



CENTRALIZATOR CU REZULTATELE PROBEI SCRISE

la concursul/examenul pentru ocuparea postului/posturilor vacant(e)/temporar vacant(e) de **medic specialist cardiologie** din cadrul **spitalului**

Nr. crt.	Nume și prenume candidat	Postul pentru care concurează	Secția / Compartimentul	Punctaj	Rezultat (Admis / Respins)
1	3104	Medic specialist	spital	96,20	ADMIS

Contestațiile la proba scrisă se pot depune în termen de cel mult o zi lucrătoare de la data afișării, respectiv până la data de 11.03.2015, ora 10⁰⁰.

Baremul de corectare este anexat la prezentul centralizator.

Proba clinică va avea loc în data de 12.03.2015, ora 09⁰⁰ la sediul Spitalului Cl. Colentina

Afișat astăzi, 10.03.2015, ora 15⁰⁰.

SECRETAR COMISIE,

1. Enumerati fazele ciclului cardiac

CICLUL CARDIAC reprezinta secventa coordonată a fenomenelor mecanice, și consecutiv a variațiilor de volum și presiune

- contractia mecanică a atrilor (**sistola atriala**) este considerata prima faza a ciclului cardiac – 3p
- **sistola ventriculară** îi urmează celei atriale, fiind împărțită în două faze **contractia izovolumetrica** și faza de ejecție rapidă – 3p
- **diastola ventriculară** urmează sistolei ventriculare, fiind la rândul ei împărțită în mai multe faze: ejecția lentă, care urmează ejecției rapide, relaxarea izovolumetrica, umplerea rapidă – 3p

2. Enumerati indicatiile de evaluare ultrasonografica a aa. cerebrale extracraniene:

Principalele indicații de evaluare ultrasonografică a arterelor cerebrale extracraniene:

- Accident vascular cerebral/accident ischemic tranzitor - 1p
- Suspiciune de disecție a arterei carotide sau vertebrale – 1p
- Insuficiența vertebrală - 1p
- Suflu cervical - 1p
- Diferența semnificativă de tensiune arterială între cele două brațe - 1p
- Pacienți la care s-a efectuat endarterectomie sau stentare - 1p
- Pacienții cu boală coronariană sau arterială periferică cunoscută - 1p
- Istoric de iradiere la nivelul gâtului - 1p
- Arterita cu celule gigante, boala Takayasu - 1p

3. Indicele gleznă-braț

- este prima etapă după examinarea clinică la un pacient cu suspiciune de boală arterială periferică – 1p
- este o investigație utilă în diagnosticul și urmărirea bolii arteriale periferice a membrilor inferioare – 1p
- reprezintă un marker al aterosclerozei generalizate și riscului cardiovascular
- o scădere a ABI sub 0,9 este asociată cu o creștere a riscului de mortalitate generală și cardiovasculară – 1p
- un ABI >1.40 reprezintă o rigiditate arterială marcată (medicocalcoza calcificări ale tunicii medii) și, de asemenea, este asociat cu un risc crescut de evenimente și mortalitate cardiovasculară – 1p
- Societatea Europeană de Cardiologie recomandă efectuarea indicelui gleznă-braț la toți pacienții cu suspiciune de:
 - o a) ateroscleroza artere membrilor inferioare – 1p
 - o b) cu risc de boală arterială periferică – 1p

ABI este calculat, în mod tradițional, pentru fiecare picior, luând în calcul: cea mai mare valoare între tensiunea sistolică determinată la tibială posterioară respectiv pedioasă împărțită cea mai mare valoare dintre tensiunea sistolică de la ambele brațe - 2p

Prof. Dr. Mihaela Elisabeta
Medicina Internă
191197
Sall

Pentru evaluarea riscului cardiovascular este folosită cea mai mică valoare a celor două ABI-ului (dreaptă, stângă) – 1p

4. Medicația antiplachetară în sindroamele coronariene acute fără supradenivelare de segment ST

- Aspirina inhibă COX-1, reduce formarea de tromboxan A₂ și induce inhibiție plachetară permanentă; ca urmare, reduce apariția recurențelor de infarct miocardic și riscul de deces la toți pacienții cu NSTEMI-ACS. Aspirina trebuie administrată la toți pacienții, cu o doză inițială de încărcare de 150-300 mg (formula non entero solubilă), urmată de doză de menținere de 75-100 mg (de preferat entero solubilă), pe termen lung – 3p
- Clopidogrelul este un inhibitor ireversibil al receptorilor P2Y₁₂. Dozele recomandate sunt doză de încărcare de 300-600 mg, urmată de doză de întreținere de 75 mg/zi. Ghidurile actuale recomandă utilizarea clopidogrelului la pacienții cu NSTEMI-ACS doar atunci când inhibitorii de receptori P2Y₁₂, prasugrelul sau ticagrelorul, nu sunt disponibili sau sunt contraindicați – 2 p
- Prasugrelul este un inhibitor ireversibil al receptorilor P2Y₁₂, cu efect rapid (intră în acțiune în cca. 30 de minute) și care durează 7-10 zile. Are eficiență superioară clopidogrelului pe evenimentele cardiovasculare majore, dar cu prețul creșterii semnificative a riscului de sângerări majore. Dozele recomandate sunt doză de încărcare de 60 mg și doză de întreținere de 10 mg/zi – 2p
- Ticagrelorul este un inhibitor reversibil al receptorilor P2Y₁₂, cu efect rapid (intră în acțiune în cca. 30 de minute) și durată de acțiune scurtă, de cca. 3-5 zile; necesită oprirea cu cel puțin 5 zile înaintea unei intervenții chirurgicale majore. Are o eficiență superioară clopidogrelului în prevenirea evenimentelor aterotrombotice recurente și un profil de siguranță similar clopidogrelului, pe sângerările majore (dar nu și sângerările majore legate de intervențiile non non-CABG sau sângerările minore de orice fel) și sângerările amenințătoare de viață. Dozele recomandate sunt doză de încărcare de 180 mg și doză de întreținere de 90 mg 2/zi, timp de un an – 1p
- Cangrelorul are efect foarte rapid (intră în acțiune în 1-2 minute) și durată de acțiune foarte scurtă, de cca. 1-2 ore. Această medicație poate fi luată în considerare în anumite situații particulare, la pacienții care nu au mai primit alt blocant de P2Y₁₂ și care sunt supuși unor strategii invazive percutanate – 1p
- Inhibitorii de glicoproteina plachetară IIb/IIIa - această clasă de medicamente blochează calea finală a agregării plachetare (receptorul plachetar IIb/IIIa). Cei mai importanți reprezentanți ai acestei clase sunt abciximabul (anticorp monoclonal), eptifibatida și tirofibanul. Nu este recomandată folosirea lor de rutină, ci doar la pacienții tratați invaziv precoce și care prezintă criterii de risc ischemic înalt – 1p

5. Anticoagularea în fibrilația atrială principii:

Evaluarea riscului embolic al pacientului pe baza scorului CHA₂DS₂ VA – 5p

În funcție de acesta (scor ≥ 2) se va iniția terapie anticoagulantă orală – 2p

De preferat anticoagulant direct (DOAC de exp. apixaban, rivaroxaban, dabigatran, edoxaban) sau antivitamina K (cu menținere INR ~2-3) – 2p

DoedW

6. Criterii de diagnostic ale Sindromul Brugada

- Clinic - 4p
 - Sincope/palpitații;
 - Aritmia survine adesea după mese/ în perioada de odihnă, datorită unui tonus vagal crescut
- Examine paraclinice utilizate: ECG; Ecocardiografie; RMN cardiac - 3p
- Caracteristici paraclinice:
 - Imagistică normală - 1p
 - BRD și supradenivelare caracteristică persistentă în derivațiile precordiale drepte (spontan sau după provocare cu ajmalina) - 1p

7. Definiția șocului cardiogen:

- Șocul cardiogen = insuficiență circulatorie acută severă indusă de o disfuncție cardiacă majoră care conduce la reducerea dramatică a debitului cardiac în prezența unui volum intravascular normal - 1p
- Scăderea tensiunii arteriale sistolice <90 mmHg pentru mai mult de 30 min sau folosirea de suport vasopresor pentru menținerea ei >90 mmHg - 2p
- Hipoperfuzie de organ (debit urinar <30 ml/h sau extremități reci) - 2p
- Criteriile hemodinamice ale indexului cardiac mai mic sau egal cu 2,2 l/min/m² sau <1,8 l/min/m² (în absența tratamentului vasotrop) - 2p
- Presiunea blocată în capilarul pulmonar (PWP) mai mare sau egală cu 15 mmHg - 2p

8. Tratamentul trombozei venoase profunde acute proximale, principii

- Tratamentul nonfarmacologic are drept scop ameliorarea drenajului venos prin menținerea în poziție declivă a membrului afectat sau prin utilizarea ciorapiilor compresivi - 1p
- Tratamentul farmacologic anticoagulant - 4p
 - se începe cât mai repede după confirmarea diagnosticului cu heparină nefracționată (HNF), heparină cu greutate moleculară mică (HGMM), urmate de tratament cu anticoagulante orale pe termen lung sau direct cu anticoagulant oral direct
 - Tratamentul cu HNF se începe prin administrarea de bolus i. v, apoi iv. continuu cu menținerea unui aPTT de 2-3 ori mai mare decât valoarea de referință a laboratorului.
 - HGMM poate fi utilizat ca tratament anticoagulant inițial atât la pacienții cu TVP
- Administrarea de trombolitice (sistemic sau, mai bine, local pe cateter inserat la nivelul venei afectate) poate fi utilă la pacienții cu tromboză masivă cu localizare ilio-femurală - 2p
- Administrarea antivitaminelor K trebuie să fie inițiată suprapus cu tratamentul anticoagulant parenteral, cu administrarea dozei de încărcare (acenocumarol 4 mg/zi, warfarină 5- 10 mg/zi) în primele 2 zile, ulterior doză zilnică va fi ajustată în funcție de valoarea INR, care trebuie menținut într-un interval terapeutic între 2 și 3 - 1p
- Anticoagulantele orale noi - inhibitorii specifici ai factorului X activat (rivaroxaban, apixaban) - pot fi utilizate imediat după diagnostic - 1p

Prof. Dr. IULIA ELISABETA
Cardiolog
Căminul 1287

9. Enumerati cauze de moarte subită la atleți

- Cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept - 1p
- Cardiomiopatie dilatativă – 0,5 p
- Alte cardiomiopatii (hipertrofica) - 0.5p
- Anomalii congenitale ale originii arterelor coronare aortă ascendentă) -1p
- Aortopatii (sindrom Marfan, aneurismul/disecția) – 1p
- Boli valvulare (stenoză aortică congenitală, prolaps de valvă mitrală) – - 0,5 p
- Tahicardie ventriculară polimorfă catecolaminergică -1p
- WPW sau alte tulburări de căi accesorii -1p
- Sindrom Brugada / Alte canalopatii – 1p
- Boală arterială coronariană aterosclerotică – 0,5 p
- Interval QT lung dobândit (indus de medicamente) – 1p

10. Principiile de tratament ale HTA in sarcina

- HTA pre-existentă tratată anterior medicamentos presupune întreruperea administrării de IECA sau de sartani, și a diureticelor tiazidice și a statinelor – 1p
- Medicamentele de elecție sunt:
 - metildopa – 2p
 - labetalolul – 1p
 - blocantele canalelor de calciu (mai ales nifedipina) – 1p
- Se va evita câștigul ponderal iar restricția de sodiu nu este indicată – 0.5p
- În urgențele hipertensive, sunt de rezervă hidralazina și urapidil iv -2 p
- Nitroglicerina iv are indicație în PE asociată cu edem pulmonar – 1p
- Sulfatul de magneziu iv - prevenția convulsiilor din eclampsie – 0.5p

Prof. Dr. *Adela* ELISABETA
Cardiologie, Clinica Internă
Căminul 1237