. Η όραση αποτελεί μία από τις πιο ευαίσθητες λειτουργίες του ΚΝΣ και κάθε διαταραχή στην ανατομική διαδρομή του οπτικού ερεθίσματος - από τον αμφιβληστροειδή έως τον ινιακό φλοιό - μπορεί να οδηγήσει σε χαρακτηριστικά πρότυπα απώλειας οπτικού πεδίου. Έτσι, η αμφοτερόπλευρη κροταφική ημιανοψία, οφείλεται συνήθως, σε:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| A. Αδένωμα της υπόφυσης. | Δ. Σκλήρυνση κατά πλάκας. |
| B. Όγκους της περιοχής του κωναρίου. | Ε. Βλάβες του αμφιβληστροειδούς. |
| Γ. Βλάβη του ενός οπτικού νεύρου. | ΣΤ. Όλα τα παραπάνω. |

49. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα – νόσος πολυπαραγοντική – προσβάλλει περίπου το 1% του πληθυσμού με αναλογία ανδρών/γυναικών 1/3 και ορίζεται ως ένα εκ των παρακάτω:

- A. Ολιγοαρθρίτιδα, κυρίως των κάτω άκρων.
 B. Συμμετρική, φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα, μικρών και μεγάλων αρθρώσεων.
 Γ. Αυτοάνοση συμμετρική, φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα, των αρθρώσεων των χεριών.
 Δ. Σπάνια μορφή οστεοαρθρίτιδας των χεριών και των κατά γόνυ αρθρώσεων.
 Ε. Φλεγμονώδης σπονδυλαρθρίτιδα, με συχνή συμμετοχή περιφερικών αρθρώσεων.
 ΣΤ. Φλεγμονώδης σπονδυλαρθρίτιδα, με σπάνια συμμετοχή περιφερικών αρθρώσεων.

50. Το σύνδρομο που φέρει το όνομα του Harvey W. Cushing, κορυφαίου νευροχειρουργού και πρωτοπόρου στην έρευνα της υπόφυσης, περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1932 και αποτέλεσε σταθμό στην κατανόηση των ενδοκρινολογικών νοσημάτων.

Ποιο από τα παρακάτω θεωρείται αναμενόμενη εκδήλωση του συνδρόμου Cushing;

- | | |
|---|-----------------------------|
| A. Χαμηλές τιμές κορτιζόλης όλο το 24ωρο. | Δ. Μαρφανοειδές πρόσωπο. |
| B. Σοβαρή απώλεια βάρους. | Ε. Όλα τα παραπάνω. |
| Γ. Υπόταση & επεισόδια υπογλυκαιμίας. | ΣΤ. Τίποτα από τα παραπάνω. |

51. Η Φυματίωση είναι ένα από τα πιο συνήθη αίτια αιμόπτυσης. Αιμόπτυση ενδέχεται επίσης να παρατηρηθεί και σε όλα τα παρακάτω νοσήματα, εκτός από ένα:

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| A. Πνευμονική εμβολή. | Δ. Βρογχογενές καρκίνωμα. |
| B. Βρογχεκτασίες. | Ε. Βακτηριακή πνευμονία. |
| Γ. Πνευμονική ίνωση. | ΣΤ. Ενδομητρίωση. |

52. Από την αρχική περιγραφή του Fitz, το 1889, η οξεία παγκρεατίτιδα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παθολογοανατομικών αλλοιώσεων του παγκρέατος, που κυμαίνονται από απλό οίδημα του παρεγχύματος του οργάνου μέχρι βαριά προσβολή του με αιμορραγία και νέκρωση, καθώς και των περίξ ιστών αλλά και απομακρυσμένων οργάνων.

Ποιο από τα παρακάτω εργαστηριακά ευρήματα θεωρείται ως κακός προγνωστικός δείκτης στην εξέλιξη της οξείας παγκρεατίτιδας;

- A. Η ελάττωση των επιπέδων του ασβεστίου του ορού.
 B. Τα υψηλά επίπεδα αμυλάσης του ορού (AMYs).
 Γ. Τα υψηλά επίπεδα αμυλάσης των ούρων (AMYU).
 Δ. Η υπεργλυκαιμία και η γλυκοζουρία.
 Ε. Η παράταση του χρόνου πήξης (INR, aPTT).
 ΣΤ. Η αύξηση του λόγου: Αμυλάση ούρων / Αμυλάση ορού (AMYU/AMYs) > 3.

- 53. Γυναίκα ηλικίας 70 ετών, με γνωστό ιστορικό χολολιθίασης προσέρχεται με κλασική συμπτωματολογία ειλεού. Ποιο από τα παρακάτω ευρήματα, στην απλή ακτινογραφία κοιλίας, θέτει με ββαιότητα τη διάγνωση του «ειλεού εκ χολολίθου»;**
- A. Η παρουσία υδραερικών επιπέδων στο έντερο.
 - B. Η παρουσία ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
 - Γ. Η παρουσία εγκυστωμένου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
 - Δ. Η παρουσία λίθων στη χοληδόχο κύστη.
 - E. Η παρουσία αέρα στο εξωηπατικό χοληφόρο δένδρο.
 - ΣΤ. Η παρουσία αέρα στο πυλωρικό άντρο.
- 54. Στα παιδιά, η πάθηση η οποία συχνά, είναι πολύ πιθανό να διαγνωστεί εσφαλμένα ως οξεία σκωληκοειδίτιδα, είναι:**
- A. Η οξεία γαστρεντερίτιδα.
 - B. Η οξεία μεσεντέριος λεμφαδενίτιδα.
 - Γ. Η οξεία τοπική εντερίτιδα.
 - Δ. Το εκκόλπωμα Meckel.
 - E. Η οξεία πυελονεφρίτιδα.
 - ΣΤ. Ο εγκολεασμός.
- 55. Σε ασθενή με χρόνια ηπατίτιδα B ή ηπατίτιδα C, ποιος έλεγχος πρέπει να διενεργείται περιοδικά – στο πλαίσιο της μακροχρόνιας τακτικής παρακολούθησής του – ώστε να είμαστε σε θέση να επιτύχουμε την πρόωμη διάγνωση ανάπτυξης καρκίνου του ήπατος;**
- A. Τρανσαμινάσες και γ-GT.
 - B. Χολερυθρίνη και γ-GT.
 - Γ. α-FP και CEA.
 - Δ. α-FP και υπερηχογράφημα κοιλίας.
 - E. Αξονική τομογραφία κοιλίας.
 - ΣΤ. Σπινθηρογράφημα ήπατος.
- 56. Η βρουκέλλωση ή Μελιταίος πυρετός, είναι μια ζωνόσος με παγκόσμια κατανομή, που προσβάλλει κυρίως κτηνοτρόφους, κτηνιάτρους, εργαζόμενους σε σφαγεία και άτομα που καταναλώνουν ωμά ή μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα. Η Βρουκέλλωση μπορεί να εκδηλωθεί, ενίοτε, με:**
- A. Ηπατομεγαλία - Σπληνομεγαλία.
 - B. Ψυχρό απόστημα σπονδύλων.
 - Γ. Προσβολή του ΚΝΣ.
 - Δ. Οστεοαρθρίτιδα - Ιερολαγονίτιδα.
 - E. Όλα τα παραπάνω.
 - ΣΤ. Τα A+B.
- 57. Σε ποιο από τα κατωτέρω νοσήματα η Υπερασβεστιαμία είναι συνήθης εκδήλωση;**
- A. Λέμφωμα non-Hodgkin.
 - B. Πολλαπλό Μυέλωμα.
 - Γ. Χρόνια Μυελογενής Λευχαιμία.
 - Δ. Οξεία Μυελογενής Λευχαιμία.
 - E. Χρόνια Μυελομονοκυτταρική Λευχαιμία.
 - ΣΤ. Χρόνια Λεμφογενής Λευχαιμία.
- 58. Διαβητικός ασθενής με λευκωματουρία. Ποιος φαρμακευτικός παράγοντας βελτιώνει περισσότερο την πρόγνωση και καθυστερεί την επιδείνωση της νεφρικής βλάβης;**
- A. αναστολέας διαύλων ασβεστίου.
 - B. αναστολέας μετατρεπτικού ενζύμου.
 - Γ. α-αναστολέας.
 - Δ. β-αναστολέας.
 - E. διουρητικό της αγκύλης.
 - ΣΤ. θειαζιδικό διουρητικό.

59. Ποιο αντιδιαβητικό φάρμακο, από τα παρακάτω, μπορεί να προκαλέσει γαλακτική οξέωση, ιδίως σε ασθενείς με έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και $GFR < 30 \text{ ml/min}$, ενώ επίσης μπορεί να μειώσει την απορρόφηση της βιταμίνης B12 από τον οργανισμό;
- A. Μετφορμίνη (*Glucophage*). Δ. Γλιμεπιρίδη (*Solosa*).
 B. Λιραγλουτίδη (*Victoza*). E. Πιογλιταζόνη (*Actos*).
 Γ. Σιταγλιπτίνη (*Januvia*). ΣΤ. Ακαρβόζη (*Glocobay*).
60. Η πρόγνωση της βαρύτητας της πνευμονίας της κοινότητας (σε ασθενή στο ΤΕΠ) σύμφωνα με την κλίμακα CURB-65, που αναπτύχθηκε το 2002 στο πανεπιστήμιο του Νότιγγχαμ από τον W.S. Lim και συν., περιλαμβάνει:
- A. Επίπεδα ουρίας $> 65 \text{ mg/dl}$. Δ. Αριθμός αναπνοών $> 20/\text{λεπτό}$.
 B. Ηλικία ασθενούς > 70 έτη. E. Όλα τα παραπάνω.
 Γ. $\Delta\text{ΑΠ} < 65 \text{ mmHg}$ & $\Sigma\text{ΑΠ} < 80 \text{ mmHg}$. ΣΤ. Κανένα από τα παραπάνω.
61. Αγρότης 65 ετών, προσέρχεται κάθιδρος στο ΤΕΠ του ΚΥ, όπου αναφέρει τοξική έκθεση σε Παραθείο προ 15 λεπτών, στο αγρόκτημά του. Ο ασθενής εμφανίζει επίσης βραδυκαρδία, βρογχόσπασμο, έντονη δύσπνοια, μύση, έντονη σιελόρροια, καθώς και ήπιο τρόπο με μεμονωμένους μυϊκούς ινιδισμούς. Θεραπεία εκλογής σε αυτή την περίπτωση, είναι:
- A. Η χορήγηση Ατροπίνης σε υψηλές δόσεις και Πραλιδοξίμης.
 B. Η χορήγηση Αδρεναλίνης σε χαμηλή δόση και Πυριδοξίνης.
 Γ. Η χορήγηση Ναλοξόνης και Ακετυλοκυστεΐνης.
 Δ. Η χορήγηση O_2 σε υψηλές συγκεντρώσεις και βρογχοδιασταλτικών.
 E. Η χορήγηση επαναλαμβανόμενα βρογχοδιασταλτικών και Διαζεπάμης.
 ΣΤ. Τα B + Δ είναι σωστά.
62. Το πολύμορφο ερύθημα περιγράφεται ως μια οξεία, υποτροπιάζουσα συνδρομή, με δερματικές βλάβες μορφολογίας δίκην ίριδας ή στόχου. Παρουσιάζει ετήσια επίπτωση περίπου 1%, αφορά κυρίως ηλικίες 20-40 ετών, με ήπια επικράτηση των ανδρών. Ποιό από τα παρακάτω δεν αποτελεί αίτιο εμφάνισης του πολυμόρφου ερυθήματος;
- A. Χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Δ. Κακοήθεια.
 B. Λοίμωξη από απλό έρπητα. E. Χρήση κοτριμοξαζόλης.
 Γ. Λοίμωξη από μυκόπλασμα. ΣΤ. Χρήση ΜΣΑΦ.
63. Η πνευμονία σε νεαρούς ενήλικες, ιδίως σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον, μπορεί να προκληθεί από ποικιλία παθογόνων - βακτηριακών και ιογενών - με διαφοροποιήσεις ως προς την κλινική εικόνα, την ακτινολογική εμφάνιση και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Ποιο ή ποια από τα παρακάτω παθογόνα δεν αποτελεί συνηθισμένο αίτιο πνευμονίας σε νεαρούς ενήλικες ηλικίας < 50 ετών;
- A. *Mycoplasma pneumoniae*. Δ. *Klebsiella pneumoniae*.
 B. *Streptococcus pneumoniae*. E. Ιοί.
 Γ. *Chlamydia pneumoniae*. ΣΤ. Τα A + Γ.

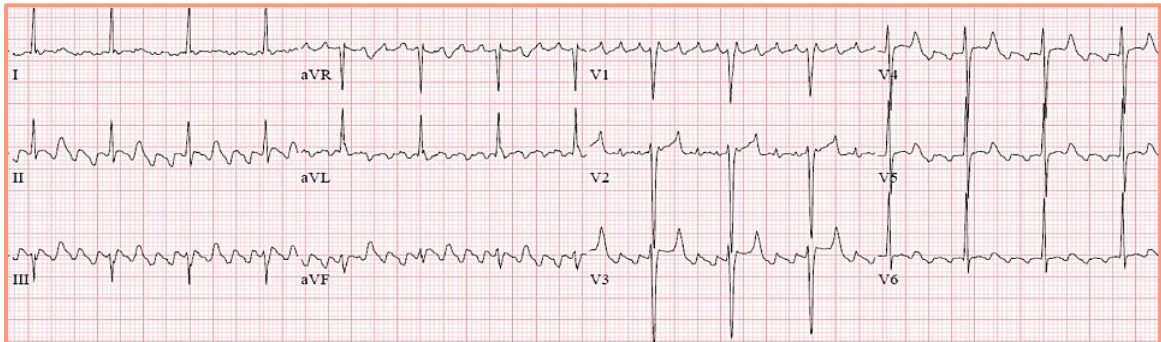
64. Ποια από τις παρακάτω θεωρήσεις δεν ισχύει αναφορικά με τις κλινικο-εργαστηριακές εκδηλώσεις της λοιμώδους μονοπυρηνώσεως:

- A. Μπορεί να εμφανισθεί κυνάγχη, με φαιόλευκα εξιδρωματικά στοιχεία.
- B. Η τραχηλική λεμφαδενίτιδα είναι αρκετά συχνή.
- Γ. Ο πυρετός είναι κυματοειδής και διαρκεί μέχρι 2 βδομάδες.
- Δ. Μπορεί να εμφανισθεί κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα.
- E. Υπάρχει λεμφοκυττάρωση.
- ΣΤ. Οίδημα του άνω βλεφάρου, άμφω (σημείο Hoagland), τις πρώτες ημέρες της νόσου.

65. Ένας 70χρονος ασθενής με ΣΔ2 από 20ετίας παρουσιάζεται στο ΤΕΠ παραπονούμενος για έντονο πόνο στο αριστερό αυτί με εκροή πύου. Στη κλινική εξέταση ο ασθενής είναι απύρετος. Το πτερύγιο του ωτός είναι διογκωμένο και ο έξω ακουστικός πόρος είναι εξέρυθρος και οιδηματώδης. Στη γενική αίματος ο αριθμός των WBC είναι 8700/μλ. Ο μικροοργανισμός που είναι πιθανότερο να απομονωθεί από το πύον, είναι:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| A. Pseudomonas aeruginosa. | Δ. Candida albicans. |
| B. Staphylococcus aureus. | E. Haemophilus influenzae. |
| Γ. Streptococcus saprophyticus. | ΣΤ. Moraxella catarrhalis. |

66. Ασθενής, άρρεν, 62 ετών, με ιστορικό ΧΑΠ σταδίου II και κατάχρησης οινόπνευματος, προσέρχεται στο ΤΕΠ με το εικονιζόμενο ΗΚΓ. Ποια η διάγνωση;



- | | |
|------------------------------------|---|
| A. Κολπική μαρμαρυγή. | Δ. Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. |
| B. Κολπικός περυσισμός. | E. 3 ^ο βαθμού κ-Κ αποκλεισμός. |
| Γ. Πολυεστιακή κολπική ταχυκαρδία. | ΣΤ. Τίποτα από τα παραπάνω. |

67. Όλες οι κάτωθι θεωρήσεις είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Η κανονική διάρκεια του διαστήματος P-R στο ΗΚΓ, κυμαίνεται μεταξύ 0,12-0,20 sec.
- B. Ο εγγενής ρυθμός του κολποκοιλιακού κόμβου είναι 40 - 60 σφύξεις/λεπτό.
- Γ. Στον 3^ο βαθμού κολποκοιλιακό (πλήρη) αποκλεισμό μπορεί τα συμπλέγματα QRS να είναι περισσότερα από τα κύματα P.
- Δ. Φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης στην Εκλαμψία, θεωρούνται η Υδραλαζίνη και οι β-αποκλειστές, σε συνδυασμό με Θεϊκό Μαγνήσιο.
- E. Τα φάρμακα που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε σε ταχυκαρδία με στενά συμπλέγματα QRS είναι: Αδενοσίνη, Βεραπαμίλη, β-αναστολείς, Διγοξίνη και Διλτιαζέμη.
- ΣΤ. Για να χορηγηθούν με ασφάλεια οι ανταγωνιστές της Αλδοστερόνης ως θεραπεία στη Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια, πρέπει η κρεατινίνη ορού να είναι σε επίπεδα < 2,5 mg/dl και το Κάλιο ορού να είναι < 5,0 mmol/l.

68. Το σύνδρομο Dressler εμφανίζεται συνήθως μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, έμφραγμα μυοκαρδίου ή καρδιακό τραύμα και περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον καρδιολόγο William Dressler, στο Maimonides Medical Center των ΗΠΑ, το 1956. Το σύνδρομο Dressler χαρακτηρίζεται από όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:

A. Θωρακαλγία.	Δ. Μεσοθωρακίτιδα.
B. Δύσπνοια.	Ε. Πλευριτική συλλογή.
Γ. Περικαρδίτιδα.	ΣΤ. Πυρετός.

69. Ασθενής 63 ετών παραπονιέται για αίσθημα βάρους στον θώρακα, εδώ και 45 λεπτά. Ο ασθενής είναι ανήσυχος, παγωμένος κι ιδρωμένος, με HR: 52 bpm, ΑΠ: 80/50 mmHg, SpO₂: 92%. Το μόνιτορ του ΗΚΓφου δείχνει στην απαγωγή II τον εικονιζόμενο ρυθμό. Ποια είναι η προτεινόμενη άμεση θεραπευτική παρέμβαση;



A. Ατροπίνη 0,5 - 1,0 mg (iv-push).	Δ. Αδρεναλίνη 1 mg (iv-push).
B. Αδενοσίνη 6 mg (iv-push).	Ε. Διαδερμική βηματοδότηση.
Γ. Ντοπαμίνη 20 mg/kg/min (iv).	ΣΤ. Αμιωδαρόνη 150 mg (iv bolus).

70. Τρεις εβδομάδες μετά από μια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, ένας 25χρονος ασθενής εμφανίζει στο ΤΕΠ με μουδιάσματα και αδυναμία στα χέρια και στα πόδια εδώ και 3-4 ημέρες. Κατά τη φυσική εξέταση εμφανίζεται ταχυπνοϊκός με ρηχές αναπνοές και συμμετρική μυϊκή αδυναμία και στα δύο χέρια και πόδια. Δεν υπάρχει εμφανές αισθητικό έλλειμμα στα άκρα, αλλά τα αντανακλαστικά των άκρων δεν εκλύονται. Η πιθανότερη διάγνωση είναι:

A. Μυασθένεια gravis.	Δ. Δερματομυοσίτιδα.
B. Πολλαπλή Σκλήρυνση.	Ε. Οξεία τοξική νευροπάθεια.
Γ. Σύνδρομο Guillain-Barré.	ΣΤ. Οξεία εγκάρσια μυελίτιδα.

71. Αναλάβετε την παρακολούθηση ενός νεοδιαγνωσμένου μεσήλικα διαβητικού ασθενή. Ποιο από τα παρακάτω (κλινικές εξετάσεις ή εργαστηριακές μετρήσεις) θεωρείται ως λιγότερο χρήσιμο κατά τη μακροχρόνια διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη;

A. Έλεγχος της ΑΠ.	Δ. Έλεγχος της HbA _{1c} .
B. Έλεγχος των οφθαλμών.	Ε. Έλεγχος των λιπιδίων.
Γ. Έλεγχος των ποδιών.	ΣΤ. Έλεγχος ηπατικών ενζύμων.

72. Στις αρχές Ιουνίου εξετάσατε μια καταβεβλημένη 76χρονη ασθενή η οποία μάλλον χρειάζεται φροντίδα στο σπίτι. Η ασθενής ασχολείται μόνο με οικιακές εργασίες και με τη φροντίδα του κήπου της και δεν έχει εμβολιαστεί καθόλου εδώ και πολλά χρόνια εκτός από το εμβόλιο του Πνευμονιοκόκκου που έκανε προ 3 ετών όταν νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο για πνευμονία. Μεταξύ των κατάλληλων συμβουλών που θα δώσετε στη νοσηλεύτρια της «κατ' οίκον φροντίδας» για την γηραιά ασθενή σας, είναι και:
- | | |
|---------------------------------|--|
| A. Εμβολιασμός για την γρίπη. | Δ. Επανεμβολιασμός για Πνευμονιόκοκκο. |
| B. Εμβολιασμός για Αιμόφιλο. | E. Εμβολιασμός για Τέτανο. |
| Γ. Εμβολιασμός για Ηπατίτιδα Β. | ΣΤ. Όλα τα ανωτέρω. |
73. Ενώ εφημερεύετε, προσέρχεται στο ΤΕΠ ένα αγόρι 12 ετών με έντονο πόνο και εικόνα φλεγμονής στο δεξιό πέλμα. Η ερυθρότητα και το οίδημα επεκτείνονται μέχρι το έσω σφυρό. Ο μικρός ασθενής και η μητέρα συνοδός του, αναφέρουν ότι πριν λίγες ημέρες είχε πατήσει ξυπόλυτο μια σανίδα και μια παρασχίδα ξύλου είχε μπει στο πέλμα του, αλλά την αφαίρεσε μόνος του στο σπίτι ύστερα από πολύωρη και εργώδη προσπάθεια. Ο πιθανότερος μικροοργανισμός, που ευθύνεται για τη φλεγμονή, είναι:
- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| A. Clostridium perfringens. | Δ. Escherichia coli. |
| B. Clostridium tetani. | E. Streptococcus. |
| Γ. Staphylococcus. | ΣΤ. Candida. |
74. Με βάση το προαναφερθέν περιστατικό που εξετάσατε στο ΤΕΠ, η καταλληλότερη αντιβιοτική αγωγή, για τον ύποπτο μικροβιακό παράγοντα, είναι:
- | | |
|------------------|--------------------|
| A. Πενικιλίνη. | Δ. Σιπροφλοξασίνη. |
| B. Ερυθρομυκίνη. | E. Κλοξακιλλίνη. |
| Γ. Δοξυκυκλίνη. | ΣΤ. Αμικασίνη. |
75. Η νόσος των Λεγεωναρίων έχει θνησιμότητα που μπορεί να φτάσει μέχρι το 15%, ενώ σε νοσηλεύομενους ασθενείς μπορεί να φτάσει μέχρι 50% εφόσον η αντιβιοτική αγωγή δεν χορηγηθεί έγκαιρα. Ποιό από τα παρακάτω κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα δεν ανευρίσκεται συχνά στην νόσο των Λεγεωναρίων (πνευμονία από Legionella pneumophila);
- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| A. Τρανσαμινασαιμία. | Δ. Πυρετός. |
| B. Διάρροια. | E. Υπερνατριαιμία. |
| Γ. Υπονατριαιμία. | ΣΤ. Διαταραχές επιπέδου συνείδησης. |
76. Ασθενής άρρεν 58 ετών, με ιστορικό κίρρωσης ήπατος, παρουσιάζει μεγάλη αύξηση της α-φετοπρωτεΐνης (α-FP) και ήπια αύξηση των τρανσαμινασών (AST και ALT), σε τακτικό έλεγχο που υπεβλήθη προ ημερών. Αυτό είναι πλέον πιθανό να οφείλεται, σε:
- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| A. Ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού Ca. | Δ. Σύνδρομο Budd-Chiari. |
| B. Έξαρση της παρούσας νόσου. | E. Εργαστηριακό λάθος. |
| Γ. Ανάπτυξη λοιμώξεως. | ΣΤ. Ηπατικές μεταστάσεις. |

77. Ποιό από τα παρακάτω ευρήματα αποτελεί το βαρύτερο προγνωστικό σημείο σε οξεία ικτερική ηπατίτιδα;

- | | |
|--|--|
| A. Η αύξηση των τρανσαμινασών. | Δ. Ο βαθμός της αναιμίας. |
| B. Η αύξηση της χολερυθρίνης. | E. Μικρό μέγεθος ήπατος στο U/S κοιλίας. |
| Γ. Η παράταση του χρόνου προθρομβίνης. | ΣΤ. Αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων. |

78. Όλες οι παρακάτω προτάσεις σχετίζονται με το σύνδρομο Mallory - Weiss, εκτός από:

- A. Παθολογοανατομικά, αφορά αυτόματη διάτρηση όλων των χιτώνων του οισοφάγου.
 B. Το κύριο σύμπτωμα είναι η γαστρεντερική αιμορραγία μετά από εμετό.
 Γ. Συχνά συνδέεται με τη χρόνια κατανάλωση αλκοόλης και ΜΣΑΦ.
 Δ. Η οισοφαγοσκόπηση είναι σημαντική διαγνωστική εξέταση.
 E. Η θεραπεία είναι κατεξοχήν συντηρητική.
 ΣΤ. Η υπερέμεση της κύησης μπορεί να είναι μια αιτία εμφάνισης του συνδρόμου.

79. Ένας 49χρονος άνδρας με γνωστό ιστορικό περιορισμένου μικροκυτταρικού καρκίνου στον πνεύμονα εμφανίζεται στο ΤΕΠ με έκδηλη ταραχή και σύγχυση, νυσταγμό, αταξία, περιφερική απώλεια αισθητικότητας και γενικευμένη αδυναμία. Η πιο πιθανή αιτιολογία αυτής της διαταραχής είναι:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| A. Υπερασβεστιαμία. | Δ. Μυασθένεια gravis. |
| B. Παρανεοπλασματικό σύνδρομο. | E. Σύνδρομο υπεργλοιότητας. |
| Γ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. | ΣΤ. Σύνδρομο άνω κοίλης. |

80. Ποιός μηχανισμός είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση θρομβοπενίας στην περίπτωση ασθενούς με ανεπάρκεια της βιταμίνης B₁₂ ;

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| A. Μειωμένη παραγωγή αιμοπεταλίων. | Δ. Μειωμένη επιβίωση αιμοπεταλίων. |
| B. Ανακατανομή στο αγγειακό δίκτυο. | E. Κληρονομικές αιτίες. |
| Γ. Ταχεία καταστροφή αιμοπεταλίων. | ΣΤ. Όλα τα παραπάνω. |

81. Ποιος μηχανισμός είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση θρομβοπενίας στην περίπτωση διάχυτης ενδαγγειακής πήξης (DIC);

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| A. Μειωμένη παραγωγή αιμοπεταλίων. | Δ. Μειωμένη επιβίωση αιμοπεταλίων. |
| B. Ανοσολογικά αίτια. | E. Κληρονομικά αίτια. |
| Γ. Ταχεία καταστροφή αιμοπεταλίων. | ΣΤ. Όλα τα παραπάνω. |

82. Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα εμφανίζεται συχνά σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (IVDU). Η δομή που προσβάλλεται συχνότερα σε αυτούς τους ασθενείς, είναι:

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| A. Η Μιτροειδής βαλβίδα. | Δ. Η Πνευμονική βαλβίδα. |
| B. Η Αορτική βαλβίδα. | E. Το ωτίο του αριστερού κόλπου. |
| Γ. Η Τριγλώχινα βαλβίδα. | ΣΤ. Το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. |

83. Η αριστερή ενδοκαρδίτιδα (LSE) είναι μια λοίμωξη του συνόλου ή του τμήματος της μιτροειδούς και/ή της αορτικής βαλβίδας και των δομών που γειτνιάζουν ανατομικά. Μπορεί να προκληθεί από διάφορα παθογόνα, αλλά η βακτηριακή προέλευση είναι η πιο κοινή. Ποιος μικροοργανισμός δεν θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας λοιμώδους ενδοκαρδίτιδος των αριστερών κοιλοτήτων;
- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| A. Clostridium spp. | Δ. Brucella spp. |
| B. Staphylococcus aureus. | E. Enterococcus. |
| Γ. Streptococcus viridans. | ΣΤ. Streptococcus bovis. |
84. Κατά την παθογένεια της οξείας διάρροιας, ποιός μικροοργανισμός χαρακτηριστικά διαπερνά τον εντερικό βλεννογόνο του άπω λεπτού εντέρου, πολλαπλασιάζεται στις πλάκες του Peyer, και στη συνέχεια διασπείρεται στην κυκλοφορία του αίματος;
- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| A. Vibrio cholerae. | Δ. Rotavirus. |
| B. Enterotoxigenic E. coli. | E. Clostridium difficile. |
| Γ. Salmonella typhi. | ΣΤ. Τα Α+Ε. |
85. Δυδρωματική υπεζωκοτική συλλογή μπορεί να προκληθεί από μία εκ των κατωτέρω ασθενειών:
- | | |
|--------------------------|--------------------|
| A. Βακτηριακή πνευμονία. | Δ. Κίρρωση ήπατος. |
| B. Ιογενής λοίμωξη. | E. Παγκρεατίτιδα. |
| Γ. Κακοήθειες. | ΣΤ. Σαρκοείδωση. |
86. Μια 42χρονη παχύσαρκη γυναίκα με γνωστή χολολιθίαση παρουσιάζεται στο ΤΕΠ αιτιώμενη συμπτώματα ναυτίας και εμέτου από 48ώρου, μαζί με έντονο συνεχή πόνο στο επιγάστριο. Κατά τη φυσική εξέταση εμφανίζει μόνο χαμηλή πυρετική κίνηση ενώ κατά τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρίσκεται ελαφρώς αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (WBC: 12.300/μl), αυξημένη τιμή CRP και αυξημένα επίπεδα αμυλάσης του ορού και των ούρων. Η πιθανότερη διάγνωση είναι:
- | | |
|------------------------------|---|
| A. Οξεία χολαγγειίτιδα. | Δ. Πρώιμη φάση οξείας σκωληκοειδίτιδας. |
| B. Οξεία ηπατίτιδα. | E. Οξεία παγκρεατίτιδα. |
| Γ. Διάτρηση πεπτικού έλκους. | ΣΤ. Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. |
87. Μια 70χρονη ασθενής παραπονιέται για αδυναμία, κόπωση, δυσπεψία και ενίοτε δύσπνοια από τριμήνου. Η κόρη της, που την συνοδεύει στο ιατρείο, αναφέρει ότι η μητέρα της έχει επίσης κάποια μικρή απώλεια μνήμης τους τελευταίους μήνες και περιστασιακά αναφέρει έντονες αιμοδιές στις παλάμες και στα δύο κάτω άκρα. Ο εργαστηριακός έλεγχος που παραγγέλατε εμφανίζει, μεταξύ άλλων: Hb: 9,8 g/dL και τιμή του MCV: 114 fl. Η πιο πιθανή αιτία εμφάνισης των συμπτωμάτων είναι:
- | |
|--|
| A. Αυτοαντισώματα για τη θυρεοσφαιρίνη (Anti-TG). |
| B. Αυτοαντισώματα έναντι των ιστονών. |
| Γ. Αυτοαντισώματα έναντι των γαστρικών τοιχωματικών κυττάρων (APCA). |
| Δ. Αυτοαντισώματα έναντι της διπλής έλικας του DNA (Anti-dsDNA). |
| E. Αυτοαντισώματα έναντι Καρδιολιπίνης (ACA). |
| ΣΤ. Αυτοαντισώματα έναντι ιστικής τρανσγλουταμινάσης (Anti-tTG-IgA). |

88. Η Πρωτοπαθής Χολική Κίρρωση (ΠΧΚ) είναι μια νόσος που προσβάλλει κατά 90% γυναίκες μέσης ηλικίας μεταξύ 40 και 59 ετών (γυναίκες/άνδρες: 9/1). Η ΠΧΚ δεν έχει περιγραφεί ποτέ σε παιδιά και είναι σπάνια πριν την ηλικία των 30 ετών. Ποιο από τα παρακάτω εργαστηριακά ευρήματα παρατηρείται πιο συχνά σε ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση;
- | | |
|------------------------------|--|
| A. Θετικά αντισώματα ANA. | Δ. Αυξημένα επίπεδα σερουλοπλασμίνης. |
| B. Θετικά αντισώματα AMA. | Ε. Αυξημένα επίπεδα φερριτίνης. |
| Γ. Θετικά αντισώματα c-ANCA. | ΣΤ. Θετικό αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας Β. |
89. Ένας 16χρονος μεταφέρεται στο ΤΕΠ μετά από επίθεση που δέχθηκε στο κεφάλι με έναν μεταλλικό σωλήνα, μετά από συμπλοκή προ 20 λεπτών. Ανοίγει τα μάτια του για λίγο σε επώδυνα ερεθίσματα, μουρμουρίζει ακατανόητους ήχους, και αποσύρει στα επώδυνα ερεθίσματα. Τι βαθμολογία της κλίμακας Γλασκώβης έχει ο ασθενής μας;
- | | |
|--------|--------|
| A. 10. | Δ. 7. |
| B. 9. | Ε. 6. |
| Γ. 8. | ΣΤ. 5. |
90. Ένας 25χρονος οδηγός αυτοκινήτου μεταφέρεται στο ΤΕΠ μετά από πλάγιο-μετωπική σύγκρουση υψηλής ενέργειας. Κατά τη φυσική εξέταση παρουσίαζε ΑΠ: 70/40 mmHg, σφύξεις: 140/λεπτό, SpO₂: 92%, άλγος και ευαισθησία σε ολόκληρη την κοιλία και ένα εκτεταμένο αιμάτωμα σε όλη την κοιλιακή χώρα χωρίς εμφανές θλαστικό τραύμα. Ποιο από τα παρακάτω όργανα είναι πιθανότερο να έχει υποστεί βλάβη;
- | | |
|------------|----------------------|
| A. Ήπαρ. | Δ. Κοιλιακή αορτή. |
| B. Σπλήν. | Ε. Λεπτό έντερο. |
| Γ. Νεφρός. | ΣΤ. Ουροδόχος κύστη. |
91. Εφόσον η θεραπευτική παρέμβαση με διττανθρακικό νάτριο (NaHCO₃) αποδεικνύεται τελικά αναποτελεσματική, ποιο από τα παρακάτω αντιαρρυθμικά φάρμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της υπερκοιλιακής αρρυθμίας που σχετίζεται με υπερβολική (τοξική) δόση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCA);
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Β-αναστολέας. | Δ. Λιδοκαΐνη. |
| B. Αναστολέας διαύλων ασβεστίου. | Ε. Αμιωδαρόνη. |
| Γ. Φαινοτοΐνη. | ΣΤ. Κατηγορία Α ή Ic αντιαρρυθμικό. |
92. Όλα τα παρακάτω αποτελούν βασικούς τρόπους δράσης των κορτικοστεροειδών στην περίπτωση πνευμονικών παθήσεων, εκτός από έναν:
- | |
|--|
| A. Εμποδίζουν την δέσμευση IgE από τους υποδοχείς. |
| B. Μειώνουν την αντίσταση των πνευμονικών αγγείων. |
| Γ. Μειώνουν την απάντηση στις κατεχολαμίνες. |
| Δ. Μειώνουν την υπερβολική παραγωγή βλέννης. |
| Ε. Αναστέλλουν την απελευθέρωση φλεγμονωδών μεσολαβητών. |
| ΣΤ. Μειώνουν την αντιδραστικότητα των αεραγωγών. |

93. Όλες οι παρακάτω προτάσεις είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες των β-διεγερτών είναι: ταχυκαρδία, τρόμος, ερυθρότητα, υποκαλιαιμία, διαταραχές αερισμού/αιμάτωσης, κεφαλαλγία, ζάλη, εφίδρωση.
- B. Η Ντοπαμίνη σε μικρές δόσεις $< 2 \mu\text{g/kg/min}$, διεγείρει εκλεκτικά τους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς D₁ και οδηγεί σε αύξηση της άρδευσης των νεφρών και της διούρησης.
- Γ. Η χορήγηση Ν-Ακετυλοκυστεΐνης (NAC) ως βλεννολυτικό φάρμακο, μπορεί να μειώσει τη δραστηριότητα αντιβιοτικών όπως Πενικιλίνη, Ερυθρομυκίνη, Τετρακυκλίνη.
- Δ. Η Λοπεραμίδη (Imodium) έχει αποδεδειγμένα ένδειξη χορήγησης, σε οξείες διάρροιες, σε έδαφος ελκώδους κολίτιδος, ψευδομεμβρανώδους κολίτιδος και αμοιβαδικής δυσεντερίας.
- Ε. Η λευκοπενία είναι ένα σύνηθες εύρημα που παρατηρείται σε πνευμονίες της κοινότητας από MRSA-CA που παράγει την τοξίνη PVL (Panton-Valentine Leukocidin).
- ΣΤ. Η εξέταση β-χοριακής γοναδοτροπίνης (β-HCG) μπορεί να είναι θετική, σε περιπτώσεις μήλης κύησης, χοριοκαρκινώματος και Ca όρχεως.

94. Όλες οι ακόλουθες προτάσεις είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Στη δηλητηρίαση από εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's) μπορεί να εμφανιστεί το «σύνδρομο σεροτονίνης» που χαρακτηρίζεται από την κλινική τριάδα: διαταραχές επιπέδου συνείδησης, υπερδραστηριότητα του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ) και νευρομυϊκές διαταραχές.
- B. Ως οισοφάγος Barrett, χαρακτηρίζεται η ανάπτυξη γαστρικού τύπου επιθήλιου σε ασθενείς με εμμένουσα σοβαρή ΓΟΠΝ, στο κατώτερο τριτημόριο του οισοφάγου, που προδιαθέτει για την ανάπτυξη γαστρικού καρκινώματος.
- Γ. Η Ομεπραζόλη αλληλεπιδρά συχνά με άλλα φάρμακα και βάσει τούτου επιβραδύνει την απορρόφηση της Βαρφαρίνης, της Διαζεπάμης και της Φαινυτοΐνης.
- Δ. Η χορήγηση Μοξιφλοξασίνης απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στους ασθενείς που λαμβάνουν αντιαρρυθμικά φάρμακα ή έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες για εμφάνιση αρρυθμιών, διότι μπορεί να προκαλέσει παράταση του διαστήματος QT.
- Ε. Αντενδείξεις όλων των αντιαρρυθμικών φαρμάκων είναι ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός και οι έκτοποι ρυθμοί εκ διαφυγής, εφόσον δεν υπάρχει τοποθετημένος βηματοδότης.
- ΣΤ. Η χορήγηση Αμιωδαρόνης μπορεί να ευθύνεται για το «σύνδρομο του μπλε ανθρώπου».

95. Γυναίκα ασθενής 72 ετών, προσέρχεται στην εφημερία με δύσπνοια, αίσθημα παλμών από 45 λεπτών, με ΑΠ: 110/65 mmHg, SpO₂: 90% και καρδιακό ρυθμό: 130-160 bpm. Έχει ιστορικό ΧΑΠ σταδίου II και λαμβάνει ενίοτε από μόνη της διάφορα φάρμακα που της είχαν συνταγογραφήσει, κατά καιρούς, οι Πνευμονολόγοι που έχει επισκεφθεί. Στο ΗΚΓ (απαγωγή II) απεικονίζεται η παρακάτω αρρυθμία και πρέπει να χορηγηθεί:



- | | |
|--------------------|----------------|
| A. Θεικό Μαγνήσιο. | Δ. Αμιωδαρόνη. |
| B. Εσμολόλη. | Ε. Διγοξίνη. |
| Γ. Μετοπρολόλη. | ΣΤ. Λιδοκαΐνη. |

96. Ποιά από τις παρακάτω θεωρήσεις είναι σωστή, σχετικά με ασθενή που παρουσιάζει υποτροπιάζοντα επεισόδια χολαγγειΐτιδος;

- A. Υποδηλώνουν παρουσία υποκείμενης παθολογίας του χοληδόχου πόρου.
- B. Συμβαίνουν συχνά σε ασθενείς που έχουν καθετήρες ή stents στο χοληδόχο πόρο.
- Γ. Η κατάσταση μπορεί να βελτιωθεί με χρόνια χορήγηση αντιβιοτικών.
- Δ. Μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη δευτερογενούς Χολικής κίρρωσης.
- E. Όλα τα παραπάνω είναι σωστά.
- ΣΤ. Κανένα από τα παραπάνω δεν είναι σωστό.

97. Ασθενής με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή που δεν λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή, κινδυνεύει από:

- A. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- B. Εμβολή μεσεντερίου.
- Γ. Αρτηριακή εμβολή άκρου ποδός.
- Δ. Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.
- E. Όλα τα παραπάνω.
- ΣΤ. Τα A + B.

98. Ασθενής, άρρεν 65 ετών, καπνιστής, με ιστορικό ΑΥ και δυσλιπιδαιμίας υπό αγωγή, παρουσιάζει αιφνίδιο άλγος στην κοιλιά και την οσφύ και έντονη ζάλη από 30 λεπτών. Μεταφέρεται στο ΤΕΠ, όπου μεταξύ άλλων ψηλαφάται σφύζουσα κοιλιακή μάζα. Η ΑΠ είναι 195/105 mmHg, οι σφύξεις 112 bpm και ο κορεσμός οξυγόνου SpO₂: 93%. Η πιθανότερη αρχική φαρμακευτική παρέμβαση, με βάση τη διάγνωση σας, θα είναι:

- A. Καπτοπρίλη + Αμλοδιπίνη.
- B. Κλονιδίνη + Προπρανολόλη.
- Γ. Νιτρώδη + Εσμολόλη.
- Δ. Νιτρώδη + Κλοπιδογρέλη.
- E. Εσμολόλη + Διγοξίνη.
- ΣΤ. Αμιωδαρόνη.

99. Σημαντικό ποσοστό ουροπαθογόνων μικροβίων και ειδικά των E. coli εμφανίζουν πλέον παραγωγή ευρέως φάσματος β-λακταμασών [ESBL (+)]. Ποια/ες από τις παρακάτω ουσίες ανήκουν στους αναστολείς των β-λακταμασών;

- A. Σουλμπακτάμη.
- B. Κλαβουλανικό οξύ.
- Γ. Λορακαρμπέφη.
- Δ. Αζτρεονάμη.
- E. Όλα τα παραπάνω.
- ΣΤ. Τα A + B.

100. Οι νάρθηκες έλξης αποτελούν βασικό εξοπλισμό στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα και χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση καταγμάτων στα μεγάλα οστά, εφαρμοζόμενοι κατά μήκος του ποδιού. Σε ασθενή, από σοβαρό τροχαίο, με πολλαπλά κατάγματα κορμού και άκρων, ποια από τις παρακάτω τραυματικές κακώσεις, αποτελεί βασική αντένδειξη για την εφαρμογή του μηριαίου νάρθηκα έλξης;

- A. Γωνίωση κατάγματος κνήμης.
- B. Κάταγμα μηριαίου οστού.
- Γ. Κάταγμα πυέλου.
- Δ. Κάταγμα ποδοκνημικής (ΠΔΚ).
- E. Σοβαρή ΚΕΚ.
- ΣΤ. Όλα τα παραπάνω.

101. Όλες οι προτάσεις για την ομοιόσταση του ασβεστίου είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Το «σύνδρομο του αδηφάγου οστού – Hungry Bone Syndrome», παρατηρείται μετά από επεμβάσεις στον θυρεοειδή και τους παραθυρεοειδείς, μετά από έναρξη χορήγησης βιταμίνης D σε ασθενείς με ραχίτιδα και χαρακτηρίζεται από υπερβολική μετακίνηση ασβεστίου στα οστά με επακόλουθη υπασβεστιαμία.
- B. Η Παραθορμόνη αυξάνει τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα, προκαλώντας κινητοποίηση του ασβεστίου των οστών και αύξηση της επαναρρόφησης του από τους νεφρούς.
- Γ. Η Καλσιτονίνη αυξάνει το ασβέστιο του αίματος, μέσω διέγερσης της οστεοκλαστικής δραστηριότητας.
- Δ. Οι διαταραχές του μεταβολισμού του ασβεστίου μπορεί να προκαλούνται από συγγενή απουσία ή επίκτητη βλάβη των παραθυρεοειδών αδένων, αδένωμα ή υπερπλασία των παραθυρεοειδών, έλλειψη βιταμίνης D, μοριακές διαταραχές των υποδοχέων της PTH ή της βιταμίνης D και σε νεφρικές νόσους που περιορίζουν την απέκκριση φωσφόρου και την παραγωγή $1,25 (OH)_2D_3$ με αποτέλεσμα την υπασβεστιαμία και δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό.
- E. Τα ενδοφλέβια Διφωσφονικά (Zoledronate, Ibandronate) χορηγούνται αμέσως μετά την διάγνωση σοβαρής Υπερασβεστιαμίας, επειδή η μέγιστη δράση τους εκδηλώνεται μετά από 2-5 ημέρες και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια.
- ΣΤ. Αίτια υπερασβεστιαμίας εκτός του πολλαπλού μυελώματος και του καρκίνου μαστού, μπορεί να είναι η Φυματίωση, η Σαρκοείδωση, η Βηριλλίωση, το λέμφωμα Hodgkin.

102. Ένα εύρημα εκ των παρακάτω δεν παρατηρείται στην οξεία παγκρεατίτιδα:

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| A. Λευκοκυττάρωση. | Δ. Αύξηση των τρανσαμινασών. |
| B. Υπερασβεστιαμία. | E. Απώλεια υγρών. |
| Γ. Υπεργλυκαιμία. | ΣΤ. Αύξηση της LDH. |

103. Η «δοκιμασία Καπτοπρίλης» συμβάλλει στη διάγνωση:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| A. Του δευτεροπαθούς αλδοστερονισμού. | Δ. Της ιδιοπαθούς υπέρτασης. |
| B. Της νεφραγγειακής υπέρτασης. | E. Του συνδρόμου Cushing. |
| Γ. Του φαιοχρωμοκυττώματος. | ΣΤ. Τίποτα από τα παραπάνω. |

104. Αυξημένος αριθμός δικτυοερυθροκυττάρων (ΔΕΚ) παρατηρείται σε:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| A. Απλαστική αναιμία. | Δ. Αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία. |
| B. Μυελοϊνωση. | E. Οξεία λευχαιμία. |
| Γ. Μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο. | ΣΤ. Κανένα από τα παραπάνω. |

105. Από τους παρακάτω κλινικούς συνδυασμούς, ένας δεν ισχύει:

- A. Σύνδρομο Plummer-Vinson – Σιδηροπενική αναιμία.
- B. Αναιμία Biermer – Έλλειψη ενδογενούς παράγοντος.
- Γ. Γλωσσίτιδα – Έλλειψη βιταμίνης B12.
- Δ. Εκκόλπωμα μεσότητος οισοφάγου – Παλαιά φυματίωση.
- E. Αναιμία Biermer – Γαστρική υπερέκκριση.
- ΣΤ. Σύνδρομο Imerslund-Gräsbeck – Έλλειψη βιταμίνης B12.

- 106. Λοιμώξεις από Μυκοβακτηρίδια, υποδηλώνουν μια από τις παρακάτω καταστάσεις:**
- A. Ένδεια/δυσλειτουργία B-λεμφοκυττάρων. Δ. Ένδεια του συμπληρώματος.
 B. Ένδεια/δυσλειτουργία T-λεμφοκυττάρων E. Όλα τα παραπάνω.
 Γ. Μετά από σπληνεκτομή. ΣΤ. Κανένα από τα παραπάνω.
- 107. Άνδρας ασθενής 69 ετών, νοσηλεύεται στην κλινική για οξεία χολοκυστίτιδα. Ποιο από τα παρακάτω σχήματα είναι εντελώς λάθος για έναρξη αντιβιοτικής αγωγής:**
- A. Λινεζολίδη + Αμικασίνη. Δ. Αμπικιλίνη/ σουλβακτάμη.
 B. Σιπροφλοξασίνη + Μετρονιδαζόλη. E. Τικαρκιλίνη/ κλαβουλανικό.
 Γ. Κεφτριαξόνη + Μετρονιδαζόλη. ΣΤ. Κεφοξιτίνη + Μετρονιδαζόλη.
- 108. Η εφαρμογή στρατηγικών προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για κακοήθειες ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την επιδημιολογική επιβάρυνση. Ποια από τις παρακάτω στρατηγικές αποτελεί τον ενδεδειγμένο προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο σε ασυμπτωματική γυναίκα 29 ετών, σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες (π.χ. USPSTF, WHO);**
- A. Διενέργεια μαστογραφίας, κάθε 5 χρόνια.
 B. Test Παπανικολάου τουλάχιστον κάθε 3 χρόνια.
 Γ. Έλεγχος των κοπράνων για μικροσκοπική απώλεια αίματος.
 Δ. Διενέργεια ακτινογραφίας θώρακος, κάθε 5 χρόνια.
 E. Φυσική εξέταση του μαστού από γιατρό, κάθε χρόνο.
 ΣΤ. Όλα τα παραπάνω.
- 109. Άνδρας, 60 ετών, με χρόνια προβλήματα κατάχρησης οινόπνευματος, διακομίζεται με ασθενοφόρο στο ΤΕΠ έχοντας εμφανίσει οξέως σύγχυση, αμφοτερόπλευρη παράλυση του απαγωγού και αταξία. Ποια από τις παρακάτω ουσίες πρέπει να χορηγηθεί επείγοντως στον ασθενή;**
- A. Θειαμίνη (Βιταμίνη B1). Δ. Βιταμίνη B12.
 B. Διαζεπάμη. E. Φαινυτοΐνη.
 Γ. Φομεπιζόλη. ΣΤ. Φλουμαζενίλη.
- 110. Ασθενής με μικρή διόγκωση του θυρεοειδούς έρχεται στο ιατρείο με τις ακόλουθες εργαστηριακές εξετάσεις TSH: μη ανιχνεύσιμη, T4: φυσιολογική, T3: φυσιολογική και αντιθυρεοειδικά αντισώματα: θετικά. Ποιά είναι η πιθανότερη διάγνωση;**
- A. Αυτοάνοσος θυρεοειδίτιδα. Δ. Υποξεία θυρεοειδίτιδα De Quervain.
 B. Απλή βρογχοκήλη. E. Θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς.
 Γ. Νόσος του Graves. ΣΤ. Μυξοίδημα.
- 111. Σε ποια από τις παρακάτω φλεγμονώδεις ρευματικές παθήσεις παρατηρείται συχνά προσβολή των άπω φαλαγγοφαλαγγικών αρθρώσεων;**
- A. Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Δ. Στην ψωριασική αρθρίτιδα.
 B. Στην αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα. E. Στον Σ.Ε.Λ.
 Γ. Στη συστηματική σκληροδερμία. ΣΤ. Τα Α+Β.

112. Ο ανάκροτος σφυγμός αποτελεί εύρημα που χαρακτηρίζει την εξής κατάσταση:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| A. Αναιμία. | Δ. Κύηση. |
| B. Στένωση αορτής. | E. Ανεπάρκεια αορτής. |
| Γ. Υπερθυρεοειδισμός. | ΣΤ. Πνευμονική εμβολή. |

113. Γυναίκα, ηλικίας 38 ετών, με έντονη αγχώδη διαταραχή, παχύσαρκη, προσέρχεται στο ΚΥ λόγω αισθήματος παλμών από 24ώρου και αρρυθμία. Η ασθενής λαμβάνει από 2ετίας, 1 δισκίο 75 μg θυροξίνης ημερησίως, λόγω πολυοζώδους βρογχοκήλης. Στο ΗΚΓ διαπιστώνεται κολπική μαρμαρυγή. Ποια είναι η πιθανότερη διάγνωση;

- A. Αύξηση της δόσης της θυροξίνης, αυτοβούλως, με στόχο την απώλεια βάρους.
 B. Νόσος του Graves.
 Γ. Αυτόνομο λειτουργικό αδένωμα θυρεοειδούς.
 Δ. Τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη.
 E. Εστιακή θυρεοειδίτιδα.
 ΣΤ. Συμπιεστική περικαρδίτιδα.

114. Από τα παρακάτω νοσήματα, που συνοδεύονται συχνά από οξύ θωρακικό πόνο, όλα συνιστούν πιθανό άμεσο κίνδυνο για τη ζωή και απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση, εκτός από ένα:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| A. Πνευμοθώρακας υπό τάση. | Δ. Διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής. |
| B. Πλευρίτις με υπεζωκοτική συλλογή. | E. Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. |
| Γ. Πνευμονική εμβολή. | ΣΤ. Ρήξη οισοφάγου. |

115. Όλες οι παρακάτω προτάσεις είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Επιγαστρικός πόνος μια ώρα μετά το γεύμα μπορεί να δηλώνει έλκος 12δακτύλου.
 B. Η χολολιθίαση μπορεί να συνοδεύεται από αίσθημα δυσανεξίας στα λιπαρά φαγητά.
 Γ. Επιγαστρικός πόνος κατά τη διάρκεια του ύπνου μπορεί να δηλώνει οισοφαγοκήλη.
 Δ. Ο αιφνίδιος ισχυρός πόνος στο επιγάστριο μπορεί να αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση του πεπτικού έλκους.
 E. Ο ισχυρός υπογαστρικός πόνος που αναγκάζει τον ασθενή να «κουλουριάζεται» και να κινείται «δεξιά-αριστερά» στο κρεβάτι του αποτελεί χαρακτηριστική εικόνα της διάτρησης της σκωληκοειδούς απόφυσης από σκωληκοειδίτιδα.
 ΣΤ. Η κλινική τριάδα του Mackler εμφανίζεται σε περιπτώσεις συνδρόμου Boerhaave.

116. Ποιό από τα παρακάτω αποτελεί χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα στην περίπτωση διάτρησης πεπτικού έλκους;

- A. Η εξεσημασμένη ταχυκαρδία.
 B. Η ευαισθησία του επιγαστρίου κατά την ψηλάφηση.
 Γ. Ο υψηλός πυρετός.
 Δ. Η εξάλειψη της ηπατικής αμβλύτητας.
 E. Η τυμπανικότητα της κοιλίας κατά την επίκρουση.
 ΣΤ. Κανένα από τα παραπάνω.

117. Ποιό από τα παρακάτω δεν ενοχοποιείται ως αίτιο οξείας παγκρεατίτιδας;

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| A. Ο αλκοολισμός. | Δ. Ο υπερπαραθυρεοειδισμός. |
| B. Η χολολιθίαση. | E. Η υπερλιπιδαιμία. |
| Γ. Ο υπερθυρεοειδισμός. | ΣΤ. Ο νυγμός σκορπιού. |

118. Το σύνδρομο της άνω μεσεντέριας αρτηρίας (σύνδρομο Wilkie), χαρακτηρίζεται από όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:

- A. Εμφανίζεται συγγενώς ή επίκτητα μετά από ταχεία απώλεια βάρους ή επέμβαση στη σπονδυλική στήλη.
- B. Δημιουργείται λόγω συμπίεσης της 3ης μοίρας του 12δακτύλου μεταξύ της αορτής και της άνω μεσεντέριας αρτηρίας.
- Γ. Η απόφραξη της άνω μεσεντέριας αρτηρίας οδηγεί σε υποάρδευση των σπλάγχχνων.
- Δ. Το επιγαστρικό άλγος υποχωρεί μετά τον εμετό και σε αριστερή πλάγια ή πρηνή θέση.
- E. Συχνά παρατηρείται σε νεαρές, πολύ αδύνατες και νευρωσικές γυναίκες.
- ΣΤ. Επιπλοκές μπορεί είναι: ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, ειλεός, υποθρεψία.

119. Η πνευμονία που εμφανίζεται στον δεξιό μέσο λοβό, σέβεται την ελάσσονα μεσολόβιο και η σκίαση που σχηματίζεται στην ακτινογραφία θώρακος έχει το κυρτό προς τα κάτω, συνήθως οφείλεται σε:

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| A. Klebsiella pneumonia. | Δ. Pneumocystis jirovecii. |
| B. Legionella pneumophila. | E. Aspergillus spp. |
| Γ. Streptococcus pneumoniae. | ΣΤ. Staphylococcus aureus. |

120. Άνδρας ηλικίας 21 ετών, διακομίζεται στο ΤΕΠ με δύσπνοια, ορθόπνοια και σύγχυση. Στην ακτινογραφία θώρακος παρουσιάζει εικόνα πνευμονικής συμφόρησης, με μικρή καρδιά και στην ακρόαση διάχυτους μη μουσικούς ρόγχους. Το ΗΚΓ είναι φυσιολογικό με φλεβοκομβική ταχυκαρδία 140 σφύξεις/min. Με την κατάλληλη υποστηρικτική θεραπεία όλα τα συμπτώματα υποχωρούν μέσα σε 48 ώρες από την εισαγωγή. Ποια είναι η πιθανότερη διάγνωση;

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| A. Πνευμονική εμβολή. | Δ. Αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια. |
| B. Ιογενής πνευμονία. | E. Πνευμονικό οίδημα από ναρκωτικά. |
| Γ. Κρίση βρογχικού άσθματος. | ΣΤ. ARDS. |

121. Γυναίκα 35 ετών χωρίς παιδιά, με ιστορικό πνευμονικής εμβολής προ 25 ημερών, λαμβάνει Βαρφαρίνη από το στόμα και βρίσκεται σε άριστη κατάσταση. Προσέρχεται στο ιατρείο και αναφέρει ότι ανακάλυψε μόλις χθες ότι είναι έγκυος. Τι πρέπει να γίνει από τα παρακάτω;

- A. Διακοπή της κύησης, άμεσα.
- B. Διακοπή Βαρφαρίνης και έναρξη Ασπιρίνης.
- Γ. Διακοπή Βαρφαρίνης και έναρξη Κλοπιδογρέλης.
- Δ. Διακοπή Βαρφαρίνης και έναρξη Ασπιρίνης και Κλοπιδογρέλης.
- E. Διακοπή Βαρφαρίνης και έναρξη LMWH μέχρι το τέλος και του θηλασμού.
- ΣΤ. Διακοπή Βαρφαρίνης και έναρξη LMWH μέχρι τον τοκετό.

122. Όλες οι παρακάτω προτάσεις σχετίζονται με τη παραοισοφαγοκήλη, εκτός από:

- A. Αυτή μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς.
- B. Το αίσθημα του οπισθοστερνικού καύσου είναι το κύριο σύμπτωμα των ασθενών.
- Γ. Συμπτώματα που μπορεί να εκδηλωθούν μεταξύ άλλων, είναι απόφραξη κι αιμορραγία.
- Δ. Το προπίπτον τμήμα του στομάχου μπορεί να στραγγαλιστεί και να διατηρηθεί.
- Ε. Γενικά, ως θεραπεία προτιμάται η χειρουργική.
- ΣΤ. Η θολοπλαστική αφορά κυρίως ασθενείς με αναγωγές και πνευμονικά συμπτώματα.

123. Η Πνευμονική Εμβολή μπορεί να εμφανιστεί με ένα φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, που κυμαίνονται από ήπια μη ειδικά συμπτώματα έως κυκλοφορική καταπληξία.

Στα κριτήρια, που έθεσε το 2001 ο Philip S. Wells, για τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής, συμπεριλαμβάνονται όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:

- A. Έντονο άλγος στον θώρακα και δύσπνοια.
- B. Προηγούμενο ιστορικό πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) ή εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης.
- Γ. Πρόσφατη χειρουργική επέμβαση ή παρατεταμένη ακινησία τις τελευταίες 30 ημέρες.
- Δ. Αιμόπτυση.
- Ε. Ιστορικό νεοπλασίας ή θεραπεία νεοπλασίας, κατά τους τελευταίους έξι (6) μήνες.
- ΣΤ. Απουσία εναλλακτικής διάγνωσης πιο πιθανής από την πνευμονική εμβολή.

124. Όλες οι παρακάτω θεωρήσεις είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Η Γλυκαγόνη αποτελεί το αντίδοτο σε περιπτώσεις δηλητηρίασεως από β-αναστολείς, αναστολείς διαύλων ασβεστίου, ινσουλίνη και υπογλυκαιμικά δισκία.
- B. Πολλαπλές δόσεις ενεργού άνθρακα (κάθε 2-6 ώρες για διάστημα 24-48 ωρών) μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν σε υπερδοσολογία ουσιών όπως η Αμινοφυλλίνη, η Κινίνη, η Καρβαμαζεπίνη, η Φαινοβαρβιτάλη, η Φαινοκυκλιδίνη και η Δαψόνη.
- Γ. Σε περίπτωση δηλητηρίασης από οργανοφωσφορικούς εστέρες (Παραθείο/Μαλαθείο) και Φυτοφάρμακα/Ζιζανιοκτόνα (Paraquat), η άμεση αντιμετώπιση – μεταξύ άλλων – περιλαμβάνει, την υποστήριξη των ζωτικών σημείων με άμεση χορήγηση ενδοφλεβίως κρυσταλλοειδών, οξυγόνο (O₂) σε υψηλές συγκεντρώσεις και χορήγηση ατροπίνης.
- Δ. Παράγοντες που ευθύνονται για την πρόκληση αιμόλυσης, σε άτομα με έλλειψη του ενζύμου G-6-PD, μεταξύ άλλων, είναι: η Ασπιρίνη, η Νιτροφουραντοΐνη, η Χλωροκίνη, η Σιπροφλοξασίνη, η Ισονιαζίδη, η Λοραταδίνη και η Φαινυντοΐνη.
- Ε. Σε περίπτωση διάρροιας που το αίτιο είναι το E. Coli (O157:H7), δεν πρέπει να δίδεται αντιμικροβιακή αγωγή, γιατί αυξάνει ο κίνδυνος εκδήλωσης ουραιμικού-αιμολυτικού συνδρόμου, με θρομβοπενία, αιμολυτική αναιμία και οξεία νεφρική βλάβη.
- ΣΤ. Οξεία αναφυλακτική αντίδραση μπορεί να επιπλακεί με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, στο πλαίσιο του συνδρόμου Κούννη ή μέσω ιατρογενούς πρόκλησης συνδρόμου Takotsubo.

125. Γυναίκα 37 ετών, στην 32^η εβδομάδα της κύησης, προσέρχεται στο ΤΕΠ αιτιώμενη δύσπνοια, ζάλη, επιδεινούμενο οίδημα κάτω άκρων από 3ημέρου, καθώς και έντονη ψυχοκινητική διέγερση. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνετε ΑΠ: 175/105 mmHg, SpO₂: 95%, HR: 115 bpm, RR: 22/min και Θ: 36,8° C. Όλες οι κάτωθι ουσίες μπορεί να φανούν χρήσιμες στην κλινική αυτή περίπτωση, εκτός από:

- | | |
|-----------------|--------------------|
| A. Φουροσεμίδα. | Δ. Θεϊκό Μαγνήσιο. |
| B. Νιφεδιπίνη. | Ε. Υδραλαζίνη. |
| Γ. Λαβεταλόλη. | ΣΤ. Τα Α+Β. |

126. Στους καρκινικούς δείκτες ανήκουν όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| A. α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη. | Δ. β2 Μικροσφαιρίνη. |
| B. Χοριακή γοναδοτροπίνη. | E. Ειδικό προστατικό αντιγόνο. |
| Γ. α1-Αντιθρομβίνη. | ΣΤ. Φερριτίνη. |

127. Όλα τα παρακάτω αντιβιοτικά εμφανίζουν δραστικότητα (μικρή ή μεγάλη) κατά των Gram θετικών (+) μικροβίων, εκτός από ένα:

- | | |
|------------------|-------------------|
| A. Αζτρεονάμη. | Δ. Λινεζολίδη. |
| B. Βανκομυκίνη. | E. Μοξιφλοξασίνη. |
| Γ. Κλινδαμυκίνη. | ΣΤ. Τιγκεκυκλίνη. |

128. Όλα τα παρακάτω αντιβιοτικά εμφανίζουν δραστικότητα (μικρή ή μεγάλη) κατά των Gram αρνητικών (-) μικροβίων, εκτός από ένα:

- | | |
|-----------------|--------------------|
| A. Αζτρεονάμη. | Δ. Κεφεπίμη. |
| B. Αμικασίνη. | E. Σιπροφλοξασίνη. |
| Γ. Βανκομυκίνη. | ΣΤ. Τιγκεκυκλίνη. |

129. Όλες οι παρακάτω θεωρήσεις για τις φαρμακευτικές δράσεις ή τις αλληλεπιδράσεις της Αμιωδαρόνης (*Angoron*) είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Μπορεί να προκαλέσει πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία (Torsade de pointes) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, υποκαλιαιμία και τοξικά επίπεδα δακτυλίτιδος.
 - B. Το 10-17% των λαμβανόντων 400 mg ως ημερήσια δόση, αναπτύσσει πνευμονίτιδα, που μπορεί να οδηγήσει σε θανατηφόρο πνευμονική ίνωση, αν συνεχιστεί η αγωγή.
 - Γ. Το φάρμακο αναστέλλει την περιφερειακή μετατροπή της T4 σε T3 αυξάνοντας έτσι τα επίπεδα της T4, οπότε μέχρι και 6% των λαμβανόντων εμφανίζει υποθυρεοειδισμό.
 - Δ. Κατά τη διάρκεια χορήγησης, μπορεί να εμφανιστεί από το ΚΝΣ, εγγύς μυική αδυναμία, περιφερική νευροπάθεια, οπτική νευρίτιδα, διαταραχές μνήμης και διαταραχές ύπνου.
 - E. Ελαττώνει το χρόνο προθρομβίνης σε ταυτόχρονη λήψη Βαρφαρίνης, οπότε η δόση της Βαρφαρίνης πρέπει να αυξάνεται τουλάχιστον κατά 33% για να έχουμε θεραπευτικό INR.
- ΣΤ. Ανήκει στα αντιαρρυθμικά τάξης III και μπλοκάρει τους διαύλους καλίου.

130. Όλες οι κάτωθι θεωρήσεις για τις φαρμακευτικές δράσεις ή τις αλληλεπιδράσεις της Μετοκλοπραμίδης (*Primperan*) είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Αναστέλλει την χαλάρωση του σώματος του στομάχου και ενισχύει τον ΚΟΣ.
 - B. Δεν έχει ιδιαίτερη κλινική αποτελεσματικότητα στην ΓΟΠΝ, την διαβητική γαστροπάρεση και την ιδιοπαθή γαστρική στάση.
 - Γ. Χορηγείται για την αντιμετώπιση των εμέτων μετά από χημειοθεραπεία.
 - Δ. Στον μετεγχειρητικό παραλυτικό ειλεό, βελτιώνει την ναυτία, τον έμετο και το κοιλιακό άλγος και βοηθά στην επανεμφάνιση εντερικών ήχων και την διευκόλυνση της αποβολής αερίων και κοπράνων.
 - E. Η χορήγησή της αντενδείκνυται σε ασθενείς με αιμορραγία, απόφραξη ή διάτρηση του πεπτικού σωλήνα, σε φαιοχρωμοκύττωμα, σε επιληψία, σε νόσο Parkinson και κατάθλιψη.
- ΣΤ. Είναι λιποδιαλυτή, με per os βιοδιαθεσιμότητα >75% και έχει χρόνο ημιζωής 4,5-9 ώρες.

131. Μεταξύ των παραγόντων που μπορεί να μειώσουν την απορρόφηση της βιταμίνης B12 - εκτός από την έλλειψη του ενδογενούς παράγοντα (IF) που παρατηρείται σε αυτοάνοση γαστρίτιδα και μετά από γαστρεκτομή - και να προκαλέσουν δυνητικά την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων μεγαλοβλαστικής αναιμίας, είναι:

- A. Παρασιτική λοίμωξη από *Diphyllobothrium latum* (Βοθριοκέφαλος ο πλατύς).
- B. Φάρμακα (Μετοφορμίνη, ASA, Ακυκλοβίρη, Νεομυκίνη, Υδροζουρία).
- Γ. Το ανοσολογικής αρχής σύνδρομο Imerslund - Gräsbeck.
- Δ. Διαταραχές στην περιοχή του τελικού ειλεού (τροπικό sprue, λέμφωμα, ΦΝΕ).
- E. Όλα τα ανωτέρω.
- ΣΤ. Τα Α+Β.

132. Η αντίδραση Δισουλφιδράμης, αποτελεί μια οξεία αντίδραση, που χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα προσώπου (flushing), αύξηση παλμών, δίψα, θωρακαλγία, δυσκολία στην αναπνοή, ταχυκαρδία, υπόταση, ναυτία, έμετο και εμφανίζεται συνήθως μετά από λήψη:

- A. Αμινογλυκοσιδών ή Κινολονών.
- B. Οργανοφωσφορικών εστέρων.
- Γ. Αλκοόλης ή Μετρονιδαζόλης.
- Δ. Βανκομυκίνης.
- E. Οπιοειδών ή SSRI.
- ΣΤ. Τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.

133. Γυναίκα ασθενής 58 ετών, με BMI:18,6, καπνίστρια, με ατομικό αναμνηστικό ΑΥ, οστεοπόρωσης και υπερθυρεοειδισμού με πλημμελή συμμόρφωση, προσκομίζεται από το σύζυγό της στο ΤΕΠ σε ημικωματώδη κατάσταση, από διώρου.

Από την κλινική εξέταση παρουσιάζει ΑΠ:165/90 mmHg, HR: 138 bpm, RR: 20/min, Θ: 39,7°C. Η ασθενής παρουσιάζει, επίσης, αίσθημα παλμών με ΗΚΓφικά ευρήματα κοιλιακής μαρμαρυγής, έντονη εφίδρωση, εμέτους και διάρροιες από 48ώρου, ικτερική χροιά των επιπεφυκότων, έντονη αδυναμία και παροδική ψυχοκινητική διέγερση.

Από τη γενική αίματος, εμφανίζει: ήπια αναιμία, σχετική λεμφοκυττάρωση και ήπια θρομβοπενία. Από τον αδρό βιοχημικό έλεγχο, εμφανίζει: υπεργλυκαιμία, υποκαλσιμία, υπερασβεστιαμία, αυξημένη CPK και αύξηση τρανσαμινασών.

Με βάση τα ανωτέρω κλινικά & εργαστηριακά ευρήματα, η πιθανότερη διάγνωση είναι:

- A. Βακτηριακή ή ιογενής μηνιγγίτιδα.
- B. Ισχαιμικό ή αιμορραγικό ΑΕΕ.
- Γ. Μυξοιδηματικό κώμα.
- Δ. Θυρεοτοξική κρίση.
- E. Ηπατική εγκεφαλοπάθεια.
- ΣΤ. Νευρογενής καταπληξία.

134. Με βάση την παραπάνω πιθανή διάγνωση, η δέουσα θεραπευτική παρέμβαση που πρέπει να εφαρμοστεί, μπορεί να στηριχτεί σε έναν από τους κάτωθι συνδυασμούς φαρμάκων:

- A. Κεφτριαζόνη / Βανκομυκίνη / Παρακεταμόλη.
- B. Ακυκλοβίρη / Βανκομυκίνη / Μαννιτόλη / Διαζεπάμη.
- Γ. Προπυλθειουρακίλη / Γαστρογραφίνη / Δεξαμεθαζόνη.
- Δ. Προπυλθειουρακίλη / Ασπιρίνη / Κλονιδίνη.
- E. Ακετυλοκυστεΐνη / Δεξαμεθαζόνη / Κλονιδίνη.
- ΣΤ. Φλουμαζενίλη / Ναλοξόνη / Θειαμίνη / Ριφαξιμίνη.

135. Ασθενής 62 ετών αγροτοκτηνοτρόφος, προσέρχεται στο ΤΕΠ του ΚΥ με έντονο πυρετό με ρίγος (39,2°C), ταχυκαρδία (HR: 120 bpm), ΑΠ: 165/95 mmHg, με έντονη κεφαλαλγία, μυαλγίες, ερυθρότητα προσώπου και έντονη ταχύπνοια. Ο ασθενής αναφέρει ότι πριν από 5 ημέρες ξεκίνησε διπλή αντιβιοτική θεραπεία (Δοξυκυκλίνη/Γενταμυκίνη) για τη θεραπεία Μελιταίου πυρετού, που του διαγνώστηκε στο νοσοκομείο.

Η πιθανότερη διάγνωση για την παρούσα κλινική κατάσταση, είναι:

- | | |
|---|----------------------------|
| A. Αλλεργική αντίδραση στη Γενταμυκίνη. | Δ. Υπερτασικό επεισόδιο. |
| B. Αντίδραση Jarisch - Herxheimer. | Ε. Σύνδρομο καρκινοειδούς. |
| Γ. Προσβολή του ΚΝΣ από Βρουκέλλα. | ΣΤ. Τίποτα από τα ανωτέρω. |

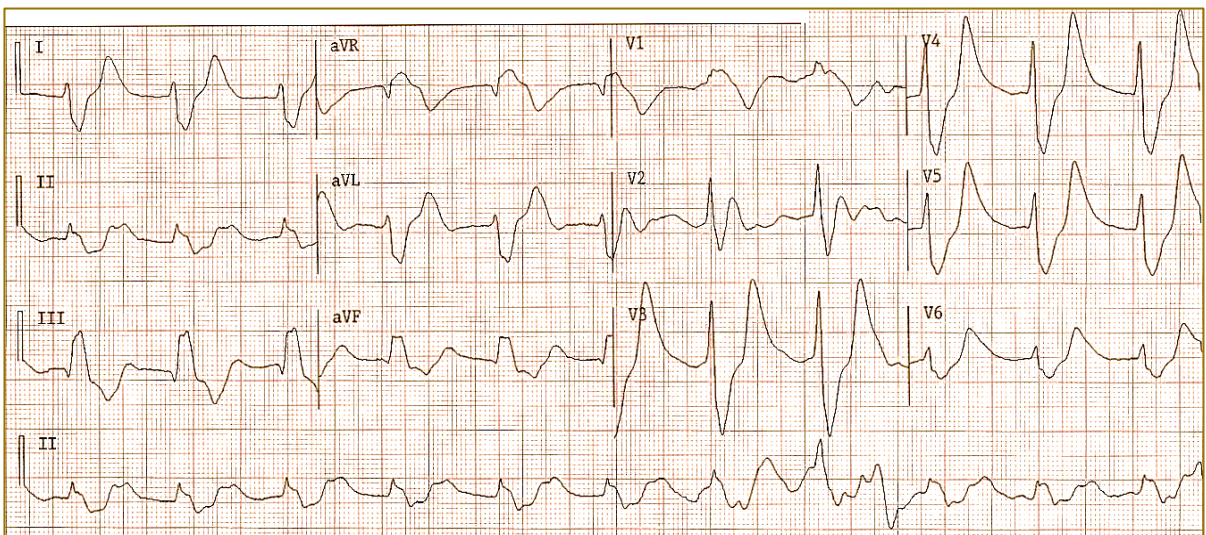
136. Το προσωπικό νεύρο (VII εγκεφαλική συζυγία), το οποίο περιγράφηκε με σαφήνεια από τον Thomas Willis τον 17ο αιώνα, είναι υπεύθυνο για την κινητικότητα των μυών της έκφρασης, την αισθητικότητα της γεύσης στα πρόσθια 2/3 της γλώσσας, καθώς και τις παρασυμπαθητικές εκκρίσεις των δακρύων και του σιέλου.

Αίτια μονόπλευρης πάρεσης του προσωπικού νεύρου, μπορεί να είναι:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| A. Τραύμα, Τέτανος, ΣΔ. | Δ. Σαρκοείδωση, νόσος Wegener. |
| B. Ιοί HSV, EBV, CMV, λιθοειδίτιδα. | Ε. Όλα τα ανωτέρω. |
| Γ. Όγκοι γεφυρο-παρεγκεφ/κής γωνίας. | ΣΤ. Τα B+Γ. |

137. Ασθενής γυναίκα 72 ετών, με ΑΥ και νεφρική ανεπάρκεια σταδίου III, προσέρχεται στο ΤΕΠ του ΚΥ αιτιώμενη αδυναμία και κακονυχία από 48ώρου, με συνοδά 5-7 επεισόδια εμέτων καθώς και 2-3 επεισόδια διαρροιών το τελευταίο 12ωρο.

Ο εργαστηριακός έλεγχος, μετά από 30 λεπτά, επιβεβαιώνει τη διάγνωση που θέσατε αρχικώς με το παρακάτω ΗΚΓ που διενεργήσατε στην ασθενή και έρχεστε σε επαφή με τον ειδικό. Η θεραπευτική αγωγή που θα εφαρμόσετε, πρέπει να περιλαμβάνει:



- | |
|---|
| A. Ασβέστιο / Ινσουλίνη-γλυκόζη / β_2 -αγωνιστές. |
| B. Ασβέστιο / Γλυκόζη / β -blockers. |
| Γ. Διουρητικά / Γλυκόζη / ιοντοανταλλακτική ρητίνη. |
| Δ. Ασβέστιο / Διουρητικά / Διγοξίνη. |
| Ε. Ασπιρίνη / Νιτρώδη / Διουρητικά. |
| ΣΤ. Ασπιρίνη / Νιτρώδη / Ηπαρίνη. |

138. Σε προνοσοκομειακό επίπεδο, η «κλίμακα Cincinnati» ή “CPSSS” ή “C-STAT”, μας προσφέρει μια καλή αρχική εκτίμηση, για τον ασθενή, στην περίπτωση:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| A. Επιληπτικής κρίσης. | Δ. Διαβητικής κετοξέωσης. |
| B. Αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. | Ε. Πνευμονικής εμβολής. |
| Γ. Υπογλυκαιμικού κώματος. | ΣΤ. Τίποτα από τα παραπάνω. |

139. Όλες οι παρακάτω θεωρήσεις για τις Μακρολίδες, είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Σε πάσχοντες από ΧΑΠ, η χορήγηση Αζιθρομυκίνης βρέθηκε ότι προκαλεί μείωση των λευκοκυττάρων, των αιμοπεταλίων, της CRP και της ιντερλευκίνης-8 στο αίμα.
- B. Μετά από 24 ώρες από τη χορήγηση Αζιθρομυκίνης και Ερυθρομυκίνης, η συγκέντρωση της πρώτης μέσα στα ανθρώπινα ουδετερόφιλα είναι 10 φορές μεγαλύτερη από αυτήν της δεύτερης.
- Γ. Σε ασθενείς με ΧΝΑ και $GFR \leq 30$ ml/min δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης της Κλαριθρομυκίνης, ενώ η Αζιθρομυκίνη απαιτεί προσεκτική προσαρμογή της δόσης.
- Δ. Η χορήγηση της Αζιθρομυκίνης ενδείκνυται σε λοιμώξεις από Chlamydia trachomatis, Haemophilus ducreyi, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae.
- Ε. Η απορρόφηση των Μακρολιδών επηρεάζεται από την παρουσία τροφής στο στομάχο.
- ΣΤ. Αντένδειξη για τη χρήση Μακρολίδης είναι το σύνδρομο μακρού QT.

140. Όλες οι παρακάτω θεωρήσεις για την Παροξυσμική Υπερκοιλιακή Ταχυκαρδία (PSVT) και την αντιμετώπισή της είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Αιτίες για την εμφάνιση PSVT μπορεί να είναι: η καφεΐνη, το αλκοόλ, το κάπνισμα, η ατροπίνη, η διγοξίνη, η ΧΑΠ, το OEM, η χολοκυστοπάθεια, η πρόπτωση μιτροειδούς.
- B. Η Αδενοσίνη είναι το φάρμακο εκλογής για την ανάταξη της PSVT.
- Γ. Η χορήγηση της Αδενοσίνης αντενδείκνυται στους ασθενείς με σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου, κολποκοιλιακό αποκλεισμό 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού, σε ασθενείς με υπόταση, καθώς και σε ασθενείς με βρογχικό άσθμα.
- Δ. Στους ασθενείς, με ταχυκαρδία με στενά συμπλέγματα QRS και κανονική καρδιακή λειτουργία, μπορεί να επιχειρηθεί φαρμακευτική ανάταξη και με β-blockers.
- Ε. Στους ασθενείς, με διαταραγμένη την καρδιακή λειτουργία τους, μπορεί να επιχειρηθεί φαρμακευτική ανάταξη της PSVT με χορήγηση Αμιωδαρόνης.
- ΣΤ. Κατά την προσπάθεια ανάταξης της PSVT ή εμμένουσας PSVT με Βεραπαμίλη, πρέπει να προηγείται χορήγηση γλυκονικού ασβεστίου για την αποφυγή υπότασης.

141. Θύμα οξείας τοξίκωσης από Μεθανόλη, μπορεί να προσέλθει στο ΤΕΠ αναφέροντας έντονο κοιλιακό άλγος με ναυτία, έμετο, διαταραχές όρασης με κεντρικά σκοτώματα ή σχεδόν πλήρη τύφλωση, διαταραχές του ΚΝΣ, έντονη κεφαλαλγία, λήθαργο ή κώμα. Σε αυτήν την περίπτωση, η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να είναι άμεση και μεταξύ άλλων υποστηρικτικών μέτρων, περιλαμβάνει τη χορήγηση:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| A. Αιθανόλης. | Δ. Ναλοξόνης. |
| B. Φομεπιζόλης. | Ε. Φλουμαζενίλης. |
| Γ. Φυλλικού οξέος. | ΣΤ. Τα Α+Β+Γ. |

142. Στον ίλιγγο κεντρικής αιτιολογίας παρατηρούμε όλα τα παρακάτω εκτός από:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| A. Αιφνίδια εισβολή του επεισοδίου. | Δ. Οριζόντιος και κάθετος νυσταγμός. |
| B. Ήπια συμπτώματα από το αυτόνομο. | Ε. Ιστορικό ελαφράς ΚΕΚ ή ΑΕΕ. |
| Γ. Μη εξαντλούμενος νυσταγμός. | ΣΤ. Πιθανή ύπαρξη διπλωπίας. |

143. Στα αίτια ίλιγγου (περιφερικού ή κεντρικού) μπορεί να περιλαμβάνονται:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| A. Νόσος Menière. | Δ. Ωτοτοξικότητα (Αμινογλυκοσίδες). |
| B. Ακουστικό Νευρίνωμα. | Ε. Όλα τα ανωτέρω. |
| Γ. Πολλαπλή σκλήρυνση. | ΣΤ. Τα Α+Β. |

144. Ο ασθενής που ετοιμάζεστε να διακομίσετε στο νοσοκομείο, ξεκίνησε να λαμβάνει ένα ενδοφλέβιο διάλυμα με ρυθμό 100 ml/h. Η συσκευή έγχυσης που χρησιμοποιούμε έχει σύστημα χορήγησης δόσης 10 drops/ml. Στις πόσες σταγόνες ανά λεπτό πρέπει να τιτλοποιήσουμε για να επιτύχουμε τον περιγραφόμενο ρυθμό έγχυσης.

- | | |
|------------------|-------------------|
| A. 10 drops/min. | Δ. 30 drops/min. |
| B. 17 drops/min. | Ε. 32 drops/min. |
| Γ. 27 drops/min. | ΣΤ. 45 drops/min. |

145. Ποια από τις παρακάτω θεραπευτικές επιλογές για την ενδοφλέβια χορήγηση ηπαρίνης είναι η αρμόζουσα στην περίπτωση που αντιμετωπίζουμε ασθενή με OEM;

- A. Φόρτιση με 75 iu/kg αρχικώς και μετά συνεχή χορήγηση με ρυθμό 12 iu/kg/h.
 B. Φόρτιση με 7,5 iu/kg αρχικώς και μετά συνεχή χορήγηση με ρυθμό 12 iu/kg το 24ωρο.
 Γ. Φόρτιση με 5000 iu αρχικώς και μετά συνεχή χορήγηση με ρυθμό 5000 iu/h.
 Δ. Φόρτιση με 1000 iu αρχικώς και μετά συνεχή χορήγηση με ρυθμό 1200 iu/h.
 Ε. Χωρίς αρχική δόση φόρτισης, αλλά συνεχή χορήγηση 5000 iu/h.
 ΣΤ. Καμία από τις παραπάνω.

146. Η οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να προκληθεί από μια πληθώρα φαρμάκων και από ομάδες φαρμάκων, όπως οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου, οι SSRIs, οι στατίνες, κ.ά. Ποια από τα παρακάτω φάρμακα δεν σχετίζονται με την οξεία παγκρεατίτιδα;

- | | |
|--|--------------------------------|
| A. Σαλικυλικά και ΜΣΑΦ. | Δ. Ριφαμπικίνη και Ισονιαζίδη. |
| B. H ₂ αναστολείς και PPIs. | Ε. Φουροσεμίδα και Θειαζίδες. |
| Γ. Ηπαρίνη και LMWH. | ΣΤ. Μακρολίδες και Κινολόνες. |

147. Ποια από τις παρακάτω ενέργειες είναι λιγότερο σημαντική στην αρχική αντιμετώπιση ενός θύματος παρ' ολίγον πνιγμού;

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| A. Έλεγχος αερίων αίματος. | Δ. Προφύλαξη της Σ.Σ. |
| B. Έλεγχος θερμοκρασίας πυρήνα. | Ε. Μέτρηση ηλεκτρολυτών. |
| Γ. Ακτινογραφία θώρακος. | ΣΤ. Η εξασφάλιση αεραγωγού. |

148. Η κανονική τιμή της περιεκτικότητας νερού στα κόπρανα είναι περίπου 10 ml/kg/ημέρα σε βρέφη και μικρά παιδιά ή στα 200 gr/ημέρα σε εφήβους και ενήλικες. Ποιος από τους παρακάτω ασθενείς με διάρροια, έχει ανάγκη χορήγησης αντιβιοτικού;

- A. Ένα 3 μηνών βρέφος του οποίου το αποτέλεσμα της 3ήμερης καλλιέργειας μετά από λήψη με στυλεό από τον πρωκτό, έδειξε ανάπτυξη Σαλμονέλλας.
- B. Ένα 10χρονος ασθενής με θετική καλλιέργεια κοπράνων για Σαλμονέλλα του οποίου οι εντερικές κινήσεις έχουν μειωθεί σε συχνότητα και ένταση.
- Γ. Ένα 4χρονο αγόρι με δρεπανοκυτταρική αναιμία, στα κόπρανα του οποίου αναπτύχθηκε Σαλμονέλλα.
- Δ. Ένας μικρός ασθενής 14 μηνών με ήπια αφυδάτωση που η πρωκτική καλλιέργεια με στυλεό, από προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ, έδειξε ανάπτυξη Σαλμονέλλας.
- E. Ένας 5χρονος ασθενής με μέτρια αιματηρή διάρροια η οποία ξεκίνησε μετά το πέρας αγωγής με Αμοξυκιλλίνη για μέση πυώδη ωτίτιδα.

ΣΤ. Τα B+Γ.

149. Οι εγκαυματικοί τραυματισμοί είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά από τα τροχαία ατυχήματα σε όλες τις χώρες του κόσμου. Ωστόσο τα ποσοστά επιβίωσης μετά από ένα έγκαυμα έχουν αυξηθεί, διότι εξελίσσεται όλο και περισσότερο ο τρόπος αντιμετώπισης και δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην αποκατάσταση των εγκαυματιών. Ποιος από τους παρακάτω εγκαυματίες ασθενείς χρειάζεται άμεση διακομιδή στο νοσοκομείο, εισαγωγή και περίθαλψη σε ειδική Μονάδα Εγκαυμάτων;

- A. Ένας 35χρονος ασθενής, με εκτεταμένα μερικού πάχους εγκαύματα, στην πλάτη, τους ώμους και τους γλουτούς.
- B. Ένας 40χρονος, θύμα οικιακής φωτιάς, με πολλαπλά μικρά εγκαύματα μερικού πάχους και αναπνευστικό συριγμό.
- Γ. Ένας 60χρονος, διαβητικός, με ολικού πάχους έγκαυμα ολόκληρου του αντιβραχίου.
- Δ. Μία 24χρονη γυναίκα, με εγκαύματα ολικού πάχους των δύο χεριών και αντιβραχίων.
- E. Όλα τα παραπάνω.

ΣΤ. Τα A+B.

150. Ασθενής άρρεν 27 ετών, χρόνιος χρήστης ενδοφλεβίως εξαρτησιογόνων ουσιών (IVDU), μεταφέρεται από οικείους του στο ΤΕΠ, όπου εφημερεύετε, με αναφερόμενο εμπύρετο με ρίγος από 4ημέρου, υπνηλία τις περισσότερες ώρες της ημέρας και τάση προς έμετο. Ο ασθενής και οι οικείοι του επιμένουν ότι ο ασθενής είναι «καθαρός» από τη χρήση ουσιών εδώ και τρεις (3) περίπου μήνες.

Κατά την κλινική εξέταση παρουσιάζει: ΑΠ: 105/55 mmHg, SpO₂: 92%, HR: 125 bpm, RR: 22/min, Θ: 39,6° C και WBC: 18700/μλ.

Με βάση όλα τα ανωτέρω, στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη μας, η πρώτη πιθανότερη κλινική οντότητα που πρέπει να διερευνηθεί και να αντιμετωπιστεί άμεσα, είναι:

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| A. Γρίπη τύπου Α. | Δ. Πρωτολοίμωξη από HIV. |
| B. Μηνιγγίτιδα. | E. Πνευμονία. |
| Γ. Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα. | ΣΤ. Εμφυσηματική πυελονεφρίτιδα. |

151. Ασθενής γυναίκα 52 ετών, με ιστορικό ΣΔ τύπου 2 από 8ετίας, με κάκιστη συμμόρφωση και τελευταία μέτρηση HbA1c: 9,8%, μεταφέρεται από οικείου της στο ΤΕΠ του ΚΥ με αναφερόμενο εμπύρετο με ρίγος από 48ώρου, περιοδικά έντονο άλγος στην κοιλιά και στην οσφύ και έντονη τάση προς έμετο.

Κατά την κλινική εξέταση παρουσιάζει: ΑΠ: 110/65 mmHg, SpO₂: 94%, HR: 118 bpm, RR: 24/min, Θ: 38,8° C, από τον εργαστηριακό έλεγχο Glu: 480 mg/dl, WBC: 22800/μl και από τη γενική εξέταση ούρων: πυουρία, κετονουρία και αιματουρία.

Στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη μας, η πιθανότερη κλινική οντότητα η οποία πρέπει να διερευνηθεί και να αντιμετωπιστεί άμεσα και κατάλληλα, είναι:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| A. Οξεία παγκρεατίτιδα. | Δ. Οξεία εκκολπωματίτιδα. |
| B. Εμφυσηματική πνευμονοφρίτιδα. | Ε. Οξεία χολαγγειίτιδα. |
| Γ. Οξεία εξαρτηματίτιδα. | ΣΤ. Πνευμονία κάτω λοβού. |

152. Υπεργλυκαιμία και γλυκοζουρία, εκτός από τις περιπτώσεις υπάρξεως σακχαρώδους διαβήτη, μπορεί να παρατηρηθεί και σε:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| A. Σύνδρομο Cushing. | Δ. Υπερθυρεοειδισμό. |
| B. Φαιοχρωμοκύττωμα. | Ε. Κάταγμα κρανίου. |
| Γ. Μεγαλακρία. | ΣΤ. Όλα τα ανωτέρω. |

153. Εκτός από τον συστηματικό ερυθματώδη λύκο (ΣΕΛ), άλλα νοσήματα ή καταστάσεις με θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA), μπορεί να είναι:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| A. Λεμφώματα. | Δ. Λήψη αντισυλληπτικών. |
| B. Λοίμωξη HIV. | Ε. Χρόνια αυτοάνοση ηπατίτιδα. |
| Γ. Βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα. | ΣΤ. Όλα τα ανωτέρω. |

154. Ως Ηωσινοφιλία ορίζεται η αύξηση του αριθμού των ηωσινοφίλων κοκκιοκυττάρων στο αίμα πάνω από το όριο των 500/μl. Χαρακτηρίζεται ως: ήπια όταν ο αριθμός τους κυμαίνεται από 500 - 1500/μl, μέτρια με αριθμό ηωσινοφίλων 1500 - 5000/μl και σοβαρή όταν ο αριθμός τους υπερβαίνει τα 5000/μl.

Όλες οι παρακάτω κλινικές καταστάσεις ή κλινικά σύνδρομα μπορεί να προκαλέσουν ηωσινοφιλία, εκτός από:

- | | |
|--|-----------------------|
| A. Λοίμωξη από <i>Pneumocystis jirovecii</i> . | Δ. Σαρκοείδωση. |
| B. Σύνδρομο Stevens - Johnson. | Ε. Πολύμορφο ερύθημα. |
| Γ. Σύνδρομο Cushing. | ΣΤ. Βρογχικό άσθμα. |

155. Η ανάγκη προσαρμογής της δόσης ενός αντιμικροβιακού φαρμάκου σε ασθενείς με έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας εξαρτάται από την φαρμακοκινητική του: ειδικά από το ποσοστό νεφρικής αποβολής του αμετάβλητου φαρμάκου, τη διάρκεια ημιζωής του και την πιθανότητα συσσώρευσης. Όλα τα παρακάτω αντιμικροβιακά φάρμακα δεν χρειάζονται προσαρμογή της δόσης σε ασθενείς με έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (δηλ. ανεξαρτήτως GFR), εκτός από:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| A. Σιπροφλοξασίνη. | Δ. Δοξυκυκλίνη. |
| B. Αζιθρομυκίνη. | Ε. Δικλοξακιλλίνη. |
| Γ. Κλινδαμυκίνη. | ΣΤ. Φουσιδικό οξύ. |

- 156. Όλα τα παρακάτω σύνδρομα και κλινικές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν μείωση των επιπέδων του ολικού ασβεστίου του ορού, εκτός από:**
- | | |
|------------------------------|---|
| A. Ανεπάρκεια βιταμίνης D. | Δ. Θυρεοτοξίκωση. |
| B. Οξεία παγκρεατίτιδα. | Ε. Μακροχρόνια θεραπεία με αντιπηκτικά. |
| Γ. Μαζική μετάγγιση αίματος. | ΣΤ. Υποπαραθυρεοειδισμός. |
- 157. Εκτός από την οξεία ισχαιμική βλάβη του μυοκαρδίου και τον οξύ αορτικό διαχωρισμό, άλλα πιθανά αίτια αύξησης των επιπέδων Τροπονίνης στον ορό, μπορεί να είναι όλα τα παρακάτω, εκτός από:**
- | | |
|------------------------|------------------------------|
| A. Υποθυρεοειδισμός. | Δ. Φαιοχρωμοκύττωμα. |
| B. Σύνδρομο Cushing. | Ε. Πνευμονική εμβολή. |
| Γ. Σύνδρομο Takotsubo. | ΣΤ. Οξεία νευρολογική βλάβη. |
- 158. Μαζί με τις περιπτώσεις ουρικής αρθρίτιδας καθώς και νεφρικής ανεπάρκειας, άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με αυξημένο ουρικό οξύ στο αίμα, μπορεί να είναι όλες οι παρακάτω, εκτός από:**
- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| A. Πολλαπλό Μυέλωμα. | Δ. Νόσος Wilson. |
| B. Σαρκοείδωση. | Ε. Αλκοολισμός. |
| Γ. Ψωρίαση. | ΣΤ. Χημειο- ακτινοθεραπεία. |
- 159. Αίτια μεμονωμένης μακροκυττάρωσης, χωρίς την εμφάνιση αναιμίας, μπορεί να είναι όλα τα παρακάτω, εκτός από:**
- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| A. Έλλειψη βιταμίνης B12. | Δ. Θεραπεία με κυτταροστατικά. |
| B. Χρόνιος αλκοολισμός. | Ε. Εγκυμοσύνη. |
| Γ. Υποθυρεοειδισμός. | ΣΤ. Θεραπεία με Φαινυντοΐνη. |
- 160. Η Ταχύτητα Καθίζησης των Ερυθρών (ΤΚΕ), καθιερώθηκε ως εργαστηριακός δείκτης στις αρχές του 20ού αιώνα από τον Robin Fahraeus, ο οποίος αρχικά τη μελέτησε ως μέσο διάγνωσης της εγκυμοσύνης, για να αναγνωριστεί αργότερα από τον Westergren ως δείκτης φλεγμονής και κακοήθειας. Το Πολλαπλό Μυέλωμα, καθώς και όλες οι παρακάτω κλινικές οντότητες, μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση τριψήφιας ΤΚΕ (δηλ. ΤΚΕ > 100 mm / 1^η ώρα), εκτός από:**
- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| A. Εγκυμοσύνη. | Δ. Σήψη. |
| B. Ρευματική πολυμυαλγία. | Ε. Λέμφωμα Hodgkin. |
| Γ. Μακροσφαιριναιμία Waldenström. | ΣΤ. Κροταφική Αρτηρίτιδα. |
- 161. Πέραν των μυελοϋπερπλαστικών συνδρόμων, άλλα πιθανά αίτια θρομβοκυττάρωσης (πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς) μπορεί να είναι όλες οι παρακάτω κλινικές οντότητες, εκτός από:**
- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| A. Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος. | Δ. Χρόνια Μυελογενής Λευχαιμία |
| B. Νόσος του Crohn | Ε. Μετά από σπληνεκτομή |
| Γ. Νόσος Moschowitz | ΣΤ. Μυελοσκλήρυνση |

162. Ένα παιδί 9 ετών, έρχεται με τη μητέρα του στο ΤΕΠ, λόγω επιμολυσμένου δήγματος σκύλου στο αριστερό αντιβράχιο του, που έλαβε χώρα πριν 8 ημέρες. Με έναν στείλεό πήρατε δείγμα από την περιοχή και το αποστείλατε για καλλιέργεια που ανέδειξε gram αρνητικό βακτηρίδιο. Η πιθανότερη αιτία της λοίμωξης, είναι:

- | | |
|------------------------------------|--|
| A. <i>Escherichia coli</i> . | Δ. <i>Brucella canis</i> . |
| B. <i>Haemophilus influenzae</i> . | E. <i>Campylobacter cuniculorum</i> . |
| Γ. <i>Pasteurella multocida</i> . | ΣΤ. <i>Klebsiella rhinoscleromatis</i> . |

163. Σε στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ, σε 52χρονο ασθενή που αντιμετωπίζουμε στο ΤΕΠ, χορηγούμε μεταξύ άλλων Κλονιδίνη ενδοφλεβίως, για την αντιμετώπιση των έντονων εκδηλώσεων από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Παρ' όλα αυτά, μετά από 15 λεπτά ο ασθενής εμφανίζει υπόταση, βραδυκαρδία και καταστολή του ΚΝΣ, οπότε έχουμε τη βάσιμη υποψία ότι πρόκειται για παρενέργεια της Κλονιδίνης.

Με τη χορήγηση ποιας ουσίας μπορεί να αναστραφούν οι δράσεις της Κλονιδίνης;

- | | |
|------------------|--------------------|
| A. Ναλοξόνη. | Δ. Πραλιδοξίνη. |
| B. Φλουμαζενίλη. | E. Θεϊκό Μαγνήσιο. |
| Γ. Αδρεναλίνη. | ΣΤ. Αμιωδαρόνη. |

164. Όλες οι παρακάτω θεωρήσεις για την οξεία βακτηριακή προστατίτιδα (ΟΒΠ) είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Συνήθως προκαλείται από Gram (-) αερόβια μικρόβια. Το *E. Coli* εμπλέκεται στο 80% των περιπτώσεων, ενώ στελέχη των *Pseudomonas*, *Serratia*, *Klebsiella*, *Enterobacter* και *Proteus* ευθύνονται για το 10-15%. Σπάνια από *Enterococcus* sp. και *Staphylococcus* sp.
- B. Η ΟΒΠ συνήθως προκύπτει από ανιούσα λοίμωξη της ουρήθρας και παλινδρόμηση μολυσμένων ούρων μέσα στους προστατικούς πόρους, ενώ παράγοντες κινδύνου συχνά αποτελούν η φήμωση, οι συγγενείς ανωμαλίες του ουρητήρα, η διουρηθρική βιοψία, κ.ά.
- Γ. Η δακτυλική εξέταση και η μάλαξη του προστάτη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην κλινική εξέταση, για την διάγνωση της ΟΒΠ, μαζί με την καλλιέργεια ούρων.
- Δ. Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΟΒΠ, πρέπει να ξεκινά άμεσα θεραπεία με τη χορήγηση αντιβιοτικών, αφού πρώτα ληφθούν καλλιέργειες αίματος και ούρων.
- E. Η εμπειρική αντιβιοτική αγωγή της ΟΒΠ, μέχρι να ληφθούν τα αποτελέσματα των καλλιέργειών, περιλαμβάνει Κινολόνες και Κοτριμοξαζόλη.
- ΣΤ. Επί καθυστερημένης ή ατελούς θεραπείας της ΟΒΠ, η νόσος μπορεί να επιπλακεί με βακτηριαμία, πυελονεφρίτιδα, ορχεοεπιδιδυμίτιδα ή προστατικό απόστημα.

165. Πολλοί από τους μικροοργανισμούς που σήμερα αναγνωρίζουμε ως αίτια διάρροιας, ανακαλύφθηκαν κατά την «χρυσή εποχή της Μικροβιολογίας» (1870 - 1920), όταν ερευνητές, όπως ο *Robert Koch*, ο *Theodor Escherich*, ο *David Bruce*, ο *Galli-Valerio* και ο *Kiyoshi Shiga*, ταυτοποίησαν τις αιτίες των επιδημιών σε Ευρώπη και Ασία.

Όλα τα παρακάτω παθογόνα, λοιπόν, αποτελούν πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες για την πρόκληση μη φλεγμονώδους διάρροιας, εκτός από ένα:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| A. <i>Shigella</i> . | Δ. <i>Giardia lamblia</i> . |
| B. <i>Bacillus cereus</i> . | E. <i>Staphylococcus aureus</i> . |
| Γ. <i>Clostridium perfringens</i> . | ΣΤ. <i>Rotavirus</i> . |

166. Η *Pseudomonas aeruginosa*, Gram (-) αερόβιο βακτήριο, περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1882 από τον Carle Gessard, ο οποίος παρατήρησε την πράσινη χρωστική που παρήγαγε σε καλλιέργεια. Από τότε, αποτελεί έναν από τους κυριότερους εκπροσώπους ενδονοσοκομειακών παθογόνων, με έμφυτη και επίκτητη αντοχή στα αντιβιοτικά. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού από *Pseudomonas aeruginosa*, αποτελούν όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:
- A. Δομική νόσος πνεύμονα (Βρογχεκτασίες πνεύμονα).
 - B. Θεραπεία με κορτικοστεροειδή (δόση > 10 mg Πρεδνιζόνης, ημερησίως).
 - Γ. Διαταραχές θρέψης - Υποσιτισμός.
 - Δ. Χρόνια παραρρινοκολπίτιδα.
 - E. Υποψία HIV λοίμωξης.
 - ΣΤ. Λήψη αντιβίωσης ευρέως φάσματος, διάρκειας > 7 ημέρες, τον τελευταίο μήνα.
167. Από τις αναγραφόμενες κατηγορίες αντιβιοτικών, το φαινόμενο της «παρατεταμένης αντιμικροβιακής δράσης» (“post antibiotic effect”), το εμφανίζουν μόνο οι:
- A. Κινολόνες.
 - B. Αμινογλυκοσίδες.
 - Γ. Κεφαλοσπορίνες.
 - Δ. Μακρολίδες.
 - E. Καρβαπενέμες.
 - ΣΤ. Τα Α+B.
168. Στο “*Alvarado score*” (ή αλλιώς στο μνημονικό “*MANTRELS*”) το οποίο περιγράφηκε το 1986 από τον Αμερικανό χειρουργό Alfredo Alvarado, που χρησιμοποιείται πλέον ευρέως στην καθ’ ημέρα κλινική πράξη για τη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας, όλα όσα αναφέρονται παρακάτω αποτελούν ορθές παραμέτρους για τη διάγνωση της επείγουσας αυτής κλινικής κατάστασης, εκτός από μία:
- A. Αναπηδώσα ευαισθησία.
 - B. Ανορεξία.
 - Γ. Θερμοκρασία > 38,5° C.
 - Δ. Ναυτία/έμετοι.
 - E. Λευκοκυττάρωση > 10.000/μl.
 - ΣΤ. Άλγος στον δεξιό λαγόνιο βόθρο.
169. Μια 75χρονη ασθενής νοσηλεύτηκε στην κλινική για πνευμονία και έλαβε ενδοφλεβίως αντιβιοτική αγωγή. Κατά την 3^η ημέρα της νοσηλείας της, εμφάνισε σοβαρή διάρροια. Η εξέταση κοπράνων απέβη θετική για τοξίνη *Clostridium difficile*. Ποια είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία σε αυτήν την περίπτωση;
- A. Αμοξικιλίνη-Κλαβουλανικό.
 - B. Κλινδαμυκίνη.
 - Γ. Μετρονιδαζόλη.
 - Δ. Δοξυκυκλίνη.
 - E. Σιπροφλοξασίνη.
 - ΣΤ. Κλαριθρομυκίνη.
170. Εκτός των περιπτώσεων όπου διάφορα φάρμακα μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα της Προλακτίνης (αντιψυχωσικά, ρισπεριδόνη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, μεθυλντόπα, φαινοτοΐνη, κοκαΐνη, μορφίνη, σιμετιδίνη, μετοκλοπραμίδη, εναλαπρίλη, βεραπαμίλη, φουροσεμίδη, λαβετολόλη, ινσουλίνη, αντισυλληπτικά), η τιμή της Προλακτίνης μπορεί να είναι αυξημένη σε όλες τις παρακάτω περιπτώσεις, εκτός από μία:
- A. Αδένωμα Υπόφυσης.
 - B. Σύνδρομο Sheehan.
 - Γ. Κρανιοφαρυγγίωμα.
 - Δ. Έντονο stress.
 - E. Σαρκοείδωση.
 - ΣΤ. Κύηση.

- 171. Ασθενής θήλυ 54 ετών, με γνωστή χολολιθίαση, εμφανίζει επεισόδιο κολικού χοληφόρων οδών. Όλα τα παρακάτω φάρμακα μπορεί να έχουν θεραπευτική ένδειξη, εκτός από ένα:**
- | | |
|------------------------|-----------------|
| A. ΜΣΑΦ. | Δ. Πεθιδίνη. |
| B. Βουτυλοσκοπολαμίνη. | Ε. Μορφίνη. |
| Γ. Παρακεταμόλη. | ΣΤ. Σιμετιδίνη. |
- 172. Ασθενής 62 ετών, με γνωστό χρόνιο πρόβλημα αλκοολισμού, εμφανίζει από 48ώρου κρίση ουρικής αρθρίτιδας στη δεξιά ποδοκνημική άρθρωση. Όλα τα κάτωθι φάρμακα μπορεί να έχουν ένδειξη στη θεραπεία της χρόνιας υπερουριχαιμίας ή της οξείας κρίσης ουρικής αρθρίτιδας, εκτός από ένα:**
- | | |
|-------------------|----------------------|
| A. Φεμπουξοστάτη. | Δ. Διφωσφονικά. |
| B. Αλλοπουρινόλη. | Ε. Κορτικοστεροειδή. |
| Γ. Κολχικίνη. | ΣΤ. Τετρακοσακτίδη. |
- 173. Στην περίπτωση νεαρού ασθενούς με θερμοπληξία, που διακομίζεται με το ΕΚΑΒ στο ΤΕΠ, σε ημικωματώδη κατάσταση, με σοβαρή υπόταση (ΣΑΠ: 80 mmHg), με έντονο μυϊκό τρόμο και σπασμούς και θερμοκρασία 40,1° C, όλες οι παρακάτω θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να έχουν βάσιμα θέση, εκτός από μια:**
- | | |
|------------------------------|--|
| A. Χορήγηση αντιπυρετικών. | Δ. Χορήγηση Διαζεπάμης. |
| B. Χορήγηση κρυσταλλοειδών. | Ε. Χορήγηση Ντοπαμίνης. |
| Γ. Χορήγηση Χλωροπρομαζίνης. | ΣΤ. Χορήγηση O ₂ στα 4-6 L/min. |
- 174. Πιθανά αίτια μεταβολικής οξέωσης, με αυξημένο χάσμα ανιόντων, μπορεί να είναι όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:**
- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| A. Διαβητική Κετοξέωση. | Δ. Απώλεια γαστρικών υγρών – έμετοι. |
| B. Ουραιμία. | Ε. Γαλακτική οξέωση. |
| Γ. Τοξική λήψη Μεθανόλης. | ΣΤ. Τοξική λήψη σαλικυλικών. |
- 175. Όλες οι παρακάτω θεωρήσεις σχετικά με την εμφάνιση Λοιμώδους Ερυθήματος στα παιδιά, είναι σωστές, εκτός από μία:**
- A. Εμφανίζεται συνήθως την άνοιξη και είναι γνωστή ως «Πέμπτη Νόσος».
 - B. Συνήθως εκδηλώνεται με ήπιο εμπύρετο πρόδρομο στάδιο με χαρακτηριστικό εξάνθημα στις παρειές που προσομοιάζει με ράπισμα.
 - Γ. Η χρήση Μακρολιδών θεωρείται ως θεραπεία εκλογής και συνιστάται σε συμπτωματικά παιδιά, καθώς μειώνει τη διάρκεια της νόσου και την πιθανότητα μετάδοσης.
 - Δ. Τα σχετιζόμενα με τη νόσο συμπτώματα μπορεί να είναι: πυρετός, κακουχία, βήχας, πονόλαιμος, κεφαλαλγία, μυαλγίες, ναυτία, έμετος, διάρροια.
 - Ε. Σπανίως επηρεάζονται οι παλάμες και τα πόδια, αλλά η περιστοματική ωχρότητα αποτελεί χαρακτηριστικό εύρημα της νόσου.
 - ΣΤ. Το εξάνθημα μπορεί να επιδεινώνεται μετά από έκθεση στον ήλιο, σωματική κόπωση ή ζεστό μπάνιο.

- 176. Πολλά αντιβιοτικά δρουν αναστέλλοντας τη σύνθεση πρωτεϊνών των μικροβίων μέσω σύνδεσης με τα ριβοσώματα, επηρεάζοντας είτε την υπομονάδα 30S είτε την 50S. Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας είναι συχνά βακτηριοστατικά και χρησιμοποιούνται ευρέως έναντι Gram (+) και Gram (-) μικροοργανισμών, εκτός από ένα:**
- | | |
|---------------------|--------------------|
| A. Χλωραμφαινικόλη. | Δ. Κλαριθρομυκίνη. |
| B. Μετρονιδαζόλη. | Ε. Αμικασίνη. |
| Γ. Κλινδαμυκίνη. | ΣΤ. Δοξυκυκλίνη. |
- 177. Φάρμακα ή ομάδες φαρμάκων που έχουν σαφώς συσχετισθεί ή ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση οξείας παγκρεατίτιδας, είναι όλα τα παρακάτω, εκτός από ένα:**
- | | |
|-------------------|---------------------------|
| A. Αζαθειοπρίνη. | Δ. Θειαζιδικά διουρητικά. |
| B. Σουλφοναμίδες. | Ε. Ηπαρίνη. |
| Γ. Φουροσεμίδα. | ΣΤ. Βαλπροϊκό οξύ. |
- 178. Όλα τα παρακάτω νοσήματα και φάρμακα αποτελούν συχνές αιτίες για την εμφάνιση διάχυτων αμφοτερόπλευρων διάμεσων πνευμονικών διηθήσεων, εκτός από ένα:**
- | | |
|-----------------------|---|
| A. Πνευμονικό οίδημα. | Δ. Νιτροφουραντοΐνη. |
| B. Σαρκοείδωση. | Ε. Μεσοθηλίωμα. |
| Γ. Αμυωδαρόνη. | ΣΤ. Πνευμονία από <i>Pneumocystis jirovecii</i> . |
- 179. Όλοι οι παρακάτω φαρμακευτικοί παράγοντες, έχουν θέση στην άμεση αντιμετώπιση της θυρεοτοξικής κρίσης, εκτός από έναν:**
- | | |
|-----------------------|-------------------|
| A. Προπυλθειουρακίλη. | Δ. Προπρανολόλη. |
| B. Ασπιρίνη. | Ε. Γαστρογραφίνη. |
| Γ. Υδροκορτιζόνη. | ΣΤ. Παρακεταμόλη. |
- 180. Σε ασθενή με οξύ διαρροϊκό σύνδρομο που προκαλείται από ένα από τα παρακάτω μικρόβια, δεν πρέπει να δίδεται αντιβιοτική αγωγή, διότι αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης «ουραιμικού - αιμολυτικού» συνδρόμου. Ποιο είναι το μικρόβιο;**
- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| A. <i>Yersinia enterocolitica</i> . | Δ. <i>Vibrio cholerae</i> . |
| B. <i>Staphylococcus aureus</i> . | Ε. Rota virus. |
| Γ. <i>Escherichia coli</i> O157:H7. | ΣΤ. <i>Bacillus cereus</i> . |
- 181. Ασθενής άνδρας 69 ετών, με ιστορικό αιματολογικής κακοήθειας, που θεραπεύεται και παρακολουθείται τακτικά σε Ογκολογικό Νοσοκομείο, προσέρχεται θορυβημένος στο ΤΕΠ του Κέντρου Υγείας αιτιώμενος έντονο υπερηβικό άλγος, δυσουρία κι αιματουρία από 12ώρου, πυρετό έως 37,8° C και εικόνα συμβατή με αιμορραγική κυστίτιδα. Ποια θεωρείται η πιθανότερη αιτία της αιμορραγικής κυστίτιδας;**
- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| A. Θεραπεία με Κυκλοφωσφαμίδη. | Δ. Θεραπεία με Κορτικοστεροειδή. |
| B. Θεραπεία με Αζαθειοπρίνη. | Ε. Θεραπεία με Λεναλιδομίδη. |
| Γ. Θεραπεία με Χλωραμβουκίλη. | ΣΤ. Θεραπεία με Κυκλοσπορίνη. |

- 182. Ασθενής, γυναίκα 32 ετών, προσέρχεται στο ιατρείο με πρόσφατη κλινικο-εργαστηριακή διάγνωση χλαμυδιακής κολπίτιδας. Ποιο ή ποια αντιβιοτικά αποτελούν την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για το συγκεκριμένο νόσημα;**
- A. Αζιθρομυκίνη. Δ. Κεφουροξίμη.
 B. Δοξυκυκλίνη. E. Κοτριμοξαζόλη.
 Γ. Λεβοφλοξασίνη. ΣΤ. Τα Α+Β+Γ.
- 183. Ο διαχωρισμός των πρωτεϊνών του ορού με την ηλεκτροφόρηση αποκαλύπτει πέντε (5) χαρακτηριστικές ζώνες, οι οποίες αποτελούνται από ένα ή περισσότερα διαφορετικά είδη πρωτεϊνικών μορίων. Η ηλεκτροφόρηση των πρωτεϊνών του ορού, αποτελεί τη διαγνωστική εξέταση για ένα από τα παρακάτω:**
- A. Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο. Δ. Σπλαγχνική Λεϊσμανίαση.
 B. Πολλαπλό Μυέλωμα. E. Μηνιγγίτιδα.
 Γ. Ρευματοειδή αρθρίτιδα. ΣΤ. Σύνδρομο Goodpasture.
- 184. Στους ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία, ο μικροοργανισμός που ενοχοποιείται συχνότερα για την πρόκληση σηπτικής αρθρίτιδας, είναι:**
- A. Staphylococcus aureus. Δ. Escherichia coli.
 B. Streptococcus group B. E. Pseudomonas.
 Γ. Salmonella. ΣΤ. Candida.
- 185. Η πρώτη περιγραφή του κοκκύτη αναφέρεται σε κείμενα για την επιδημία στο Παρίσι το 1578, ενώ το υπεύθυνο μικρόβιο (gram αρνητικός κοκκοβάκιλλος) ανακαλύφθηκε το 1906. Θεραπεία εκλογής για τον κοκκύτη, σε παιδί 5 ετών, είναι μια από τις παρακάτω:**
- A. Αζιθρομυκίνη για 5 ημέρες. Δ. Κεφουροξίμη για 10 ημέρες.
 B. Κλαριθρομυκίνη για 10 ημέρες. E. Κεφουροξίμη για 14 ημέρες.
 Γ. Αμοξυκιλλίνη για 10 ημέρες. ΣΤ. Πενικιλίνη για 21 ημέρες.
- 186. Η SGLT-2 είναι μια πρωτεΐνη που επαναρροφά γλυκόζη από τα ούρα, καθώς το αίμα φιλτράρεται στους νεφρούς και τη διοχετεύει στην κυκλοφορία του αίματος. Ποιο από τα παρακάτω φάρμακα (που αποτελεί σημαντικό όπλο στην ρύθμιση του ΣΔ τύπου 2) αναστέλλοντας τη δράση της SGLT-2 αυξάνει την αποβολή της γλυκόζης μέσω των ούρων, μειώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα;**
- A. Εξενατίδη. Δ. Γλιμεπιρίδη.
 B. Εμπαγλιφλοζίνη. E. Νατεγλινίδη.
 Γ. Αλογλιπτίνη. ΣΤ. Πιογλιταζόνη.
- 187. Όλα τα παρακάτω αντιβιοτικά έχουν τις κλινικές ενδείξεις και χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις οξείας πνευμονοφρίτιδας, εκτός από ένα:**
- A. Νορφλοξασίνη. Δ. Κεφεπίμη.
 B. Σιπροφλοξασίνη. E. Κοτριμοξαζόλη.
 Γ. Αμικασίνη. ΣΤ. Κεφτριαξόνη.

188. Ως γνωστόν το GLP-1 επάγει την εξαρτώμενη από τη γλυκόζη έκκριση ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος και καταστέλλει επίσης την ηπατική αποβολή γλυκόζης αναστέλλοντας την απόκριση της γλυκαγόνης από τα α-κύτταρα με τρόπο που εξαρτάται από τα επίπεδα γλυκόζης. Ποια από τις παρακάτω αντιδιαβητικές ουσίες (που χορηγούνται στην καθ' ημέρα κλινική πράξη) ανήκει στους αγωνιστές GLP-1;

- | | |
|------------------|------------------|
| A. Λιναγλιπτίνη. | Δ. Νατεγλινίδη. |
| B. Ακαρβόζη. | Ε. Πιογλιταζόνη. |
| Γ. Λιραγλουτίδη. | ΣΤ. Γλικλαζίδη. |

189. Ένας μοτοσυκλετιστής 24 ετών μεταφέρεται από το ΕΚΑΒ στο ΤΕΠ σε κωματώδη κατάσταση. Είχε βρεθεί στην άκρη του δρόμου, χωρίς κανείς να δει τι ακριβώς συνέβη. Κατά την άφιξη του στο ΤΕΠ εμφανίζει: ΑΠ: 90/40, σφύξεις: 120 bpm, SpO₂: 91%, αναπνευστική συχνότητα 22/min και GCS: 7/15. Ποιά είναι η άμεση προτεραιότητα;

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| A. Αξονική εγκεφάλου & ΑΜΣΣ. | Δ. Χορήγηση 1 lit κρυσταλλοειδών. |
| B. Ακτινογραφία θώρακος & κρανίου. | Ε. Χορήγηση Μαννιτόλης. |
| Γ. Διασωλήνωση & μηχανικός αερισμός | ΣΤ. Χορήγηση Ναλοξόνης. |

190. Ο παραπάνω 24χρονος κωματώδης ασθενής, μετά από παρέλευση 10 λεπτών από την άφιξη του στο ΤΕΠ, έχει ζωτικά σημεία: ΑΠ: 70/30, σφύξεις: 130 bpm, SpO₂: 88%, αναπνευστική συχνότητα 30/min και εμφανίζεται μυδρίαση άμφω. Τι από τα παρακάτω μπορεί να συμβεί;

- A. Μπορεί να υποχωρήσει με την αποκατάσταση της οξυγόνωσης και της ΑΠ.
- B. Αποτελεί σαφή ένδειξη εγκεφαλικού θανάτου.
- Γ. Αποτελεί ένδειξη πιθανής λήψη οπιούχων.
- Δ. Αποτελεί ένδειξη πιθανής βλάβης στη γέφυρα ή κάκωσης της ΑΜΣΣ.
- Ε. Αποτελεί ένδειξη για άμεση διενέργεια CT εγκεφάλου & ΑΜΣΣ.
- ΣΤ. Αποτελεί ένδειξη για τη διενέργεια ΟΝΠ και MRI εγκεφάλου.

191. Έγκυος γυναίκα 22 ετών, στην 32^η εβδομάδα της κύησης, προσέρχεται μετά από μαχαιριά στο άνω δεξιό ημιθωράκιο. Στο ΤΕΠ εμφανίζει: ΑΠ: 80/55 mmHg, SpO₂: 91%, δυσπνοεί, είναι ανήσυχη και ζητάει έντονα βοήθεια. Το αναπνευστικό ψιθύρισμα στο δεξιό ημιθωράκιο είναι ελαττωμένο. Ποιο είναι το καταλληλότερο πρώτο βήμα να γίνει;

- A. Εφησυχάζουμε την άρρωστη και ζητάμε γυναικολογική εκτίμηση από τον ειδικό.
- B. Μεριμνούμε για διενέργεια ακτινογραφίας θώρακα, άμεσα.
- Γ. Ενδοτραχειακή διασωλήνωση.
- Δ. Αποσυμπίεση του δεξιού ημιθωρακίου με βελόνα.
- Ε. Μετατοπίζουμε με τα χέρια μας την εγκύμονα μήτρα στα αριστερά της κοιλιάς.
- ΣΤ. Τοποθέτηση 2 περιφερικές φλεβικών γραμμών και χορήγηση κρυσταλλοειδών.

192. Όλοι οι παρακάτω αντιμικροβιακοί ή αντιικοί παράγοντες έχουν σχετική ένδειξη χορήγησης στην κύηση, σε περίπτωση λοίμωξης, με επίπεδο ασφαλείας B (δηλαδή μελέτες σε ζώα δεν έδειξαν κάποιον κίνδυνο για το έμβρυο, αλλά δεν έγιναν ελεγχόμενες μελέτες σε ανθρώπους, ή οι μελέτες σε ζώα έδειξαν έναν κίνδυνο για το έμβρυο αλλά οι καλά ελεγχόμενες μελέτες σε ανθρώπους δεν έδειξαν τέτοιο κίνδυνο), εκτός από έναν:
- | | |
|----------------------|------------------|
| A. Αμικασίνη. | Δ. Αζιθρομυκίνη. |
| B. Νιτροφουραντοΐνη. | Ε. Κλινδαμυκίνη. |
| Γ. Κεφουροξίμη. | ΣΤ. Ακυκλοβίρη. |
193. Οι ακτινογραφίες για τον αρχικό έλεγχο στο ΤΕΠ, ενός πολυτραυματία, είναι:
- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| A. Κρανίου, θώρακος, κοιλίας. | Δ. ΑΜΣΣ, θώρακος, πυέλου. |
| B. Κρανίου, ΑΜΣΣ, θώρακος. | Ε. Κρανίου, κοιλίας, πυέλου. |
| Γ. Θώρακος, κοιλίας, πυέλου. | ΣΤ. ΑΜΣΣ, κρανίου, κοιλίας. |
194. Ο ζητούμενος φαρμακευτικός παράγοντας, ασκεί μία ιδιαίτερα ευνοϊκή επιρροή στην ακινησία, την ακαμψία, τον τρόπο και το βραδυψυχισμό σε ασθενείς με νόσο του Parkinson. Επίσης, είναι ιδιαίτερα δραστικός κατά των ιών της γρίπης του τύπου Α. Ποιος είναι ο ζητούμενος φαρμακευτικός παράγοντας;
- | | |
|----------------|-----------------|
| A. Λεβοντόπα. | Δ. Ρασαγιλίνη. |
| B. Αμανταδίνη. | Ε. Πραμιπεξόλη. |
| Γ. Εντακαπόνη. | ΣΤ. Ροτιγοτίνη. |
195. Ποιο από τα παρακάτω κλινικά σημεία, σε έναν ενήλικα πολυτραυματία, χρήζει άμεσης αντιμετώπισης στην πρωτοβάθμια αντιμετώπιση του τραύματος;
- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| A. G.C.S.: 11/15. | Δ. Διάταση κοιλίας. |
| B. Καρδιακή συχνότητα: 128 bpm. | Ε. Θερμοκρασία 35,8° C. |
| Γ. Συχνότητα αναπνοών: 40/min. | ΣΤ. Επίπεδο γλυκόζης: 245 mg/dl. |
196. Ως Οστεοπόρωση ορίζεται σήμερα, από τον ΠΟΥ, η διαταραχή του σκελετού η οποία χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη οστική αντοχή, που προδικάζει σε αυξημένο κίνδυνο κατάγματος. Όλοι οι παρακάτω φαρμακευτικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται για την πρόληψη και τη θεραπεία της οστεοπόρωσης, εκτός από έναν:
- | | |
|-----------------|-----------------------|
| A. Ρισεδρονάτη. | Δ. Ρανελικό Στρόντιο. |
| B. Αλισκιρένη. | Ε. Δενοσουμάμπη. |
| Γ. Αλεδρονάτη. | ΣΤ. Παραθορμόνη. |
197. Σε απώλεια αίματος έως 15%, η αιμοδυναμική κατάσταση παραμένει συνήθως σταθερή. Στην περίπτωση όμως που η απώλεια ανέλθει στο 20% του συνολικού όγκου αίματος (Class II αιμορραγικό shock), εμφανίζονται συγκεκριμένες πρώιμες κλινικές εκδηλώσεις. Ποιο ή ποια από τα παρακάτω ευρήματα αναμένουμε συνήθως σε αυτή τη φάση;
- | | |
|---------------|-------------------------------|
| A. Σύγχυση. | Δ. Ταχυκαρδία. |
| B. Υπόταση. | Ε. Ανάγκη μετάγγισης αίματος. |
| Γ. Ολιγουρία. | ΣΤ. Τα Α+Β. |

198. Το σύνδρομο Fitz-Hugh – Curtis το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί σε γυναίκες και παρουσιάζεται με εικόνα οξείας κοιλίας, με έντονο άλγος στο δεξιό υποχόνδριο που ενίοτε αντανακλά στη δεξιά ωμοπλάτη (και που επιδεινώνεται με τις κινήσεις, τον βήχα ή το γέλιο), ενώ επίσης μπορεί να περιλαμβάνει και πυρετό, ναυτία κι έμετο, έχει ως βασικότερο αιτιολογικό παράγοντα, έναν από τους παρακάτω:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| A. Χλαμυδιακή λοίμωξη. | Δ. Επιπλοκή χολοκυστεκτομής. |
| B. Λοίμωξη από HBV και HCV. | E. Απόφραξη ενδοηπατικών χοληφόρων. |
| Γ. Λοίμωξη από Σχιστόσωμα. | ΣΤ. Ρήξη αμοιβαδικού αποστήματος. |

199. Η ζητούμενη φαρμακευτική ουσία, περιλαμβάνει έναν εξαιρετικά επιλεκτικό, άμεσο, αναστολέα του παράγοντα Χα, με από του στόματος (per os) βιοδιαθεσιμότητα. Η αναστολή του παράγοντα Χα διακόπτει την ενδογενή και εξωγενή οδό του καταρράκτη της πήξης του αίματος, αναστέλλοντας τη δημιουργία θρομβίνης και την ανάπτυξη θρόμβων. Η ουσία αυτή δεν αναστέλλει τη θρομβίνη (ενεργοποιημένος παράγοντας II) και δεν έχει καμία επίδραση στα αιμοπετάλια. Ποια είναι η ζητούμενη ουσία;

- | | |
|-------------------|--------------------|
| A. Βαρφαρίνη. | Δ. Κλοπιδογρέλη. |
| B. Αλτεπλάση. | E. Τικαγρελόρη. |
| Γ. Ριβαροξαμπάνη. | ΣΤ. Φονταπαρινόξη. |

200. Οι παρακάτω θεωρήσεις για τα πνευμονικά νοσήματα είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Η διάχυτη κυψελιδική αιμορραγία είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση ερυθροκυττάρων στους κυψελιδικούς χώρους, μέσω των κυψελιδικών τριχοειδών. Μεταξύ των φαρμάκων που έχουν ενοχοποιηθεί για τέτοιες αιμορραγίες, είναι: Αμιωδαρόνη, Νιτροφουραντοΐνη, Πενικιλίνη, Προπυλθειουρακίλη, Υδραλαζίνη.
- B. Οι πνευμονικές επιδράσεις της κοκαΐνης μπορεί να είναι: Βαρότραυμα από φυσαλιδώδες εμφύσημα, πνευμονικό οίδημα, κυψελιδική αιμορραγία, αποφρακτική βρογχιολίτιδα με οργανούμενη πνευμονία, πνευμονική υπέρταση, διάμεση ίνωση.
- Γ. Η μακροχρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών και αντιβιοτικών στη ΧΑΠ σταδίου III και IV, έδειξε ότι σε βάθος χρόνου έχει ευνοϊκή επίδραση στη μείωση των παροξύνσεων και των λοιμώξεων κατά 33% τους χειμερινούς μήνες και κατά 12% το καλοκαίρι.
- Δ. Αντίθετα με την «κλασική» γνώση, οι ασθενείς με ΧΑΠ εμφανίζουν συχνότερα αναιμία απ' ότι πολυερυθραιμία (17% έναντι 6% σε μελέτες) και η αναιμία αυτή χαρακτηρίζεται χρονίας νόσου και σχετίζεται με μειωμένη επιβίωση των ασθενών με ΧΑΠ.
- E. Τα κριτήρια του Light είναι οι πιο αξιόπιστοι δείκτες στην διάκριση των εξιδρωμάτων από τα διδρώματα, με ευαισθησία σχεδόν 100%, αλλά χαρακτηρίζουν περίπου το 20% των περιπτώσεων υπεζωκοτικής συλλογής η οποία οφείλεται σε καρδιακή ανεπάρκεια ως εξιδρώματα μετά την χορήγηση διουρητικών.
- ΣΤ. Τα συνήθη ακτινολογικά ευρήματα στην περίπτωση πνευμονικής εμβολής, μπορεί να είναι: φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος, ανύψωση ημιδιαφράγματος, πλευριτική συλλογή, διάταση των πυλαίων πνευμονικών αγγείων, ταινιοειδείς ατελεκτασίες, σημείο Westermarck, τριγωνική σκίαση στην περιφέρεια (Hampton's hump).

201. Το λεγόμενο «σημείο του βατράχου» – “frog sign”, παρατηρείται στην περίπτωση:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| A. Εκκολπώματος Zenker. | Δ. Ταχυαρρυθμίας – PSVT. |
| B. Στένωσης μιτροειδούς. | Ε. Wenckebach AV block. |
| Γ. Αχαλασίας οισοφάγου. | ΣΤ. Νεοπλάσματος παρωτίδας. |

202. Το ακτινολογικό «σημείο V του Neclerio» (ή Neclerio’s V sign) αφορά μια σπάνια αλλά αρκετά αξιόπιστη διαφοροδιαγνωστική εικόνα, που εμφανίζεται σαν ακτινοσκοιερές ραβδώσεις αέρα στην ακτινογραφία. Σε ποια περίπτωση παρατηρείται;

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| A. Ρήξη οισοφάγου. | Δ. Μεσεντέριος ισχαιμία. |
| B. Ρήξη τραχείας. | Ε. Οξεία εκκολπωματίτιδα. |
| Γ. Διάτρηση εντέρου. | ΣΤ. Οξεία χολαγγειίτιδα. |

203. Σε ασθενή 68 ετών, με ασκитική συλλογή, που χρήζει θεραπείας με Σπιρονολακτόνη (S) και Φουροσεμίδα (F)· ποια πρέπει να είναι η αναλογία των δύο φαρμάκων που πρέπει να χορηγηθούν ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα πρόκλησης υποκαλιαιμίας;

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| A. S/F: 100 mg / 40 mg. | Δ. S/F: 50 mg / 80 mg. |
| B. S/F: 100 mg / 100 mg. | Ε. S/F: 50 mg / 100 mg. |
| Γ. S/F: 100 mg / 120 mg. | ΣΤ. S/F: 50 mg / 160 mg. |

204. Με το μνημοτεχνικό ακρωνύμιο “ESKAPE” περιγράφεται μια ομάδα από έξι ισχυρούς παθογόνους μικροοργανισμούς που αποτελούν σοβαρή απειλή για τον άνθρωπο, αφού εμφανίζουν διαρκώς αυξανόμενη αντοχή στα νεότερα και προχωρημένα αντιβιοτικά. Ένας εκ των παρακάτω μικροοργανισμών δεν αποτελεί μέλος της απειλητικής αυτής ομάδας. Ποιος;

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| A. Enterococcus faecium. | Δ. Acinetobacter baumannii. |
| B. Streptococcus pneumoniae. | Ε. Pseudomonas aeruginosa. |
| Γ. Klebsiella species. | ΣΤ. Enterobacter species. |

205. Καλείστε στο ΤΕΠ να εξετάσετε ασθενή, άνδρα 42 ετών, που προσέρχεται αναφέροντας αδυναμία, μεταβολή στη διάθεση, υπόταση και έντονη υπνηλία έως σχεδόν λήθαργο. Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει αύξηση ουρίας και κρεατινίνης και αρχόμενη ONA προνεφρικού τύπου. Η σύζυγός του αναφέρει ότι τους τελευταίους 6 μήνες ο ασθενής εμφανίζει ρίγη με έντονη εφίδρωση και υποθερμία. Ενώ προβληματίζεστε για τη διάγνυσή σας και στείλατε τον ασθενή για διενέργεια CT εγκεφάλου, ο συνάδελφος ακτινοδιαγνώστης σας τηλεφωνεί και σας ζητά και MRI εγκεφάλου. Πράγματι, η MRI επιβεβαιώνει τελικά τα ευρήματα της CT και αναδεικνύει εικόνα αγενεσίας μεσολόβιου (corpus callosum). Ποια είναι η διάγνυσή σας;

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| A. Σύνδρομο Shulman. | Δ. Σύνδρομο Dubowitz. |
| B. Σύνδρομο Shapiro. | Ε. Σύνδρομο Fowler. |
| Γ. Σύνδρομο Dandy-Walker. | ΣΤ. Σύνδρομο Morvan. |

206. Όλες οι παρακάτω θεωρήσεις που αφορούν αντιβιοτικά, αντιϊικά και αντιμυκητιασικά φάρμακα, είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Κατά τη θεραπεία με Αμινογλυκοσίδη (π.χ: Αμικασίνη) η νεφροτοξικότητα αυξάνει μετά τη συγχορήγηση Βανκομυκίνης και ΜΣΑΦ, ενώ ο κίνδυνος ωτοτοξικότητας αυξάνεται με τη συγχορήγηση Φουροσεμίδης και cis-πλατίνης.
- B. Οι Τετρακυκλίνες (π.χ. Δοξυκυκλίνη) είναι βακτηριοστατικά αντιβιοτικά. Συνδέονται με το μικροβιακό ριβοσωμικό σύμπλεγμα 30S και το σύμπλεγμα 70S των μιτοχονδρίων και αναστέλλουν την πρωτεϊνσύνθεση.
- Γ. Η ημερήσια δόση της Μετρονιδαζόλης δεν πρέπει να ξεπερνά τα 4 gr και δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με επιληψία ή άλλη ενεργό νόσο του ΚΝΣ. Ενισχύει τη δράση των κουμαρινικών αυξάνοντας το INR και αναστέλλει το μεταβολισμό της φαινυτοΐνης.
- Δ. Η Ακυκλοβίρη είναι δραστική έναντι ερπητοϊών (HSV 1 και 2), του VZV του CMV και του EBV. Συνδέεται με πρωτεΐνες του πλάσματος > 70% και αποβάλλεται με τα κόπρανα.
- Ε. Η Ιτρακοναζόλη είναι δραστική έναντι *Aspergillus* spp, *Candida* spp, *Cryptococcus*, αλλά απαγορεύεται η συγχορήγησης της με σιμβαστατίνη, μιδαζολάμη, σισαπρίδη, καθώς και η χορήγησης της σε ασθενείς με δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας.
- ΣΤ. Η Λινεζολίδη είναι φάρμακο 1^{ης} γραμμής για βαρειές επιπλεγμένες λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων, πρέπει να αποφεύγεται να συγχορηγείται με αναστολείς MAO και SSRI's, ενώ μπορεί να προκαλέσει ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα, ναυτία και θρομβοπενία.

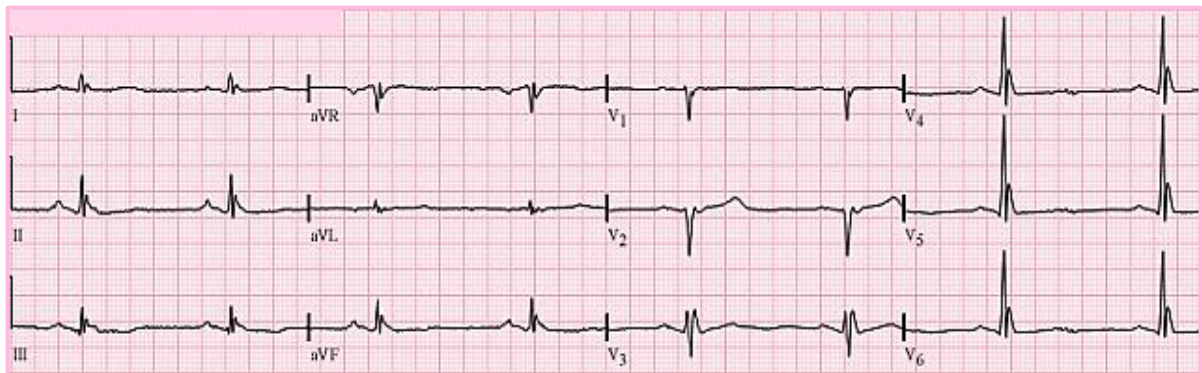
207. Όλες οι παρακάτω θεωρήσεις στη διάγνωση κι αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών προνοσοκομειακά ή στην ΠΦΥ ή στο ΤΕΠ είναι σωστές, εκτός από μια:

- A. Στους ασθενείς με θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (ΘΘΠ - σύνδρομο Moschowitz), ταυτόχρονα με την πλασμαφαίρεση χορηγούνται κορτικοστεροειδή (μεθυλπρεδνιζολόνη 5 gr/24h επί 10 ημέρες), ενώ η έναρξη ασπιρίνης σε υψηλές δόσεις συνιστάται πάντοτε όταν τα αιμοπετάλια (PLT) είναι λιγότερα από 50.000/μλ.
- B. Η οξεία εμφυσηματική χολοκυστίτιδα έχει υψηλή θνητότητα (15%), προκαλείται από μικτό πληθυσμό μικροβίων (*κολοβακτηρίδια*, *στρεπτόκοκκοι* και *αεριογόνα κλωστηρίδια*), συχνά είναι αλιθιασική, προσβάλλει κυρίως διαβητικούς και γυναίκες/άνδρες: 3/1.
- Γ. Η επίπτωση του ραγέντος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (ΡΑΚΑ) σε άτομα άνω των 65 ετών είναι 30-40 στα 100.000, η κλασική κλινική τριάδα ενός ΡΑΚΑ είναι: οξύ άλγος στην κοιλιά και την οσφύ, υπόταση και σφύζουσα κοιλιακή μάζα, ενώ στόχος είναι η διατήρηση της ΑΠ, μέχρι το χειρουργείο, σε επίπεδα 80-90 mmHg.
- Δ. Οι συστηματικές εκδηλώσεις του «Λατροδεκτισμού» ξεκινούν 20-120 λεπτά μετά από δήγμα αράχνης του είδους «μαύρη χήρα» και είναι: εφίδρωση, σιελόρροια, δακρύρροια, βρογχόρροια, έμετοι, έντονο άλγος στην κοιλιά και οσφύ, μυικές συσπάσεις, κεφαλαλγία, ταχυκαρδία, υπέρταση, οίδημα προσώπου, αναπνευστική δυσχέρεια, σπασμοί.
- Ε. Το TIMI risk score για την ασταθή στηθάγχη και το Non-STEMI περιλαμβάνει επτά (7) προγνωστικές παραμέτρους κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ και προβλέπει τον συνολικό κίνδυνο για θάνατο, νέο έμφραγμα ή σοβαρή ισχαιμία που να χρειάζεται επαναγγείωση τις επόμενες 14 ημέρες.
- ΣΤ. Αμέσως μετά από μια ΚΕΚ ακολουθεί μια περίοδος παρατεταμένης υποάρδευσης του εγκεφάλου. Ο προφυλακτικός υπεραερισμός μειώνει περαιτέρω την εγκεφαλική αιματική ροή, προκαλώντας εγκεφαλική ισχαιμία ή έμφρακτο και επιδεινώνει την τελική έκβαση.

208. Ασθενής άνδρας 24 ετών, προσέρχεται θορυβημένος στο ιατρείο, διότι σε γενική αίματος που έκανε σήμερα το πρωί, ως τακτικό έλεγχο, ανευρέθη λευκοπενία (WBC: 2400 /μl). Εκτός της ιδιοπαθούς καλοήθους λευκοπενίας, όλα τα παρακάτω αίτια είναι πιθανό να προκαλέσουν λευκοπενία, εκτός από ένα:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| A. Ουραιμία. | Δ. Ιστοπλάσμωση. |
| B. Λοίμωξη από ιό Epstein-Barr. | Ε. Τρυπανοσωμίαση. |
| Γ. Βρουκέλλωση. | ΣΤ. Σύνδρομο Goodpasture. |

209. Ασθενής άνδρας 58 ετών, με ατομικό αναμνηστικό ΑΥ και σαρκοείδωσης, διακομίζεται με ασθενοφόρο στο ΤΕΠ σε ημικωματώδη κατάσταση από 45 λεπτών. Τα ζωτικά του σημεία είναι ΑΠ: 175/90 mmHg, SpO₂: 90%, HR: 96 bpm, Θ: 35,8 °C. Στο ΗΚΓ που διενεργήθη και απεικονίζεται, ο καρδιολόγος είπε ότι «εμφανίζονται κύματα Osborn». Το κύμα Osborn (J wave) μπορεί να εμφανιστεί στις παρακάτω παθήσεις, εκτός από μία.



- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| A. Χρήση κοκαΐνης. | Δ. Υπερασβεστιαμία. |
| B. Υπερδοσολογία αλοπεριδόλης. | Ε. Υποθερμία. |
| Γ. Υποκαλιαιμία. | ΣΤ. Υπαραχνοειδής αιμορραγία. |

210. Όλες οι παρακάτω κλινικές θεωρήσεις είναι σωστές, εκτός από μία:

- A. Παράγοντες που μπορεί να δώσουν ψευδώς χαμηλά επίπεδα της HbA1c είναι μεταξύ άλλων, η έλλειψη B12 και φυλλικού οξέος, η χρόνια χρήση οπιοειδών και η ουραιμία.
- B. Το AIMS-65 score, που υπολογίζει τη θνητότητα σε ενήλικες ασθενείς με αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού, περιλαμβάνει μεταξύ άλλων παραμέτρων, την ηλικία > 65 ετών, τα επίπεδα αλβουμίνης (ALB) < 3 gr/dl και το INR > 1,5.
- Γ. Στη θεραπεία της υπερκαλιαιμίας, τα Διττανθρακικά (NaHCO₃) πρέπει να χορηγούνται πριν από το ασβέστιο, ενώ αποφεύγουμε τη χορήγηση ασβεστίου όταν υποπτευόμαστε υπερκαλιαιμία από τοξικό δακτυλιδισμό.
- Δ. Λόγω της ισχυρής αντένδειξης συγχορήγησης τους, δέον είναι, εφόσον αποφασίσουμε να χορηγήσουμε Σιπροφλοξασίνη σε ασθενή που λαμβάνει ήδη κουμαρινικά, να μετράμε καθημερινά το INR για όσο διάστημα επιβάλλεται η συγχορήγηση των δύο φαρμάκων.
- Ε. Σε ασθενή με οξεία παγκρεατίτιδα, όταν η αναλογία Λιπάση ορού / Αμυλάση ορού είναι μεγαλύτερη από 3/1, αυτό αποτελεί ισχυρή ένδειξη αλκοολικής αιτιολογίας της νόσου.
- ΣΤ. Το MELD Score (Model For End-Stage Liver Disease) προβλέπει την 3μηνη επιβίωση ασθενών (> 12 ετών) με κίρρωση ήπατος. Μεταξύ των πέντε παραμέτρων είναι: το INR, η χολερυθρίνη και το νάτριο ορού. Οι βαθμολογίες του MELD score κυμαίνονται από 6 έως 40, με υψηλότερες βαθμολογίες να συσχετίζονται με μεγαλύτερη 3μηνη θνητότητα.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1-B	31-Γ	61-A	91-Δ	121-ΣΤ	151-B	181-A
2-Δ	32-ΣΤ	62-A	92-Γ	122-B	152-ΣΤ	182-ΣΤ
3-B	33-Γ	63-Δ	93-Δ	123-A	153-ΣΤ	183-B
4-B	34-Γ	64-Γ	94-B	124-Γ	154-Γ	184-Γ
5-A	35-B	65-A	95-A	125-ΣΤ	155-A	185-A
6-E	36-Γ	66-B	96-E	126-Γ	156-Δ	186-B
7-E	37-Δ	67-Γ	97-E	127-A	157-B	187-A
8-Γ	38-E	68-Δ	98-Γ	128-Γ	158-Δ	188-Γ
9-Δ	39-Δ	69-A	99-ΣΤ	129-E	159-A	189-Γ
10-B	40-B	70-Γ	100-Γ	130-B	160-A	190-A
11-Γ	41-ΣΤ	71-ΣΤ	101-Γ	131-E	161-Γ	191-E
12-B	42-E	72-E	102-B	132-Γ	162-Γ	192-A
13-B	43-Δ	73-E	103-B	133-Δ	163-A	193-Δ
14-E	44-E	74-A	104-Δ	134-Γ	164-Γ	194-B
15-B	45-E	75-E	105-E	135-B	165-A	195-Γ
16-A	46-Γ	76-A	106-B	136-E	166-Δ	196-B
17-Δ	47-Γ	77-Γ	107-A	137-A	167-ΣΤ	197-Δ
18-Δ	48-A	78-A	108-B	138-B	168-Γ	198-A
19-Δ	49-B	79-B	109-A	139-Γ	169-Γ	199-Γ
20-A	50-ΣΤ	80-A	110-Γ	140-Δ	170-B	200-Γ
21-Γ	51-Γ	81-Γ	111-Δ	141-ΣΤ	171-E	201-Δ
22-Δ	52-A	82-Γ	112-B	142-A	172-Δ	202-A
23-A	53-E	83-A	113-A	143-E	173-A	203-A
24-Γ	54-B	84-Γ	114-B	144-B	174-Δ	204-B
25-A	55-Δ	85-Δ	115-E	145-A	175-Γ	205-B
26-A	56-E	86-E	116-Δ	146-Γ	176-B	206-Δ
27-Δ	57-B	87-Γ	117-Γ	147-E	177-E	207-A
28-Γ	58-B	88-B	118-Γ	148-A	178-E	208-A
29-A	59-A	89-Γ	119-A	149-E	179-B	209-Γ
30-B	60-ΣΤ	90-B	120-E	150-Γ	180-Γ	210-A

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ



Demetrios S. Kolokythas



«Η ανεύρεση του Ασκληπιού»
"The Finding of Aesculapius"
Giovanni Tognolli (1786 - 1862).



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ 2012 - 2025 ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Δωρεάν Διαδικτυακή Έκδοση

