

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 14.07.2025 11:00:33
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Госпитальной терапии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:

Гироректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

20 25 года



**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 ТЕРАПИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Майкоп

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения
дисциплины «Кардиология»**

Категория (группа) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Компетенции и индикаторы их достижения
УК (универсальные компетенции)	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте <i>Знать:</i> – общую и частную патологию <i>Уметь:</i> – анализировать полученную информацию (от диагноза к симптомам и от симптома(ов) – к диагнозу) <i>Владеть:</i> – технологией сравнительного анализа УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. <i>Знать:</i> – профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных. <i>Уметь:</i> – пользоваться профессиональными источниками информации. <i>Владеть:</i> – технологией дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации.
ОПК (обще профессиональные компетенции)	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями <i>Знать:</i> – методика сбора жалоб, анамнеза жизни и болезни, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях; – методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); – анатомо-функциональное состояние органов и систем организма человека в норме и у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – этиологию, эпидемиологию и патогенез инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза;

		– современные классификации, клиническая симптоматика инфекционных заболеваний. в том числе туберкулеза; – методы диагностики инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза; – симптомы, особенности течения и возможные осложнения у пациентов при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях, в том числе туберкулеза <i>Уметь:</i> – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию); – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях у пациентов с инфекционными заболеваниями; – пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; – интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <i>Владеть:</i> – сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с
--	--	--

		инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), в том числе с туберкулезом; – навыками обоснования и постановки диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, на консультацию к врачам-специалистам. ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования. <i>Знать:</i> – медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <i>Уметь:</i> – обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <i>Владеть:</i> – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование; – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на инструментальное обследование
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях <i>Знать:</i> – клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями;

	его эффективность и безопасность	– алгоритмы оказания помощи пациентам; – показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста <i>Уметь:</i> – разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; – определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; <i>Владеть:</i> – навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения <i>Знать:</i> – фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины <i>Уметь:</i> – оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов <i>Владеть:</i> – навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать	ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях

	эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	<i>Знать:</i> – порядок организации медицинской реабилитации; – основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов терапевтического профиля <i>Уметь:</i> – составить план реабилитационных мероприятий; – разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; <i>Владеть:</i> – навыком составления плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях пациентам терапевтического профиля. ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и/или состояниях <i>Знать:</i> – методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля; – методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у пациентов терапевтического профиля; <i>Уметь:</i> – оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» <i>Владеть:</i> – методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации
	ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу <i>Знать:</i> – заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы; – медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу <i>Уметь:</i> – выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; – определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу;

		– подготовить медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу <i>Владеть:</i> – навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; – навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на медико-социальную экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу <i>Знать:</i> – порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности; – порядок выдачи медицинской документации <i>Уметь:</i> – проводить медицинскую экспертизу временной нетрудоспособности; – интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения <i>Владеть:</i> – организации и проведения медицинской экспертизы; – навыками оформления медицинской документации
ПК (профессиональные компетенции)	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара	ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза <i>Знать:</i> – Методику осмотра и обследования пациентов с иммуно-воспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом или подозрениями на них; – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с ревматическими заболеваниями, пациентам с бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Этиологию и патогенез иммуновоспалительных ревматических 5 заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Методы клинической и параклинической диагностики иммуно-воспалительных ревматических заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Медицинские показания для направления пациентов, получающих генно-инженерные биологические или синтетические таргетные

		препараты к врачам-специалистам смежных специальностей; – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лабораторных и инструментальных исследований у пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Правила установки диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и его обоснование. <i>Уметь:</i> – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающих терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Производить физикальное обследование пациента с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и интерпретировать его результаты; – Оценивать тяжесть состояния пациента, стратифицировать риск развития жизнеопасных осложнений, определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях; – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; – Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными
--	--	--

		заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и остеопорозом и получающих генно-инженерные биологические и/или таргетные синтетические препараты; – Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов (ревматолога, пульмонолога, кардиолога); – Использовать алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов (их законных представителей) с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом. <i>Владеть:</i> – Навыками проведения сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Навыками проведения физикального обследования пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Навыками направления пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами на лабораторное и инструментальное обследование, а также консультации смежных специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность <i>Знать:</i>
--	--	--

		– Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников; – Принципы лечения и тактику ведения пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с применением генно-инженерных биологических и/или таргетных синтетических препаратов, в том числе при неотложных состояниях, показания к госпитализации в реанимационное отделение; – Механизмы действия лекарственных генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы; – Клинико-фармакологическую характеристику генноинженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате применения генно-инженерных биологических или синтетических таргетных препаратов; – Алгоритмы оказания помощи при осложнениях, вызванных применением генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Особенности вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой на фоне терапии генно-инженерными биологическими и таргетными синтетическими препаратами; – Правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для лечения генно-инженерными биологическими препаратами
--	--	---

		<i>Уметь:</i> – Разрабатывать план лечения больных ревматическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины; – Назначать рациональную медикаментозную терапию пациентам с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, остеопорозом, атеросклерозом и оценивать ее эффективность и безопасность; – Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов; – Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Оформлять медицинские документы при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами <i>Владеть:</i> – Навыками разработки плана лечения больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с клиническими рекомендациями; – Навыками оценки эффективности и безопасности применения генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов – Навыками разработки плана вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой – Навыками оформления и выдачи медицинских документов при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами
--	--	--

**Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами
дисциплины «Кардиология»**

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний;
- ситуационные задачи.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если ординатор показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине «Кардиология»

1. Методы обследования больных ССЗ.
2. Общие принципы и методы лечения кардиологических больных.
3. Профилактическая кардиология.
4. Теоретические основы электрокардиографии (ЭКГ).
5. Анализ ЭКГ. Характеристика нормальной ЭКГ.
6. ЭКГ при гипертрофии отделов сердца.
7. ЭКГ при нарушениях проводимости.
8. ЭКГ при синдромах предвозбуждения желудочков.
9. ЭКГ при нарушениях ритма.
10. ЭКГ при ишемической болезни сердца (ИБС).
11. Изменения ЭКГ при отдельных заболеваниях.
12. Атеросклероз. Социальное значение проблемы.
13. Атеросклероз. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска.
14. Атеросклероз и гипертоническая болезнь.
15. Наиболее частые локализации атеросклероза.
16. Особенности клинических проявлений атеросклероза.
17. Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероза различных локализаций.
18. Атеросклероз. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности.
19. Атеросклероз. Значение курения, липидов, тромбообразования, сахарного диабета, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания.
20. Атеросклероз. Лечебно-профилактическое применение медикаментов.
21. Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска ИБС, их значение.
22. Классификация ИБС.
23. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы.
24. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция) при ИБС.
25. Принципы ступенчатой терапии ИБС.
26. ИБС. Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению.
27. Профилактика (первичная и вторичная) ИБС. Прогноз. Трудовая экспертиза.
28. Стенокардия. Патогенез болевого синдрома (роль функциональных и анатомических факторов).
29. Стенокардия. Клинические варианты: стабильная, нестабильная (впервые возникающая, прогрессирующая, вариантная).
30. Стенокардия. Степени тяжести. Диагноз. Характеристика болей, факторы риска.
31. Роль ЭКГ в выявлении коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами).
32. Стенокардия. Радионуклидные методы.
33. Стенокардия. Роль инвазивных методов (коронароаргиография, тест частой предсердной стимуляции).
34. Стенокардия. Течение.
35. Острый коронарный синдром. Патофизиология: разрыв бляшки и эрозия, воспаление, тромбоз, вазоконстрикция.

36. Острый коронарный синдром. Диагностика: клинические проявления, ЭКГ, биохимические маркёры повреждения миокарда.
37. Острый коронарный синдром. Тактика ведения пациентов: показания к тромболитической терапии.
38. Q – Инфаркт миокарда. Эпидемиология инфаркта миокарда (распространенность, факторы риска). Патогенез.
39. Q – Инфаркт миокарда. Клиническая картина в различные периоды заболевания.
40. Q – Инфаркт миокарда. Клинические варианты начала болезни. Диагноз.
41. Q – Инфаркт миокарда. Изменения электрокардиограммы, картины крови, биохимических показателей. Q – Инфаркт миокарда. Течение инфаркта миокарда.
42. Q – Инфаркт миокарда. Клинические варианты инфаркта миокарда.
43. Н е Q – Инфаркт миокарда. Осложнения: кардиогенный шок, нарушения ритма и проводимости, сердечная недостаточность, ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром.
44. Н е Q – Инфаркт миокарда. Лечение. Значение ранней госпитализации.
45. Н е Q – Инфаркт миокарда. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда.
46. Н е Q – Инфаркт миокарда. Роль специализированных машин скорой помощи: палата (отделение) интенсивной терапии.
47. Н е Q – Инфаркт миокарда. Купирование болевого приступа, борьба с кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью, аритмиями. Возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии.
48. Н е Q – Инфаркт миокарда. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти.
49. Н е Q – Инфаркт миокарда. Прогноз. Реабилитация больных. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Диспансеризация.
50. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Механизм развития.
51. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Клиническое течение.
52. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Особенности развития недостаточности кровообращения.
53. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Нарушения ритма сердца и проводимости.
54. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Изменения ЭКГ.
55. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Хроническая аневризма сердца. Клинические проявления.
56. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Значение для диагноза рентгенологических исследований, вентрикулографии, эхокардиографии.
57. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Прогноз. Лечение.
58. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Возможности хирургического лечения аневризмы сердца.
59. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Диспансеризация.
60. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Распространенности. Этиология и патогенез.
61. Роль центральных нарушений регуляции артериального давления, симпатическо-нервной системы, гуморальных и гормональных прессорных (ренин-ангиотензин-альдостерон) и депрессорных (кинины, простагландины) факторов возникновения и прогрессировании заболевания.
62. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Значение нарушений метаболизма натрия и других факторов риска.
63. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Классификация. Клиническая картина различных стадий заболевания.

64. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Гемодинамические варианты.
65. Течение гипертонической болезни. Осложнения.
66. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. Дифференциальный диагноз.
67. Злокачественная гипертония. Дифференциальный диагноз.
68. Ювенильная гипертония. Дифференциальный диагноз.
69. Лечение гипертонической болезни. Режим, рациональное питание и другие немедикаментозные методы.
70. Гипертонические кризы. Распространенность.
71. Этиология и патогенез гипертонических кризов.
72. Клинические проявления гипертонического криза.
73. Тактика ведения пациентов с гипертоническим кризом.
74. Гипертонический кризы: алгоритм оказания неотложной помощи.
75. Купирование гипертонических кризов. Исходы. Прогноз.
76. Гипертонические кризы. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Профилактика (борьба с факторами риска, диспансеризация).
77. Гипертонические кризы. Лечение. Режим, рациональное питание и другие немедикаментозные методы.
78. Дифференциальное применение гипотензивных средств различного механизма действия с учетом стадии, тяжести течения, особенностей гемодинамических сдвигов и сопутствующих заболеваний. Принципы комбинированной фармакологии.
79. Классификация артериальных гипертензий.
80. Схема обследования при артериальной гипертензии.
81. Удельный вес различных форм артериальной гипертензии.
82. Почечные артериальные гипертензии (рено-васкулярная, при нефритах и пиелонефритах).
83. Эндокринные артериальные гипертензии (синдром и болезнь Кушинга, феохромоцитома, альдостерома).
84. Гемодинамические гипертензии.
85. Особенности клинических проявлений данных форм артериальных гипертензий. Диагностика.
86. Тактика ведения пациентов с различными формами симптоматической артериальной гипертензии.
87. Нейроциркуляторная дистония. Определение. Этиология и патогенез.
88. Нейроциркуляторная дистония. Классификация. Основные синдромы.
89. Нейроциркуляторная дистония. Клиническая картина.
90. Нейроциркуляторная дистония. Диагностические критерии. Возможности лечения.
91. Нейроциркуляторная дистония. Прогноз. Трудоустройство.
92. Эпидемиология, этиология, патогенез, патологическая анатомия миокардитов.
93. Классификация миокардитов.
94. Особенности клинического течения и диагностики отдельных форм миокардита: вирусные, бактериальные, риккетсиозные, грибковые миокардиты.
95. Дифференциальная диагностика миокардитов.
96. Значение инструментальных и иммунологических методов исследования.
97. Особенности лечения различных форм миокардитов (нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды). Трудовая экспертиза.
98. Кардиомиопатии. Основные варианты: гипертрофическая, дилатационная рестриктивная.
99. Кардиомиопатии. Патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики.
100. Кардиомиопатии. Основные клинические проявления.

101. Кардиомиопатии. Возможности диагностики, роль эхокардиографического исследования.
102. Кардиомиопатии. Течение и осложнения.
103. Кардиомиопатии. Возможности консервативного лечения.
104. Кардиомиопатии. Показания к оперативному лечению.

**Вопросы к экзамену для проведения промежуточной аттестации ординаторов
по дисциплине «Кардиология»**

1. Методы обследования больных ССЗ.
2. Общие принципы и методы лечения кардиологических больных.
3. Профилактическая кардиология.
4. Теоретические основы электрокардиографии (ЭКГ).
5. Анализ ЭКГ. Характеристика нормальной ЭКГ.
6. ЭКГ при гипертрофии отделов сердца.
7. ЭКГ при нарушениях проводимости.
8. ЭКГ при синдромах предвозбуждения желудочков.
9. ЭКГ при нарушениях ритма.
10. ЭКГ при ишемической болезни сердца (ИБС).
11. Изменения ЭКГ при отдельных заболеваниях.
12. Атеросклероз. Социальное значение проблемы.
13. Атеросклероз. Эпидемиология. Патогенез. Факторы риска.
14. Атеросклероз и гипертоническая болезнь.
15. Наиболее частые локализации атеросклероза.
16. Особенности клинических проявлений атеросклероза.
17. Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероза различных локализаций.
18. Атеросклероз. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности.
19. Атеросклероз. Значение курения, липидов, тромбообразования, сахарного диабета, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания.
20. Атеросклероз. Лечебно-профилактическое применение медикаментов.
21. Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска ИБС, их значение.
22. Классификация ИБС.
23. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы.
24. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция) при ИБС.
25. Принципы ступенчатой терапии ИБС.
26. ИБС. Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению.
27. Профилактика (первичная и вторичная) ИБС. Прогноз. Трудовая экспертиза.
28. Стенокардия. Патогенез болевого синдрома (роль функциональных и анатомических факторов).
29. Стенокардия. Клинические варианты: стабильная, нестабильная (впервые возникающая, прогрессирующая, вариантная).
30. Стенокардия. Степени тяжести. Диагноз. Характеристика болей, факторы риска.
31. Роль ЭКГ в выявлении коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами).
32. Стенокардия. Радионуклидные методы.
33. Стенокардия. Роль инвазивных методов (коронароаргиография, тест частой предсердной стимуляции).
34. Стенокардия. Течение.
35. Острый коронарный синдром. Патофизиология: разрыв бляшки и эрозия, воспаление, тромбоз, вазоконстрикция.

36. Острый коронарный синдром. Диагностика: клинические проявления, ЭКГ, биохимические маркёры повреждения миокарда.
37. Острый коронарный синдром. Тактика ведения пациентов: показания к тромболитической терапии.
38. Q – Инфаркт миокарда. Эпидемиология инфаркта миокарда (распространенность, факторы риска). Патогенез.
39. Q – Инфаркт миокарда. Клиническая картина в различные периоды заболевания.
40. Q – Инфаркт миокарда. Клинические варианты начала болезни. Диагноз.
41. Q – Инфаркт миокарда. Изменения электрокардиограммы, картины крови, биохимических показателей. Q – Инфаркт миокарда. Течение инфаркта миокарда.
42. Q – Инфаркт миокарда. Клинические варианты инфаркта миокарда.
43. Н е Q – Инфаркт миокарда. Осложнения: кардиогенный шок, нарушения ритма и проводимости, сердечная недостаточность, ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром.
44. Н е Q – Инфаркт миокарда. Лечение. Значение ранней госпитализации.
45. Н е Q – Инфаркт миокарда. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда.
46. Н е Q – Инфаркт миокарда. Роль специализированных машин скорой помощи: палата (отделение) интенсивной терапии.
47. Н е Q – Инфаркт миокарда. Купирование болевого приступа, борьба с кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью, аритмиями. Возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии.
48. Н е Q – Инфаркт миокарда. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти.
49. Н е Q – Инфаркт миокарда. Прогноз. Реабилитация больных. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Диспансеризация.
50. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Механизм развития.
51. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Клиническое течение.
52. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Особенности развития недостаточности кровообращения.
53. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Нарушения ритма сердца и проводимости.
54. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Изменения ЭКГ.
55. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Хроническая аневризма сердца. Клинические проявления.
56. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Значение для диагноза рентгенологических исследований, вентрикулографии, эхокардиографии.
57. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Прогноз. Лечение.
58. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Возможности хирургического лечения аневризмы сердца.
59. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Диспансеризация.
60. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Распространенность. Этиология и патогенез.
61. Роль центральных нарушений регуляции артериального давления, симпатической нервной системы, гуморальных и гормональных прессорных (ренин-ангиотензин, альдостерон) и депрессорных (кинины, простагландины) факторов в возникновении и прогрессировании заболевания.
62. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Значение нарушений метаболизма натрия и других факторов риска.
63. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Классификация. Клиническая картина различных стадий заболевания.

64. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Гемодинамические варианты.
65. Течение гипертонической болезни. Осложнения.
66. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. Дифференциальный диагноз.
67. Злокачественная гипертония. Дифференциальный диагноз.
68. Ювенильная гипертония. Дифференциальный диагноз.
69. Лечение гипертонической болезни. Режим, рациональное питание и другие немедикаментозные методы.
70. Гипертонические кризы. Распространенность.
71. Этиология и патогенез гипертонических кризов.
72. Клинические проявления гипертонического криза.
73. Тактика ведения пациентов с гипертоническим кризом.
74. Гипертонический кризы: алгоритм оказания неотложной помощи.
75. Купирование гипертонических кризов. Исходы. Прогноз.
76. Гипертонические кризы. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Профилактика (борьба с факторами риска, диспансеризация).
77. Гипертонические кризы. Лечение. Режим, рациональное питание и другие немедикаментозные методы.
78. Дифференциальное применение гипотензивных средств различного механизма действия с учетом стадии, тяжести течения, особенностей гемодинамических сдвигов и сопутствующих заболеваний. Принципы комбинированной фармакологии.
79. Классификация артериальных гипертензий.
80. Схема обследования при артериальной гипертензии.
81. Удельный вес различных форм артериальной гипертензии.
82. Почечные артериальные гипертензии (рено-васкулярная, при нефритах и пиелонефритах).
83. Эндокринные артериальные гипертензии (синдром и болезнь Кушинга, феохромоцитома, альдостерома).
84. Гемодинамические гипертензии.
85. Особенности клинических проявлений данных форм артериальных гипертензий. Диагностика.
86. Тактика ведения пациентов с различными формами симптоматической артериальной гипертензии.
87. Нейроциркуляторная дистония. Определение. Этиология и патогенез.
88. Нейроциркуляторная дистония. Классификация. Основные синдромы.
89. Нейроциркуляторная дистония. Клиническая картина.
90. Нейроциркуляторная дистония. Диагностические критерии. Возможности лечения.
91. Нейроциркуляторная дистония. Прогноз. Трудоустройство.
92. Эпидемиология, этиология, патогенез, патологическая анатомия миокардитов.
93. Классификация миокардитов.
94. Особенности клинического течения и диагностики отдельных форм миокардита: вирусные, бактериальные, риккетсиозные, грибковые миокардиты.
95. Дифференциальная диагностика миокардитов.
96. Значение инструментальных и иммунологических методов исследования.
97. Особенности лечения различных форм миокардитов (нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды). Трудовая экспертиза.
98. Кардиомиопатии. Основные варианты: гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная.
99. Кардиомиопатии. Патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики.
100. Кардиомиопатии. Основные клинические проявления.

101. Кардиомиопатии. Возможности диагностики, роль эхокардиографического исследования.
102. Кардиомиопатии. Течение и осложнения.
103. Кардиомиопатии. Возможности консервативного лечения.
104. Кардиомиопатии. Показания к оперативному лечению.
105. Миокардиодистрофии. Этиология и патогенез.
106. Миокардиодистрофии. Современная классификация.
107. Миокардиодистрофии. Основные клинические проявления и диагностические критерии.
108. Миокардиодистрофии. Лечение.
109. Миокардиодистрофии. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.
110. Инфекционные эндокардиты. Этиология и патогенез.
111. Значение реактивности организма и особенностей возбудителя в возникновении инфекционного эндокардита. Способствующие факторы.
112. Особенности острого и затяжного септического эндокардита.
113. Инфекционные эндокардиты. Клиника: варианты начала болезни, температурная кривая, поражение сердца и других органов (почек, печени и селезенки, кожи и др.).
114. Инфекционные эндокардиты. Тромбоэмболические осложнения.
115. Инфекционные эндокардиты. Лабораторные данные, значение повторных посевов крови с целью выявления возбудителя процесса.
116. Инфекционные эндокардиты. Клинические "маски" болезни.
117. Инфекционные эндокардиты. Особенности течения у лиц пожилого и старческого возраста, у наркоманов.
118. Инфекционные эндокардиты. Диагноз. Течение и исходы. Прогноз.
119. Инфекционные эндокардиты. Лечение: выбор антибиотиков, необходимость применения больших доз, длительность терапии, показания к хирургическому лечению.
120. Инфекционные эндокардиты. Критерии излеченности.
121. Инфекционные эндокардиты. Профилактика обострений.
122. Инфекционные эндокардиты. Диспансеризация.
123. Инфекционные эндокардиты. Трудовая экспертиза и трудоустройство.
124. Перикардиты. Этиология, патогенез, классификация.
125. Сухой перикардит. Клиническая картина, лечение.
126. Острый выпотной перикардит. Клиническая картина. Диагноз. Значение рентгенологического исследования, эхокардиографии. Симптомы увеличения полости перикарда и сдавления сердца. Показания к пункции перикарда. Лечение с учетом этиологического фактора.
127. Слипчивый (констриктивный) перикардит. Этиология. Механизм развития и особенности нарушения кровообращения, "псевдоцирроз" печени. Диагноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Прогноз.
128. Понятие стеноза и недостаточности левого атриовентрикулярного отверстия.
129. Этиология, патогенез приобретенных пороков митрального клапана, аортальных пороков.
130. Классификация приобретенных пороков митрального и аортального клапана.
131. Клиническая картина митральных и аортальных пороков.
132. Лабораторно-инструментальные методы исследования больных митральными и аортальными пороками сердца.
133. Лечение больных с митральными и аортальными пороками.
134. Осложнения митральных, аортальных пороков.
135. Этиология врожденных пороков сердца.
136. Значение патологической наследственности и инфекционных заболеваний матери.

137. Врожденные пороки. Классификация. Общие признаки.
138. Открытый артериальный проток.
139. Коарктация аорты. Симптоматология, течение. Диагноз. Показания к хирургическому лечению.
140. Дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки. Симптоматология. Стадийность течения. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
141. Проплапс митрального клапана.
142. Дифференциальная диагностика функциональных и органических шумов.
143. Понятие об интракардиальных и экстракардиальных шумах.
144. Механизм компенсации и декомпенсации при пороках сердца.
145. Признаки митрального стеноза, недостаточности митрального клапана. Аускультативные признаки пролапса митрального клапана.
146. Пороки сердца, проявляющиеся увеличением пульсового давления. Сосудистые признаки недостаточности аортального клапана.
147. Методические приемы для выявления патологических шумов сердца.
148. Оценка степени сужения левого венозного отверстия и показания к оперативному лечению.
149. Признаки стеноза устья аорты.
150. Механизмы образования периферических сосудистых шумов при аортальной недостаточности.
151. Признаки недостаточности трикуспидального клапана, стеноза правого АВ-отверстия.
152. Признаки стеноза легочной артерии.
153. Признаки дефекта МПП и МЖП, незаращения артериального протока.,
154. ТетрадаФалло.
155. ЭКГ-признаки гипертрофии отделов сердца. Рентгенологические признаки увеличения отделов сердца.
156. Значение двухмерной и доплеровской эхокардиографии в диагностике приобретенных и врожденных пороков сердца. Эхокардиографическая картина основных пороков.
157. Возможности хирургической коррекции при врожденных и приобретенных пороках сердца.
158. Нарушения ритма сердца: экстрасистолы, суправентрикулярные тахикардии. Общая характеристика и классификация.
159. Этиология суправентрикулярных экстрасистол и их клиническое значение.
160. Причины желудочковой экстрасистолы, её клиническое значение и клинко-электрокардиографические параллели.
161. Лечение и профилактика экстрасистол.
162. Мерцательная аритмия: этиология, классификация, клиника.
163. Отбор больных с мерцательной аритмией для восстановления ритма.
164. Профилактика рецидивов МА.
165. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии.
166. Профилактика тромбоэмболических осложнений при мерцательной аритмии.
167. Этиология классификация и клиника СССУ.
168. Диагностика СССУ: значение мониторинга ЭКГ.
169. Предсердно-желудочковые блокады. Блокада ножек и ветвей пучка Гиса. Эпидемиология, этиология и патогенез.
170. Степени АВ блокады.
171. ЭКГ–признаки АВ блокады I, II, III степеней.
172. Типы АВ блокады II степени.
173. Клиническое течение и прогноз при предсердно-желудочковых блокадах. Тактика лечения.

174. Синдром Марганьи-Адамса-Стокса.
175. ЭКГ-критерии блокады ножек и ветвей пучка Гиса.
176. Основные классы и подклассы антиаритмических препаратов.
177. Современные представления об основных возможностях антиаритмических препаратов.
178. Проаритмический эффект антиаритмических средств.
179. Наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма.
180. Комбинация антиаритмических средств.
181. Длительная антиаритмическая терапия.
182. Эпидемиология и этиологические факторы сердечной недостаточности. Классификации (Василенко-Стражеско и NYHA).
183. Клиническая патофизиология сердечной недостаточности.
184. Клинические проявления.
185. Лекарственные препараты, применяемые при лечении сердечной недостаточности.
186. Дифференцированная терапия различных групп больных с ХСН.
187. Общие принципы и средства лечения сердечной недостаточности. Немедикаментозные подходы к лечению.
188. Дифференцированное лечение различных групп больных с ХСН: с преимущественно нарушенной систолической функцией миокарда, с преимущественно нарушенной диастолической функцией.
189. Тактика ведения больных с рефрактерностью к медикаментозной терапии.
190. Влияние лекарственных средств на качество и продолжительность жизни.
191. Патогенетические механизмы болей в грудной клетке при заболеваниях сердца и внесердечных поражениях.
192. Методика обследования больных с болевым синдромом в грудной клетке, обусловленным внесердечными причинами.
193. Основные механизмы регуляции болевой чувствительности.
194. Причины проявления болей в области сердца при поражениях различных органов.
195. Характеристики болевого синдрома в грудной клетке.
196. Алгоритм диагностики БС, методы лабораторной и инструментальной диагностики.

**Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Кардиология»**

Тема: Теоретические основы кардиологии.

001. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:

- а) Правым желудочком.
- б) Левым желудочком.
- в) Левым предсердием.

002. Механическое сцепление соседних кардиомиоцитов обеспечивается:

- а) Промежуточными соединениями.
- б) Десмосомами.
- в) Поперечной тубулярной системой.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Ничем из перечисленного.

003. Коронарные артерии относятся к артериям:

- а) Эластического типа.
- б) Мышечно-эластического типа.
- в) Мышечного типа.

004. Сосуды Вессена-Тебезия:

- а) Относятся к особому типу артерио-венозных анастомозов.
- б) Представляют собой узкие сосудистые щели, выстланные эндотелием.
- в) Обеспечивают непосредственный переход крови из артерий в вены, минуя капиллярную сеть.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

005. Основными сократительными белками являются:

- а) Миозин.
- б) Тропомиозин.
- в) Тропонин.
- г) Актин.
- д) Правильно 1 и 4.

006. На скорость сокращения миофибрилл влияют:

- а) Скорость гидролиза АТФ.
- б) Концентрация ионов кальция.
- в) Концентрация ионов магния.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

007. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:

- а) Синусового узла.
- б) Клеток сократительного миокарда.
- в) Атрио-вентрикулярного узла.
- г) Пучка Гиса и его разветвлений.
- д) Волокон Пуркинье.

008. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:

- а) Атрио-вентрикулярном узле.
- б) Атрио-вентрикулярном соединении.
- в) Пучке Гиса.
- г) Волокнах Пуркинье.

009. К артериям мышечного типа относятся:

- а) Легочная артерия.
- б) Коронарные артерии.
- в) Почечная, мезентериальные артерии.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 2 и 3.

010. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- а) Замедление проведения импульсов.
- б) Ускорение проведения импульсов.
- в) Генерация импульсов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

011. Изменения конечной части желудочкового комплекса у больных сахарным диабетом могут быть обусловлены:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Нарушением липидного обмена.
- в) Диабетической ангиопатией.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно 1 и 3.

012. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

- а) Фактором риска развития мозгового инсульта.
- б) Характеризует доброкачественное течение гипертонии.
- в) Часто приводит к развитию недостаточности кровообращения.
- г) Является вариантом нормы.
- д) Все ответы правильные.

013. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:

- а) Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически.
- б) Блокада проведения импульса по одному из них.
- в) Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

014. Наличие аритмии у больного указывает на:

- а) Заболевание сердца.
- б) Плохой прогноз жизни у данного больного.
- в) Может выявляться у практически здоровых людей.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

015. Абсолютный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

- а) Продолжительности комплекса QRS.
- б) Продолжительности сегмента ST.
- в) Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.
- г) Окончанию зубца T.

016. Относительный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

- а) Продолжительности комплекса QRS.
- б) Продолжительности сегмента ST.
- в) Продолжительности зубца T.
- г) Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.

017. Функцией возбудимости обладают:

- а) Клетки проводящей системы.
- б) Клетки сократительного миокарда.
- в) Мезенхимальные клетки.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

018. Наибольшей автоматической активностью в норме обладают:

- а) Синусовый узел.
- б) Атрио-вентрикулярное соединение.
- в) Пучок Гиса.
- г) Волокна Пуркинье.

019. Образование тромбов:

- а) Часто наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.
- б) Редко наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.
- в) Не зависит от сосуда.

020. Фибринолитическая активность крови при применении гепарина:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.

021. Замедление тока крови:

- а) Сочетается с повышением содержания тромбоцитов в крови.
- б) Сопровождается повышением вязкости крови.
- в) Сопровождается повышением риска тромбообразования.
- г) Сопровождается снижением фибринолитической активности крови.

022. В регуляции сердечной деятельности принимают участие:

- а) Хеморецепторы артериальной стенки.
- б) Сердечные барорецепторы.
- в) Легочные барорецепторы.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

023. При раздражении каротидного синуса частота сердечных сокращений:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

024. При раздражении каротидного синуса артериальное давление:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.

025. В коронарных артериях имеются:

- а) Альфа- и бета-адренергические рецепторы.
- б) Только альфа-адренорецепторы.
- в) Только бета-адренорецепторы.

026. У здоровых людей частая электрическая стимуляция предсердий:

- а) Увеличивает ударный объем.
- б) Уменьшает ударный объем.
- в) Не влияет на ударный объем.

027. Аортальный клапан состоит из:

- а) Трех створок.
- б) Двух створок.
- в) Одной створки.

028. У здоровых людей адреналин:

- а) Увеличивает частоту сердечных сокращений.
- б) Уменьшает частоту сердечных сокращений.
- в) Не влияет на частоту сердечных сокращений.

029. Факторами риска развития ишемической болезни сердца является все перечисленное, кроме:

- а) Артериальной гипертонии.
- б) Гиперхолестеринемии.
- в) Повышенной толерантности к углеводам.
- г) Курения.
- д) Правильного ответа нет.

030. Курение следует считать:

- а) Фактором риска развития перемежающейся хромоты.
- б) Одним из факторов риска развития ишемической болезни сердца.
- в) Одним из факторов риска развития бронхогенного рака легких.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

031. Значение избыточной массы тела как фактора риска ишемической болезни сердца ассоциируется с:

- а) Нарушением липидного обмена.
- б) Нарушением углеводного обмена.
- в) Повышением уровня артериального давления.
- г) Понижением физической активности.
- д) Всем перечисленным.

032. Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца наиболее значимым является:

- а) Повышение массы тела на 30% и более.
- б) Гиперхолестеринемия более 240 мг %.
- в) Артериальная гипертония при диастолическом АД = 95 мм. рт. ст.
- г) Нарушение толерантности к углеводам.
- д) Правильно 2 и 3.

033. Уровень артериального давления в основном зависит от величины сосудистого сопротивления:

- а) В аорте и ее ветвях.
- б) В капиллярах.
- в) В артериолах.
- г) В венах.

034. В физиологических условиях между величиной минутного объема и величиной общего периферического сосудистого сопротивления существует:

- а) Обратная зависимость.
- б) Прямая зависимость.
- в) Нет четкой зависимости.

035. Согласно рекомендации экспертов ВОЗ, критерием пограничного повышения систолического артериального давления является:

- а) 130-139 мм. рт. ст.
- б) 140-159 мм. рт. ст.
- в) 160-170 мм. рт. ст.
- г) 180-190 мм. рт. ст.

036. Согласно рекомендации экспертов ВОЗ, критерием пограничного повышения диастолического артериального давления является:

- а) 80-84 мм. рт. ст.
- б) 85-89 мм. рт. ст.
- в) 90-94 мм. рт. ст.
- г) 95-99 мм. рт. ст.

037. Содержание ренина в крови при гипертонической болезни может быть:

- а) Нормальным.
- б) Пониженным.
- в) Повышенным.
- г) Все ответы правильные.

038. Высокая активность ренина в плазме крови у больного артериальной гипертонией позволяет исключить наличие:

- а) Стеноза устья почечных артерий.
- б) Синдрома Конна.
- в) Гипертонической болезни.
- г) Феохромоцитомы.
- д) Пиелонефрита.

039. Механизмами повышения АД могут быть:

- а) Повышение общего периферического сосудистого сопротивления.
- б) Увеличение массы циркулирующей крови.
- в) Увеличение минутного объема сердца.
- г) Все перечисленное.

040. Синтез ренина осуществляется в:

- а) Клетках юкстагломерулярного аппарата.
- б) Клетках коркового слоя надпочечников.
- в) Клетках мозгового слоя надпочечников.
- г) Все ответы правильные.

041. Регуляция секреции ренина обеспечивается:

- а) Барорецепторами, находящимися в стенках приводящих почечных артерий.
- б) Хеморецепторами дистальных почечных канальцев.

- в) Симпато-адреналовой системой.
- г) Простагландинами.
- д) Все ответы правильные.

042. Повышение активности ренина наблюдается при:

- а) Кровопотере.
- б) Гиповолемии.
- в) Резком ограничении соли в пище.
- г) Стенозе почечных артерий.
- д) Всем перечисленным.

043. Из перечисленных субстанций вазопрессором является:

- а) Ангиотензин- II.
- б) Ангиотензин- I.
- в) Ренин.
- г) Простаглицин.
- д) Все ответы правильные.

044. При возрастании концентрации натрия в плазме секреция ренина:

- а) Уменьшается.
- б) Увеличивается.
- в) Не меняется.

045. Значительное повышение содержания альдостерона сочетается с:

- а) Гипокалиемией.
- б) Гиперкалиемией.
- в) Не влияет на содержание калия.

046. Транспорт липидов крови обеспечивается:

- а) Белками.
- б) Форменными элементами крови.
- в) Углеводами.
- г) Липиды находятся в плазме в свободном состоянии.

047. Фосфолипиды входят в состав:

- а) Хиломикронов.
- б) Липопротеидов очень низкой плотности.
- в) Липопротеидов низкой плотности.
- г) Липопротеидов высокой плотности.
- д) Все ответы правильные.

048. Основной транспортной формой пищевых липидов являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) Липопротеиды высокой плотности.
- д) Все ответы правильные.

049. Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) Липопротеиды высокой плотности.
- д) Все ответы правильные.

050. Наиболее "атерогенными" липопротеидами считаются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) Липопротеиды высокой плотности.
- д) Липопротеиды промежуточной плотности.

051. Дислипидопропротеидемия считается "атерогенной", если:

- а) Понижено содержание липопротеидов низкой плотности.
- б) Понижено содержание липопротеидов очень низкой плотности.
- в) Повышено содержание липопротеидов высокой плотности.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

052. При атеросклерозе в меньшей степени поражаются артерии:

- а) Эластического типа.
- б) Мышечно-эластического типа.
- в) Мышечного типа.

053. Липоидоз аорты:

- а) Никогда не наблюдается у детей грудного возраста.
- б) Всегда встречается у детей грудного возраста.
- в) Может встречаться у детей грудного возраста.

054. Липоидоз аорты:

- а) Редко встречается у детей 10-летнего возраста.
- б) Часто встречается у детей 10-летнего возраста.
- в) Не встречается у детей 10-летнего возраста.

055. Липоидоз аорты:

- а) Может подвергаться обратному развитию.
- б) Не может подвергаться обратному развитию.
- в) Неизвестно.

056. Для гиперлипидотемии II "А" типа характерно:

- а) Повышение уровня холестерина.
- б) Повышение уровня триглицеридов.
- в) Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
- г) Правильного ответа нет.

057. Для гиперлипидотемии типа II "Б" характерно:

- а) Повышение уровня холестерина.
- б) Повышение уровня триглицеридов.
- в) Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
- г) Правильного ответа нет.

058. Для гиперлипидотемии 4 типа характерно:

- а) Повышение уровня холестерина.
- б) Повышение уровня триглицеридов.
- в) Повышение уровня холестерина и триглицеридов.
- г) Правильного ответа нет.

059. Наиболее атерогенным из гиперлипидотемий является:

- а) Тип I.
- б) Тип 2 "А".
- в) Тип 2 "Б".
- г) Тип 4.
- д) Правильно 2 и 3.

060. Передняя поверхность сердца представлена в основном:

- а) Ушком правого предсердия и правым предсердием.
- б) Правым желудочком.
- в) Левым желудочком.

061. В состоянии покоя концентрация калия:

- а) Внутри клетки больше, чем вне клетки.
- б) Внутри клетки меньше, чем вне клетки.
- в) Внутри и вне клетки одинакова.

062. В состоянии покоя концентрация натрия:

- а) Внутри клетки больше, чем вне клетки.
- б) Внутри клетки меньше, чем вне клетки.
- в) Внутри клетки и вне клетки одинакова.

063. При увеличении нагрузки на сердце окислительное фосфорилирование:

- а) Активируется.
- б) Угнетается.
- в) Не изменяется.

064. Коронарное кровоснабжение миокарда желудочков:

- а) Более выражено, чем в предсердиях.
- б) Характеризуется широким внутриорганным анастомозированием.
- в) Более развито во внутренних слоях миокарда.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

065. Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение:

- а) Ортопноэ.
- б) Лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.
- в) На корточках.
- г) Ни одно из перечисленных.

066. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Митральной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

067. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:

- а) Сбросом крови слева-направо.
- б) Сбросом крови справа-налево.
- в) Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови.

068. После возникновения сброса крови справа-налево встречаются "барабанные палочки" и цианоз ног, но не рук, при следующем пороке сердца:

- а) Незаращение артериального (Боталлова) протока.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Дефекте межжелудочковой перегородки.
- г) Тетраде Фалло.

069. Утолщение ахиллова сухожилия характерно для:

- а) Семейной гипертриглицеридемии.
- б) Комбинированной семейной гиперлипидемии.
- в) Семейной гиперхолестеринемии.
- г) Семейной дисбеталипопротеидемии.

070. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- а) Синдрома Конна.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) Тетрады Фалло.
- г) Неспецифического аортоартериита.

071. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерны для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Коарктации аорты.
- в) Здоровых людей.
- г) Больных с недостаточностью кровообращения.

072. Положительный венный пульс наблюдается при:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.
- в) Трикуспидальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.

073. Парадоксальный пульс может встречаться:

- а) При тампонаде сердца.
- б) При ожирении.
- в) При хронических обструктивных заболеваниях легких.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из них.

074. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- г) Стеноза устья аорты.

075. Для диагностики стенокардии в эпидемиологических исследованиях используют:

- а) Опросник Браунвальда.
- б) Опросник Роуза.
- в) Опросник Лауна.
- г) Опросник Харриса.
- д) Опросник Стьюдента.

076. Феномен парадоксального пульса заключается в:

- а) Уменьшении наполнения пульса на вдохе.
- б) Увеличении наполнения пульса на вдохе.
- в) Уменьшении наполнения пульса на выдохе.
- г) Увеличении наполнения пульса на выдохе.

077. Повышение систолического и понижение диастолического АД свойственно:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Незаращению артериального (Боталлова) протока.
- в) Артериовенозным шунтам.
- г) Всему перечисленному.
- д) Ни одному из перечисленных.

078. В норме аортальный компонент II тона возникает:

- а) Раньше легочного компонента.
- б) Позже легочного компонента.
- в) Одновременно с легочным компонентом.
- г) На вдохе этот компонент возникает раньше, а на выдохе - позже легочного компонента.

079. "Пушечный" тон Стражеско описан при:

- а) Резкой синусовой брадикардии.
- б) Проплаксе митрального клапана.
- в) Атриовентрикулярной блокаде.
- г) Перикардите.

080. Третий тон сердца:

- а) Всегда является патологическим.
- б) Выслушивается в норме у детей.
- в) Может выслушиваться при аортальном стенозе.
- г) Выслушивается преимущественно при синусовой тахикардии.

081. Функциональный систолический шум, выслушиваемый во втором межреберье слева, обусловлен:

- а) Митральной регургитацией.
- б) Трикуспидальной регургитацией.
- в) Относительным сужением устья аорты.
- г) Относительным сужением легочной артерии.

082. К ослаблению звучности I тона может привести:

- а) Разрушение атриовентрикулярных клапанов.
- б) Снижение сократительной функции левого желудочка.
- в) Резкое ограничение подвижности створок атриовентрикулярных клапанов.
- г) Все перечисленное.

083. Двумерная эхокардиография позволяет:

- а) Выявлять в ряде случаев стенозирование проксимальных отделов левой и правой коронарных артерий при их кальцинозе.
- б) Выявлять стенозирование дистальных отделов коронарных артерий.

в) Эхолокация коронарных артерий невозможна.

084. Электрофизиологическое исследование показано:

- а) Всем больным с пароксизмальными нарушениями ритма сердца.
- б) Всем больным с синдромом слабости синусового узла.
- в) Больным с синкопальными состояниями неясного генеза.
- г) Всем перечисленным группам больных.

085. Метод чреспищеводной стимуляции предсердий позволяет:

- а) Провоцировать и купировать ускоренный ритм АВ-соединения.
- б) Провоцировать и купировать пароксизмы мерцания предсердий.
- в) Провоцировать и купировать пароксизмы трепетания предсердий.
- г) Все ответы правильные.

086. Патологический III тон обусловлен:

- а) Увеличением диастолического наполнения желудочков.
- б) Уменьшением диастолического наполнения желудочков.
- в) Изменением тонуса папиллярных мышц.
- г) Увеличением постнагрузки на левый желудочек.

087. "Ритм перепела" при митральном стенозе обусловлен:

- а) Расщеплением I тона.
- б) Расщеплением II тона.
- в) Наличием патологического III тона.
- г) Наличием тона (шелчка) открытия митрального клапана.
- д) Наличием диастолического шума.

088. Для митрального стеноза характерно:

- а) Увеличение интервала Q-I тон и интервала II тон-шелчок открытия митрального клапана.
- б) Укорочение интервала Q-I тон и интервала II тон-шелчок открытия митрального клапана.
- в) Увеличение интервала Q-I тон и укорочение интервала II тон-шелчок открытия митрального клапана.
- г) Укорочение интервала Q-I тон и удлинение интервала II тон-шелчок открытия митрального клапана.

089. Шум Грехема Стилла - это:

- а) Диастолический шум относительной недостаточности клапана легочной артерии.
- б) Диастолический шум относительного стеноза митрального клапана.
- в) Систолический шум при стенозе легочной артерии.
- г) Пресистолический шум при митральном стенозе.

090. При пролапсе митрального клапана аускультативная симптоматика более выражена в:

- а) Горизонтальном положении пациента.
- б) Вертикальном положении.
- в) Положении на левом боку.
- г) Симптоматика не зависит от положения тела.

091. При идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе аускультативная симптоматика более выражена в:

- а) Горизонтальном положении пациента.
- б) Положении на левом боку.
- в) Вертикальном положении.
- г) Аускультативные проявления не зависят от положения тела.

092. Наличие систолического шелчка и позднего систолического шума наблюдается при:

- а) Отрыве хорд митрального клапана.
- б) Кальцинозе митрального клапана.
- в) Пролапсе аортального клапана.
- г) Пролапсе митрального клапана.

093. Усиление шума над мечевидным отростком на вдохе (симптом Корвалло) характерно для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Аортального стеноза.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Правильного ответа нет.

094. Усиление шума над мечевидным отростком на вдохе (симптом Корвалло) характерно для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Трикуспидальной недостаточности.
- д) Правильного ответа нет.

095. Поликардиография по Блюмбергу (фазовый анализ систолы левого желудочка) предусматривает регистрацию:

- а) ЭКГ, ФКГ и каротидной сфигмограммы.
- б) ЭКГ, ФКГ и кривой венного пульса.
- в) ЭКГ, ФКГ и апекскардиограммы.
- г) Векторкардиограммы, ФКГ и апекскардиограммы.

096. Метод векторкардиографии имеет наибольшую ценность при:

- а) Анализе нарушений ритма сердца.
- б) Анализе нарушений АВ-проводимости.
- в) Выявлении преходящей ишемии миокарда.
- г) Диагностике инфаркта миокарда.

097. Выявление линий Керли при рентгенографии грудной клетки свидетельствует о:

- а) Гипертензии в системе легочной артерии.

- б) Гиповолемии малого круга кровообращения.
- в) Воспалительных изменений в легких.
- г) Венозном застое в малом круге кровообращения.

098. В перелней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контуру образована:

- а) Ушком левого предсердия.
- б) Дугой аорты.
- в) Нисходящей аортой.
- г) Легочной артерией.
- д) Левым желудочком.

099. Конечнодиастолическое давление в левом желудочке соответствует:

- а) Давлению заклинивания легочных капилляров.
- б) Уровню центрального венозного давления.
- в) Диастолическому давлению в аорте.
- г) Систолическому давлению в стволе легочной артерии.

100. При радионуклидной вентрикулографии можно определить:

- а) Ударный объем левого желудочка.
- б) Минутный объем левого желудочка.
- в) Сердечный индекс.
- г) Фракцию выброса желудочков.
- д) Все перечисленное.

101. Метод радионуклидной вентрикулографии позволяет оценивать:

- а) Только глобальную функцию левого желудочка.
- б) Только регионарную сократимость левого желудочка.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

102. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является:

- а) Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201.
- б) Сцинтиграфия миокарда с технецием-99м - пирофосфатом.
- в) Радионуклидная вентрикулография.
- г) Ни одно из перечисленных.
- д) Все перечисленное.

103. Накопление технеция-99м-пирофосфата в миокарде может наблюдаться при:

- а) Аневризме левого желудочка.
- б) "Нестабильной" стенокардии.
- в) Кардиомиопатиях.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из перечисленных.

104. В костную ткань активно включается:

- а) Таллий-201.
- б) Технеций-99м-пирофосфат.
- в) Радиоактивные микросферы альбумина.
- г) Ксенон-133.

105. Таллий-201 активно включается в:

- а) Рубцовую ткань.
- б) Ишемизированный миокард.
- в) Здоровый миокард.
- г) Некротизированную ткань.
- д) Костную ткань.

106. Перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201 в условиях дозированной физической нагрузки по сравнению с классическим ЭКГ-тестом с физической нагрузкой характеризуется:

- а) Более высокой чувствительностью, но меньшей специфичностью.
- б) Более низкой чувствительностью, но большей специфичностью.
- в) Более высокой чувствительностью и специфичностью.
- г) Более низкой чувствительностью и специфичностью.

107. Для оценки сократительной функции левого желудочка методом термодилуции:

- а) Необходима катетеризация левого желудочка.
- б) Необходима катетеризация левого желудочка и левого предсердия.
- в) Достаточно катетеризации легочной артерии.
- г) Необходима катетеризация обоих желудочков.

108. При селективной коронароангиографии введение контрастного вещества производится в:

- а) Кубитальную вену.
- б) Устье аорты.
- в) Устье аорты и ствол левой коронарной артерии.
- г) Раздельно в устье правой и левой коронарных артерий.

109. При определении сердечного выброса прямым методом Фика:

- а) Достаточно получить венозные пробы крови.
- б) Следует получить пробы артериальной крови.
- в) Необходимы заборы крови из вены и артерии.
- г) Необходимо получить пробы крови из правого желудочка.

110. Появление ложноположительных результатов теста с дозированной физической нагрузкой возможно:

- а) При гипокалиемии.
- б) На фоне приема гликозидов.

- в) При синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- г) При пролапсе митрального клапана.
- д) При всем перечисленном.

111. Специфичность теста с дозированной физической нагрузкой в диагностике ИБС является наиболее высокой у:

- а) Женщин.
- б) Молодых мужчин.
- в) Мужчин пожилого и среднего возраста
- г) Правильного ответа нет.
- д) Существенной разницы не выявляется.

112. Наиболее информативным отведением ЭКГ при проведении проб с дозированной физической нагрузкой с целью диагностики ИБС является:

- а) I - I.
- б) 2 - II, III, aVF.
- в) 3 - V1-V2.
- г) 4 - V5-V6.

113. Принцип диагностики ИБС с помощью метода радионуклидной вентрикулографии в условиях дозированной физической нагрузки основывается на:

- а) Избыточном накоплении радиоизотопа в зонах ишемии.
- б) Снижении накопления радиоизотопа в зонах ишемии.
- в) Выявлении снижения сократимости миокарда при ишемии.
- г) Выявлении повышения сократимости миокарда при ишемии.

114. Ложноотрицательные результаты теста с дозированной физической нагрузкой могут быть обусловлены:

- а) Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- б) Гипокалиемией.
- в) Пролапсом митрального клапана.
- г) Всем перечисленным.
- д) Ничем из перечисленного.

115. При проведении проб с дозированной физической нагрузкой расчетная величина частоты сердечных сокращений, соответствующая субмаксимальному уровню нагрузки:

- а) Увеличивается с возрастом пациента.
- б) Уменьшается с возрастом пациента.
- в) Не зависит от возраста пациента.

116. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике ИБС обладает:

- а) Холодовая проба.
- б) Дипиридамовая проба.
- в) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- г) Проба со статической физической нагрузкой.

117. Не является противопоказанием для проведения теста с физической нагрузкой:

- а) Эпилепсия.
- б) Синдром слабости синусового узла.
- в) АВ-блокада II-III степени.
- г) Стеноз устья аорты.

118. Тест с физической нагрузкой должен быть немедленно прекращен при:

- а) Появлении дискомфорта в грудной клетке.
- б) Повышении систолического АД до 180 мм. рт. ст.
- в) Возникновении редкой монотонной желудочковой экстрасистолы.
- г) Всех вышеперечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из перечисленных состояний.

119. При проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции ритм навязывается:

- а) Правому предсердию.
- б) Левому предсердию.
- в) Правому желудочку.
- г) Левому желудочку.

120. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции, как правило, не позволяет:

- а) Оценить функцию синусового узла.
- б) Оценить функцию АВ-узла.
- в) Провоцировать суправентрикулярные пароксизмальные нарушения ритма.
- г) Провоцировать желудочковые пароксизмальные нарушения ритма.

121. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции позволяет оценить функцию синусового узла с помощью определения:

- а) Времени восстановления функции синусового узла.
- б) Корригированного времени восстановления функции синусового узла.
- в) Времени синоатриального проведения.
- г) Всех перечисленных параметров.
- д) Ни одного из перечисленных.

122. Использование чреспищеводной электрокардиостимуляции сердца для диагностики ИБС целесообразно при:

- а) Высокой артериальной гипертензии.
- б) Перемежающейся хромоте.
- в) Тромбофлебите нижних конечностей.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильного ответа нет.

123. Наиболее чувствительным методом диагностики стенокардии напряжения является:

- а) 24-часовой мониторинг ЭКГ.

- б) Проба с дозированной физической нагрузкой.
- в) Фармакологические пробы.
- г) Холодовая проба.

124. Ультразвуковые колебания хорошо проводятся через:

- а) Воздухоносные полости.
- б) Костную ткань.
- в) Жидкие среды.
- г) Жировую ткань.

125. Наиболее информативным методом выявления выпота в перикард является:

- а) Рентгеновский.
- б) Фонокардиография.
- в) ЭКГ.
- г) Физикальное исследование.
- д) Эхокардиография.

126. Для определения величины сердечного выброса методом эхокардиографии основное значение имеет определение:

- а) Передне-заднего размера полости левого желудочка.
- б) Продольного размера левого желудочка.
- в) Экскурсии аорты.
- г) Размеров предсердий.

127. При эхокардиографическом исследовании у здорового человека наиболее трудно лоцировать:

- а) Митральный клапан.
- б) Трикуспидальный клапан.
- в) Аортальный клапан.
- г) Клапан легочной артерии.

128. Для выявления гипертензии малого круга кровообращения методом эхокардиографии наиболее важное значение имеет определение особенностей движения:

- а) Митрального клапана.
- б) Трикуспидального клапана.
- в) Клапана легочной артерии.
- г) Аортального клапана.

129. Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является:

- а) Однонаправленное диастолическое движение створок митрального клапана.
- б) Систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана.
- в) Диастолическое "дрожание" передней митральной створки.
- г) Касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу.

130. Однонаправленное диастолическое движение створок митрального клапана, выявляемое методом эхокардиографии, характерно для:

- а) Протрузии митрального клапана.
- б) Миксомы левого предсердия.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

131. Ультразвуковое исследование затруднено при:

- а) Кифосколиозе.
- б) Эмфиземе легких.
- в) У лиц гиперстенической конституции.
- г) Все ответы правильны.
- д) Ни при одном из перечисленных состояний.

132. Диастолическое мелкоамплитудное (высокочастотное) дрожание передней створки митрального клапана характерно для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митрального стеноза.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.
- д) Протрузии митрального клапана.

133. Наиболее информативным методом выявления недостаточности митрального клапана является:

- а) ЭКГ.
- б) Рентгеновское обследование.
- в) Допплеркардиография.
- г) Фонокардиография.

134. В качестве ультразвуковых контрастов можно использовать:

- а) Физиологический раствор.
- б) Аутокровь.
- в) 5% раствор глюкозы.
- г) Все перечисленное.

135. Феномен предсердно-желудочковой диссоциации можно выявить:

- а) Электрокардиографией.
- б) Регистрацией внутрисердечной электрограммы.
- в) Методом эхокардиографии.
- г) Всеми перечисленными методами.

136. Снижение уровня калия в сыворотке крови может наблюдаться при:

- а) Первичном альдостеронизме.
- б) Вторичном альдостеронизме.
- в) Применении диуретиков.
- г) Всех вышеперечисленных состояниях.

137. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:

- а) МР-томография.
- б) Рентгеновская компьютерная томография.
- в) Рентгеноконтрастная аортография.
- г) Изотопная ренография.

138. Электрическая альтернация сердца характерна для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Застойной недостаточности кровообращения.
- в) Острого инфаркта миокарда.
- г) Массивного выпота в перикард.

139. Какие из перечисленных метаболитов катехоламинов определяются в моче при диагностике феохромоцитомы:

- а) Пировиноградная кислота.
- б) Ванилпиминдальная кислота.
- в) Гамма-оксимасляная кислота.
- г) Фенилпировиноградная кислота.
- д) Все перечисленные.

140. Содержание калия в крови при первичном гиперальдостеронизме:

- а) Повышено.
- б) Понижено.
- в) Не изменено.

141. Какая активность ренина плазмы крови характерна для синдрома Конна:

- а) Низкая.
- б) Высокая.
- в) Нормальная.
- г) Закономерности не выявляется.

142. Наиболее информативным методом диагностики спонтанной стенокардии при неизмененных коронарных артериях является:

- а) Проба с дозированной физической нагрузкой.
- б) Дипиридамовая проба.
- в) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- г) Эрговиновая проба.

143. При синдроме Пиквика:

- а) Повышено давление углекислого газа в крови.
- б) Понижено давление кислорода в крови.
- в) Имеет место и то, и другое.
- г) Газовый состав крови не нарушен.

144. При небольшом объеме выпота в полость перикарда он наиболее часто локализуется в области:

- а) Боковой поверхности левого желудочка.
- б) Передней поверхности правого желудочка.
- в) Задней поверхности левого желудочка.
- г) Верхушки сердца.

145. Для диагностики инфаркта миокарда правого желудочка используется:

- а) Эхокардиография.
- б) Инвазивное исследование гемодинамики.
- в) ЭКГ.
- г) Все вышеперечисленное.

146. Проба с физической нагрузкой на тредмиле у больных ИБС:

- а) Значительно более информативна, чем проба с нагрузкой на велоэргометре.
- б) Значительно уступает по информативности пробе на велоэргометре.
- в) Практически равноценна пробе на велоэргометре.

147. Более точно оценить функциональные возможности больного ИБС позволяет:

- а) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- б) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- в) 24-часовое мониторирование ЭКГ.
- г) Перечисленные методы практически равноценны.

148. 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ дает возможность диагностировать:

- а) Безболевую ишемию миокарда.
- б) Нарушения ритма сердца.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

149. При 24-часовом мониторировании ЭКГ наиболее достоверными признаками ишемии миокарда являются:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Подъем сегмента ST.
- в) Инверсия зубца T.
- г) Все перечисленные.
- д) Правильные ответы - 1 и 2.

150. При 24-часовом мониторировании ЭКГ у больных стенокардией напряжения:

- а) Чаще выявляются эпизоды депрессии сегмента ST.
- б) Чаще выявляются эпизоды подъема сегмента ST.
- в) Как правило, выявляются эпизоды депрессии и подъема сегмента ST в разное время суток.

151. Наименее чувствительным методом диагностики ИБС является:

- а) Проба с нагрузкой на велоэргометре.
- б) Проба с нагрузкой на тредмиле.
- в) 24-часовое мониторирование ЭКГ.
- г) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.

152. На диагностические возможности метода 24-часового мониторинга ЭКГ у больных стенокардией влияют следующие факторы:

- а) Активность больного во время исследования.
- б) Прием лекарственных препаратов.
- в) Тolerантность к физической нагрузке.
- г) Все перечисленное.

153. Наиболее точно оценить эффект антиангинальных препаратов у больных стенокардией напряжения позволяет:

- а) Телекардиометрия.
- б) Проба Мастера.
- в) 24-часовое мониторирование ЭКГ.
- г) Проба с нагрузкой на велоэргометре (метод парных велоэргометров).

154. Самый частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии:

- а) Боль в грудной клетке.
- б) Кровохарканье.
- в) Внезапная одышка.
- г) Потеря сознания.

155. Наиболее специфические клинические признаки острой левожелудочковой недостаточности:

- а) Ортопноэ.
- б) Пароксизмальная одышка (сердечная астма).
- в) Дыхание Чейн-Стокса.
- г) Отеки на нижних конечностях.
- д) Правильный ответ 1 и 2.

156. Характер пульсации вен шеи лучше всего оценивать по:

- а) Пульсации наружной яремной вены справа.
- б) Пульсации внутренней яремной вены справа.
- в) Пульсации наружной яремной вены слева.
- г) Пульсации внутренней яремной вены слева.

157. Самый ранний симптом отека легких:

- а) Тахипноэ.
- б) Страх.
- в) Потливость.
- г) Кашель с жидкой мокротой.

158. Расширение сосудов легких в верхних отделах при рентгенологическом исследовании отмечается, когда заклинивающее давление в легочной артерии превышает:

- а) 10 мм. рт. ст.
- б) 20 мм. рт. ст.
- в) 30 мм. рт. ст.
- г) 40 мм. рт. ст.

159. Вариабельность наполнения (напряжения) пульса у больных с высокой частотой сокращений сердца свойственна:

- а) Желудочковой тахикардии.
- б) Суправентрикулярной тахикардии.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

160. Пик (максимум) верхушечного толчка совпадает в норме с:

- а) Открытием аортального клапана.
- б) Закрытием атриовентрикулярных клапанов.
- в) II-тоном сердца.
- г) Правильного ответа нет.

161. Двойной верхушечный толчок наиболее характерен для больных с:

- а) Протазисом митрального клапана.
- б) Гипертрофической кардиомиопатией.
- в) Дилатационной кардиомиопатией.
- г) Аортальной недостаточностью.
- д) Митральной недостаточностью.

162. Венозное давление повышается при:

- а) Сердечной недостаточности.
- б) Заболеваниях перикарда.
- в) Гиперволемии.
- г) Сдавлении верхней полой вены.
- д) Все ответы правильные.

163. Аномальное расщепление I тона с сохранением нормальной последовательности его компонентов может быть следствием:

- а) Блокады левой ножки пучка Гиса.
- б) Правожелудочковых экстрасистол.
- в) Блокады правой ножки пучка Гиса.
- г) Предвзбуждения левого желудочка.
- д) Все перечисленного.

164. Двухмерная эхокардиография имеет значение при выявлении:

- а) Внутрисердечных тромбов.
- б) Инфекционного эндокардита.

- в) Аневризмы левого желудочка.
- г) Инфаркта миокарда правого желудочка.
- д) Всего перечисленного.

165. Среднее давление в левом предсердии в норме не превышает:

- а) 5 мм. рт. ст.
- б) 10 мм. рт. ст.
- в) 15 мм. рт. ст.
- г) 20 мм. рт. ст.

166. Связь болевых ощущений с движениями туловищем, дыханием, потением характерна для:

- а) Стенокардии.
- б) Перикардита.
- в) Нейроциркуляторной дистонии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

167. Болевые ощущения, трудно отличимые от стенокардии, могут быть при:

- а) Расслоении аорты.
- б) Тромбозомии легочной артерии.
- в) Остром панкреатите.
- г) Всем перечисленным.

168. Иррадиация болевых ощущений в спину наиболее характерна для:

- а) Стенокардии.
- б) Инфаркта миокарда.
- в) Расслоения аорты.
- г) Тромбозомии легочной артерии.
- д) Правильно 1 и 2.

169. Мгновенное нарастание интенсивности болевых ощущений до максимума наиболее характерно для:

- а) Стенокардии.
- б) Инфаркта миокарда.
- в) Расслоения аорты.
- г) Острого перикардита.
- д) Правильного ответа нет.

170. Усиление болевых ощущений в грудной клетке при движении, глубоком дыхании и кашле характерно для:

- а) Перикардита.
- б) Плеврита.
- в) Остеохондроза шейно-грудного отдела.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно только 2 и 3.

171. Внезапная одышка может наблюдаться при:

- а) Тромбозомии легочной артерии.
- б) Отёке легких.
- в) Пневмотораксе.
- г) Тампонаде сердца.
- д) При всех перечисленных состояниях.

172. Термином "ортопноэ" называют:

- а) Увеличение частоты дыхания.
- б) Неспособность находиться в положении лежа из-за одышки.
- в) Возникновение одышки в положении сидя и облегчение ее в положении лежа.
- г) Приступы сердечной астмы.
- д) Правильного ответа нет.

173. Постоянная одышка наблюдается при:

- а) Левожелудочковой недостаточности.
- б) Первичной легочной гипертензии.
- в) Врожденных пороках со сбросом крови справа-налево.
- г) Эмфиземе легких.
- д) При всех перечисленных состояниях.

174. Приступы одышки, возникающие в положении сидя и облегчающиеся в положении лежа, могут наблюдаться у больных с:

- а) Митральным пороком сердца.
- б) Миксомой левого предсердия.
- в) Шаровидным тромбом в левом предсердии.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

175. Возникновение приступов одышки только в покое (при отсутствии заметной одышки во время нагрузки) характерно для:

- а) Сердечной недостаточности.
- б) Заболеваний легких.
- в) Нейроциркуляторной дистонии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

176. Термином "сердечная астма" обозначают:

- а) Возникновение одышки при нагрузке.
- б) Возникновение одышки во время стенокардии.
- в) Приступы пароксизмальной ночной одышки у больных с левожелудочковой недостаточностью.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

177. Жалобы на сердцебиения могут предъявлять больные с:

- а) Синусовой тахикардией.
- б) Анемией.
- в) Пароксизмальной тахикардией.
- г) При всех перечисленных состояниях.

178. При сердечной недостаточности у больных без видимых отеков задержка жидкости может составлять:

- а) 1 литр.
- б) 3 литра.
- в) 5 литров.
- г) 10 литров.

179. Преобладание отеков лица над выраженностью отеков ног нередко отмечается при:

- а) Констриктивном перикардите.
- б) Обструкции верхней полой вены.
- в) Микседеме.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильного ответа нет.

180. Односторонние отеки ног характерны для больных с:

- а) Сердечной недостаточностью.
- б) Заболеваниями вен.
- в) Поражением лимфатических сосудов.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно 2 и 3.

181. Двусторонняя отечность голеней, не захватывающая стопы, характерна для:

- а) Сердечной недостаточности.
- б) Болезней вен.
- в) Ожирения.
- г) Всех перечисленных состояний.

182. Болезненность при пальпации характерна для отеков при:

- а) Тромбофлебите.
- б) Тромбозе глубоких вен.
- в) Сердечной недостаточности.
- г) Правильно 1 и 2.

183. Кардиальный цирроз печени чаще всего наблюдается у больных:

- а) Дилатационной кардиомиопатией.
- б) Констриктивным перикардитом.
- в) Гипертрофической кардиомиопатией.
- г) Митральным стенозом.
- д) Правильно 2 и 3.

184. Наиболее вероятной причиной развития асцита у больного с умеренно выраженными отеками ног являются:

- а) Дилатационная кардиомиопатия.
- б) Констриктивный перикардит.
- в) Цирроз печени.
- г) Гипертрофическая кардиомиопатия.
- д) Правильно 2 и 3.

185. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

- а) Аортальным стенозом.
- б) Митральным стенозом.
- в) Аортальной недостаточностью.
- г) Митральной недостаточностью.

186. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных:

- а) Дилатационной кардиомиопатией.
- б) Гипертрофической кардиомиопатией.
- в) Митральным стенозом.
- г) Одинаково часто встречаются при всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно 1 и 2.

187. Возникновение обмороков во время физической нагрузки характерно для больных:

- а) Аортальным стенозом.
- б) Гипертрофической кардиомиопатией.
- в) Первичной легочной гипертензией.
- г) Имеющих любую из перечисленных патологий.
- д) Правильно 1 и 3.

188. Наименее вероятной причиной обмороков у лиц без признаков поражения сердца является:

- а) Ортостатическая гипотония.
- б) Вазодепрессорный обморок.
- в) Желудочковая тахикардия.

189. Отсутствие предвестников (предобморочных реакций) характерно для:

- а) Вазодепрессорного обморока.
- б) Обмороков при функциональной ортостатической гипотонии.
- в) Обмороков при аритмиях.
- г) Всех перечисленных состояний.
- д) Правильно 1 и 3.

190. В норме на фонокардиограмме аортальный компонент 2-го тона:

- а) Совпадает с пульмональным компонентом.
- б) Предшествует пульмональному компоненту.
- в) Следует за пульмональным компонентом.
- г) Может не регистрироваться.

191. На фонокардиограмме пульмональный компонент 2-го тона может предшествовать аортальному компоненту при:

- а) Блокаде левой ножки пучка Гиса.
- б) Перегрузке объемом левого желудочка.
- в) Блокаде правой ножки.
- г) Правильно 1 и 2.

192. Заметная пульсация внутренней яремной вены в положении сидя свидетельствует о:

- а) Понижении центрального венозного давления.
- б) Повышении центрального венозного давления.
- в) Нормальном центральном венозном давлении.

193. Анакротический пульс на сонных артериях (пульс с медленным подъемом и уменьшенным объемом) характерен для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Аортального стеноза.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Гипертрофической кардиомиопатии.

194. Пульсация сонных артерий увеличенной амплитуды характерна для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Тиреотоксикоза.
- в) Выраженной анемии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно 1 и 2.

195. В норме систолический градиент артериального давления между аортой и левым желудочком:

- а) Составляет 20-30 мм. рт. ст.
- б) Составляет 50-70 мм. рт. ст.
- в) Составляет 100-120 мм. рт. ст.
- г) Отсутствует.

196. Основным путем удовлетворения возросшей потребности миокарда в кислороде является:

- а) Увеличение кровотока за счет расширения коронарных артерий.
- б) Увеличение экстракции кислорода из коронарных артерий.
- в) Правильно 1 и 2.
- г) Правильного ответа нет.

197. Парадоксальный пульс чаще всего отмечается при:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Сердечной недостаточности.
- в) Тампонаде сердца.
- г) Гиповолемическом шоке.
- д) Гипертрофической кардиомиопатии.

198. Видимая пульсация в надгрудинной вырезке может быть признаком:

- а) Аневризмы аорты.
- б) Высокого расположения дуги аорты.
- в) Коарктации аорты.
- г) Всего перечисленного.

199. Систолическая пульсация печени и крупных вен бывает при:

- а) Стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия.
- б) Недостаточности аортального клапана.
- в) Гипертрофической кардиомиопатии.
- г) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- д) Правильного ответа нет.

200. Наличие систолического градиента артериального давления между аортой и левым желудочком характерно для:

- а) Дилатационной кардиомиопатии.
- б) Стеноза левого предсердножелудочкового отверстия.
- в) Стеноза устья аорты.
- г) Гипертонической болезни.
- д) Правильного ответа нет.

201. Расщепление 2-го тона в норме отмечается:

- а) Во время вдоха.
- б) Во время выдоха.
- в) В положении лежа.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

202. Расщепление 2-го тона в норме можно услышать:

- а) Только на верхушке.
- б) Только на основании сердца.
- в) Только в положении лежа.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

203. Фиксированное расщепление 2-го тона отмечается при:

- а) Блокаде левой ножки пучка Гиса.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Дефекте межжелудочковой перегородки.
- г) Правильно 1 и 2.

204. Для коронарного кровотока характерно:

- а) Увеличение в систолу.
- б) Увеличение в диастолу.
- в) Уменьшение в диастолу.
- г) Правильно 1 и 3.

205. При сокращении миокарда наибольшее препятствие коронарному кровотоку создается в:

- а) Субэпикардиальных слоях миокарда.
- б) Субэндокардиальных слоях миокарда.
- в) Одинаково в субэпикардиальных и субэндокардиальных слоях миокарда.

206. Громкость аортального компонента 2- го тона увеличивается при:

- а) Артериальной гипертензии.
- б) Уплотнении (склерозировании) аорты.
- в) Уплотнении (склерозировании) створок аортального клапана.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно только 2 и 3.

207. Громкость легочного компонента 2- го тона усиливается при:

- а) Легочной гипертензии.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Стенозе легочной артерии.
- г) Всех перечисленных состояний.
- д) Правильно 1 и 2.

208. Ослабление 2- го тона наблюдается при:

- а) Легочной гипертензии.
- б) Стенозе легочной артерии.
- в) Стенозе аорты.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

209. Третий тон может выслушиваться в норме у:

- а) Детей.
- б) Молодых людей.
- в) Беременных.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

210. Третий тон может выслушиваться при всех ниже перечисленных состояниях, за исключением:

- а) Митральной недостаточности.
- б) Митрального стеноза.
- в) Дефекта межжелудочковой перегородки.

211. Кровохарканье может быть симптомом:

- а) Митрального стеноза.
- б) Инфаркта легкого.
- в) Рака легкого.
- г) Всех перечисленного.
- д) Правильно 2 и 3.

212. Шум изгнания может выслушиваться при:

- а) Аортальном стенозе.
- б) Стенозе легочной артерии.
- в) Расширении аорты или легочной артерии.
- г) 2-х створчатом аортальном клапане.
- д) Всех перечисленных состояниях.

213. Причиной выслушивания "щелчка" во время систолы:

- а) Чаще всего является пролабирование створок митрального клапана.
- б) Может быть констриктивный перикардит.
- в) Может быть митральный стеноз.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только 1 и 2.

214. Смещение верхушечного толчка отмечается у больных с:

- а) Митральным стенозом.
- б) Недостаточностью аортального клапана.
- в) Недостаточностью митрального клапана.
- г) Стенозом устья аорты.

215. Систолический шум типа изгнания выслушивается при:

- а) Стенозе устья аорты или легочной артерии.
- б) Гипертрофической кардиомиопатии (обструктивный вариант).
- в) Дефекте межпредсердной перегородки.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно только 1 и 2.

216. Систолические шумы типа изгнания обычно выслушиваются:

- а) Как ранние систолические шумы (сразу после I-го тона).

- б) Как среднесистолические (через короткий промежуток после 1-го тона) .
 в) Как поздние систолические шумы (перед 2-ым тоном) .
 г) Как пансистолические шумы.

217. Ранний диастолический шум (сразу после 2- го тона) характерен для:

- а) Митрального стеноза.
 б) Аортальной недостаточности
 в) Открытого артериального протока.
 г) Дефекта межпредсердной перегородки
 д) Всех перечисленных состояний.

218. Диастолический шум, начинающийся через небольшой промежуток от 2- го, тона характерен для:

- а) Митрального стеноза.
 б) Аортальной недостаточности
 в) Недостаточности клапана легочной артерии.
 г) Дефекта межпредсердной перегородки
 д) Правильно 1 и 4.

219. Непрерывный систоло-диастолический шум характерен для:

- а) Дефекта межпредсердной перегородки.
 б) Аномалии Эбштейна.
 в) Открытого артериального протока.
 г) Всех перечисленных состояний.
 д) Правильно 3 и 4.

220. Шум трения перикарда обычно лучше всего слышен:

- а) Во время систолы.
 б) В первой половине диастолы.
 в) В конце диастолы.

221. Выраженная легочная гипертензия приводит к:

- а) Укорочению фазы изгнания крови из правого желудочка.
 б) Более раннему закрытию клапана легочной артерии.
 в) Появлению на фонокардиограмме 2 - го тона большой амплитуды.
 г) Все ответы правильные.

Эталоны ответов:

1-Б	2-Г	3-В	4-Г	5-Д	6-Г	7-Б
8-Г	9-Д	10-А	11-Д	12-А	13-Г	14-Г
15-В	16-В	17-Д	18-А	19-А	20-В	21-В
22-Г	23-Б	24-Б	25-А	26-Б	27-А	28-А
29-В	30-Г	31-Д	32-Б	33-В	34-А	35-Б
36-В	37-Г	38-Б	39-Г	40-А	41-Д	42-Д
43-А	44-А	45-А	46-А	47-Д	48-А	49-В
50-В	51-Д	52-В	53-Б	54-Б	55-А	56-А
57-В	58-Б	59-Д	60-Б	61-А	62-Б	63-А
64-Г	65-В	66-А	67-Б	68-А	69-В	70-Г
71-Б	72-В	73-Г	74-В	75-Б	76-А	77-Г
78-А	79-В	80-Б	81-Г	82-Г	83-А	84-В
85-В	86-А	87-Г	88-В	89-А	90-Б	91-В
92-Г	93-Д	94-Г	95-А	96-Г	97-Г	98-Г
99-А	100-Д	101-В	102-Б	103-Г	104-Б	105-В
106-В	107-В	108-Г	109-А	110-Д	111-В	112-Г
113-В	114-Д	115-Б	116-В	117-Б	118-Д	119-Б
120-Г	121-Г	122-Г	123-Б	124-В	125-Д	126-А
127-Г	128-В	129-Б	130-Г	131-Г	132-В	133-В
134-Г	135-Г	136-Г	137-В	138-Г	139-Б	140-Б
141-А	142-Г	143-В	144-В	145-Г	146-В	147-А
148-В	149-Д	150-А	151-В	152-Г	153-Г	154-В
155-Д	156-Б	157-А	158-Б	159-А	160-А	161-Б
162-Д	163-В	164-Д	165-А	166-Б	167-Г	168-В
169-В	170-Г	171-Д	172-Б	173-Д	174-Г	175-В
176-В	177-Г	178-В	179-Г	180-Д	181-В	182-Г
183-Б	184-Г	185-А	186-Б	187-Г	188-Б	189-В
190-Б	191-Г	192-Б	193-В	194-Г	195-Г	196-А
197-В	198-Г	199-Г	200-В	201-Г	202-Д	203-Г
204-Б	205-Б	206-Г	207-Д	208-Д	209-Г	210-Б
211-Г	212-Д	213-Д	214-А	215-Г	216-Б	217-Б
218-А	219-В	220-А	221-Г			

Тема: Клиническая электрокардиография.

001. Внутренняя сторона клеточной мембраны миоцита в состоянии покоя заряжена:

- а) Отрицательно.
 б) Положительно.
 в) Заряд равен 0.
 г) Возможны все три варианта.

002. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов калия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
 б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
 в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.

003. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов натрия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
- б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
- в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.

004. Фаза "0" потенциала действия клеток проводящей системы сердца и миокарда обусловлена:

- а) Выходом из клетки ионов калия.
- б) Входом в клетку ионов натрия.
- в) Входом в клетку ионов кальция.
- г) Выходом из клетки ионов кальция.

005. Наименьшей по продолжительности фазой потенциала действия является:

- а) 0.
- б) 1.
- в) 2.
- г) 3.
- д) 4.

006. Самой продолжительной фазой потенциала действия миокарда является:

- а) 0.
- б) 1.
- в) 2.
- г) 3.

007. 2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена:

- а) Быстрым входом ионов натрия внутрь клетки.
- б) Выходом ионов хлора из клетки.
- в) Входом ионов кальция внутрь клетки.
- г) Входом ионов калия.
- д) Правильного ответа нет.

008. Для замещающего ритма из АВ-соединения характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.
- д) 90-100 в мин.

009. Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.

010. Скорость проведения импульса зависит от:

- а) Скорости и амплитуды "0" фазы потенциала действия.
- б) Уровня потенциала покоя.
- в) И того, и другого.
- г) Ни от того, и ни от другого.

011. Рефрактерный период в клетках рабочего миокарда приходится на следующие фазы потенциала действия:

- а) Фазы 0,1,2.
- б) Фазы 0,1,2,3.
- в) Фазы 0,1,2,3,4.

012. Продолжительность рефрактерного периода в клетках миокарда при ускорении ритма:

- а) Уменьшается.
- б) Увеличивается.
- в) Не изменяется.

013. Продолжительность рефрактерного периода в клетках синусового и атриовентрикулярного узлов при ускорении ритма:

- а) Укорачивается.
- б) Удлиняется.
- в) Не меняется.
- г) Правильного ответа нет.

014. Импульсы проводятся с наименьшей скоростью:

- а) В синатриальной зоне.
- б) В межузловых предсердных трактах.
- в) В АВ - узле.
- г) В общем стволе пучка Гиса.
- д) Правильные ответы 1 и 3.

015. Деполяризация в миокарде желудочков в норме направлена:

- а) От эндокарда к эпикарду.
- б) От эпикарда к эндокарду.
- в) Возможны оба варианта.

016. Направление реполяризации в желудочках в норме:

- а) От эпикарда к эндокарду.
- б) От эндокарда к эпикарду.
- в) Возможны оба варианта.

017. Отрицательный зубец Р в отведениях III и aVF может регистрироваться:

- а) При эктопическом предсердном ритме.

- б) При отклонении электрической оси предсердия влево.
в) И в том, и в другом случае.
г) Ни в том и ни в другом случае.

018. Амплитуда зубца Р во II отведении в норме составляет:

- а) Менее 2,0 мм.
б) До 2,5 мм.
в) До 3,5 мм.
г) До 4,0 мм.

019. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

- а) 0,02 сек.
б) До 0,10 сек.
в) До 0,12 сек.
г) До 0,13 сек.

020. Продолжительность интервала PQ у взрослых в норме составляет:

- а) 0,08-0,12 сек.
б) 0,14-0,20 сек.
в) 0,22-0,24 сек.
г) 0,26-0,48 сек.

021. Угол между осями стандартных (I, II, III) отведений ЭКГ составляет:

- а) 15 градусов.
б) 30 градусов.
в) 60 градусов.
г) 90 градусов.

022. Ось отведения aVF перпендикулярна оси:

- а) I отведения.
б) II отведения.
в) III отведения.
г) Отведения aVL.

023. Ось отведения aVL перпендикулярна оси:

- а) I отведения.
б) II отведения.
в) III отведения.
г) Отведения aVR.

024. Ось отведения aVR перпендикулярна оси:

- а) I отведения.
б) II отведения.
в) III отведения.
г) Отведения aVF.

025. Зубец Р в норме всегда отрицателен в:

- а) aVF отведения.
б) aVL отведения.
в) aVR отведения.
г) III отведения.

026. Соотношение амплитуд зубцов Р в стандартных отведениях при нормальном положении электрической оси сердца чаще всего бывает:

- а) $RI > RII > RIII$.
б) $RII > RI > RIII$.
в) $RIII > RII > RI$.

027. Двухфазный зубец Р чаще всего регистрируется в норме:

- а) В отведении aVF.
б) В отведении III.
в) В отведении VI.
г) В отведении aVR.

028. Если в I отведении амплитуда R=S, а в aVF амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

- а) +90 градусов.
б) 0 градусов.
в) +30 градусов.
г) -90 градусов.

029. Если в отведении aVF амплитуда R=S, а в I отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

- а) +90 градусов.
б) 0 градусов.
в) +30 градусов.
г) -90 градусов.

030. Если в отведении aVL амплитуда R наибольшая, а во II отведении амплитуда R=S, угол альфа равен:

- а) 0 градусов.
б) +90 градусов.
в) -30 градусов.
г) -60 градусов.

031. Если в отведениях aVL R=S, а во II отведении зубец R наибольший, угол альфа равен:

- а) +30 градусов.
б) +60 градусов.
в) +90 градусов.

г) 0 градусов.

032. Если в отведении aVR $R=S$, а амплитуда R в III отведении наибольшая, угол альфа равен:

- а) 0 градусов.
- б) -30 градусов.
- в) +60 градусов.
- г) -90 градусов.
- д) Правильного ответа нет.

033. Если в отведении aVR $R=S$, а в III отведении амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

- а) +90 градусов.
- б) +120 градусов.
- в) +60 градусов.
- г) 0 градусов.

034. При горизонтальном положении электрической оси угол альфа равен:

- а) От 0 градусов до +39 градусов.
- б) От +40 градусов до +69 градусов.
- в) От +70 градусов до +90 градусов.
- г) От 0 градусов до -30 градусов.
- д) От +91 градусов до +120 градусов.

035. При вертикальном положении электрической оси угол альфа равен:

- а) От 0 градусов до +39 градусов.
- б) От +40 градусов до +69 градусов.
- в) От +70 градусов до +90 градусов.
- г) От +91 градусов до +120 градусов.
- д) Более +120 градусов.

036. Наличие отрицательного зубца T в отведениях V1 и V2:

- а) Всегда свидетельствует об ишемии межжелудочковой перегородки.
- б) Может быть вариантом нормы.
- в) Всегда бывает при нарушениях проводимости по правой ножке пучка Гиса.

037. Интервал PQ включает:

- а) Время проведения импульсов по предсердиям.
- б) Время проведения импульса по AV-узлу.
- в) Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса.
- г) Время проведения импульса по волокнам Пуркинье.
- д) Все ответы правильные.

038. Деполяризация желудочков начинается с:

- а) Правой части межжелудочковой перегородки.
- б)левой части межжелудочковой перегородки.
- в) Базальной части левого желудочка.
- г) Верхушки сердца.

039. Деполяризация желудочков заканчивается:

- а) В правой части межжелудочковой перегородки.
- б) В верхушке сердца.
- в) В базальной части левого желудочка.
- г) В базальной части правого желудочка.

040. К позиционным изменениям следует отнести:

- а) Уширение комплекса QRS до 0,10 сек.
- б) Снижение амплитуды R между любой из пар отведений: V2-V3, V3-V4, V4-V5, V5-V6.
- в) Подъем сегмента ST в отведениях V5-V6.
- г) Отрицательный T в отведениях V1-2.

041. Сегмент ST электрокардиограммы отражает:

- а) Проведение импульса от правого предсердия к желудочкам.
- б) Проведение импульса по межжелудочковой перегородке.
- в) Реполяризацию желудочков.
- г) Правильный ответ 1 и 2.
- д) Ничего из перечисленного.

042. Зубец T электрокардиограммы отражает:

- а) Проведение импульса по межжелудочковой перегородке.
- б) Проведение импульса по волокнам Пуркинье.
- в) Реполяризацию желудочков.
- г) Все ответы правильные.

043. Конечной частью желудочкового комплекса называется:

- а) Интервал QT.
- б) Комплекс QRS.
- в) Сегмент ST и зубец T.
- г) Зубец T.

044. I стандартное отведение является:

- а) Биопольным отведением.
- б) Монопольным отведением.
- в) Монопольным усиленным отведением.

045. AV соединение:

- а) Осуществляет задержку проведения импульса из предсердий к желудочкам.

- б) Является центром автоматизма II порядка.
- в) Является центром автоматизма III порядка.
- г) Правильные ответы 1 и 2.
- д) Правильного ответа нет.

046. Для зубца Q в норме не характерна:

- а) Амплитуда, равная 1/3 амплитуды зубца R в III стандартном отведении.
- б) Ширина 0,03 сек. в отведении aVL.
- в) Амплитуда, равная 15% от зубца R в отведении V2.

047. Продолжительность интервала PQ при увеличении ЧСС в норме:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Обычно не меняется.

048. Интервал QT включает:

- а) Комплекс QRS.
- б) Сегмент ST.
- в) Зубец T.
- г) Правильные ответы 1 и 2.
- д) Правильные ответы 1,2,3.

049. Отрицательная фаза зубца Р в отведении V1 обусловлена:

- а) Возбуждением правого предсердия.
- б) Возбуждением левого предсердия.
- в) Проведением импульса по пучку Бахмана.

050. Зубец S в правых грудных отведениях отражает обычно:

- а) Потенциалы левого желудочка.
- б) Потенциалы правого желудочка.
- в) Потенциалы базальной части левого желудочка.
- г) Правильного ответа нет.

051. 35 монополюсных грудных отведений ЭКГ целесообразно применять:

- а) Для уточнения характера нарушения внутрижелудочковой проводимости.
- б) При подозрении на инфаркт правого желудочка.
- в) Для определения объема поражения при переднем инфаркте миокарда.
- г) Для определения объема поражения при нижне-диафрагмальном инфаркте миокарда.

052. Ширина комплекса QRS в отведениях V1-V6 в норме не превышает:

- а) 0,09 сек.
- б) 0,10 сек.
- в) 0,12 сек.
- г) 0,16 сек.

053. Ширина комплекса QRS в отведениях от конечностей в норме не должна превышать:

- а) 0,08 сек.
- б) 0,09 сек.
- в) 0,10 сек.
- г) 0,11 сек.

054. Переходная зона (амплитуда R=S) обычно соответствует:

- а) Отведениям V1-V2.
- б) Отведениям V3-V4.
- в) Отведению V5.
- г) Отведению V6.

055. Для гипертрофии правого предсердия не характерно:

- а) Амплитуда зубца Р во II отведении, равная 2,5 мм.
- б) Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.
- в) Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ).
- г) Все перечисленные признаки.

056. Для гипертрофии левого предсердия не характерно:

- а) Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.
- б) Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ).
- в) Ширина зубца Р в I и aVL отведениях, равная 0,12 сек.
- г) Все перечисленные признаки.

057. Отличить гипертрофию левого предсердия от внутрипредсердной блокады позволяет:

- а) Продолжительность зубца Р в отведениях I, aVL > 0,10 сек.
- б) Наличие двугорбного зубца Р в отведениях I, aVL, V5-6.
- в) Сглаженный зубец Р в отведениях III, aVF.
- г) Все перечисленные признаки.
- д) Ни один из вышеперечисленных признаков.

058. Уширенный, двугорбый Р в отведениях I и aVL встречается:

- а) При митральном пороке сердца.
- б) При пролапсе митрального клапана с регургитацией.
- в) При дилатационной кардиопатии.
- г) При ИБС с сердечной недостаточностью.
- д) Во всех вышеперечисленных случаях.

059. Высокий остроконечный зубец Р в отведениях III, aVF отмечается:

- а) При тромбоэмболии легочной артерии.

- б) При миксоте правого предсердия.
- в) При хронических неспецифических заболеваниях легких.
- г) Во всех перечисленных случаях.
- д) Ни при одном из перечисленных случаев.

060. При комбинированной гипертрофии левого и правого предсердий обычно не встречается:

- а) Уширенный, двугорбый Р в I и aVL отведениях.
- б) Увеличение отрицательной и положительной фазы зубца Р в отведениях V1-V2.
- в) Индекс Макруза меньше или равен 1,6 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ).
- г) Амплитуда зубца Р в отведениях III, aVF, равная 2,5 мм.
- д) Ничего из перечисленного.

061. Результирующий вектор деполяризации предсердий при гипертрофии правого предсердия отклоняется:

- а) Вверх и назад.
- б) Влево.
- в) Вправо.
- г) Вниз и вперед.

062. Для ЭКГ при гипертрофии правого предсердия не характерно:

- а) Отрицательный зубец Р в aVL.
- б) Увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1.
- в) Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.
- г) Увеличение амплитуды зубца Р более 2,5 мм во II, III и aVF отведениях.
- д) Сглаженный зубец Р в I отведении.

063. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка редко встречаются при:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Аортальном пороке.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Проталсе митрального клапана.
- д) Коарктации аорты.

064. ЭКГ признаком, мало характерным для гипертрофии левого желудочка, является:

- а) Амплитуда зубца R в отведении V5, равная 25 мм.
- б) Уширение QRS до 0,10 сек.
- в) Смещение сегмента ST вниз в отведении V5-V6.
- г) Значение угла альфа, равное (-) 35 градусам.
- д) Наличие зубца Q в отведении V1-V2.

065. ЭКГ признаком, не характерным для гипертрофии правого желудочка, является:

- а) Форма QRS в V1 в виде R или qR.
- б) Уширение QRS > 0,12 сек.
- в) Значение угла альфа, равное (+) 100 градусам.
- г) Амплитуда зубца R в V1 больше или равна 11 мм.
- д) Соотношение амплитуды зубцов R/S в V1 более 1.

066. "S"-тип конфигурации QRS при гипертрофии правого желудочка наблюдается при:

- а) Хронических неспецифических воспалительных заболеваниях легких.
- б) Тромбоэмболии легочной артерии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Все ответы правильные.

067. При гипертрофии правого желудочка изменения ЭКГ позволяют предположить также наличие гипертрофии левого желудочка, если имеется:

- а) Глубокий S в отведениях V1-V2.
- б) Угол альфа, равный -30 градусам.
- в) Косонисходящая депрессия ST в V5-V6.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

068. Наличие гипертрофии правого желудочка при несомненных признаках гипертрофии левого желудочка можно выявить, если на ЭКГ имеется:

- а) Угол альфа, равный (+) 100 градусов и более.
- б) Высокий R в отведениях V1-V2.
- в) Признаки неполной блокады правой ножки в отведении V1.
- г) Глубокие зубцы S в отведениях V5-V6.
- д) Все перечисленные.

069. Появление широкого двугорбого зубца Р в отведениях I, II и aVF обычно обусловлено:

- а) Развитием гипертрофии левого предсердия.
- б) Замедлением межпредсердной проводимости.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

070. При синусовой брадикардии возможно:

- а) Удлинение интервала PQ.
- б) Увеличение амплитуды зубца Т.
- в) Расширение зубца Р.
- г) Удлинение интервала QT.
- д) Все ответы правильные.

071. При синусовой тахикардии возможно:

- а) Укорочение интервала PQ.
- б) Увеличение значения угла альфа.
- в) Укорочение интервала QT.

- г) Изменение формы сегментов PQ и ST - "Якорьобразная" форма PQ RST.
д) Все перечисленное.

072. Синусовая тахикардия не сопровождается:

- а) Уменьшением интервала PP и RR.
б) Укорочением интервала PQ.
в) Удлинением интервала QT.
г) Альтернацией амплитуды зубца R.

073. Синусовая брадикардия не сопровождается:

- а) Увеличением интервала PP и RR.
б) Удлинением интервала PQ.
в) Удлинением интервала QT.
г) Все ответы правильные.
д) Правильного ответа нет.

074. Синусовая аритмия:

- а) Нередко наблюдается у молодых людей.
б) Может быть проявлением нарушения функции синусового узла.
в) В большинстве случаев связана с актом дыхания.
г) Может быть обусловлена нарушениями синоatriальной проводимости.
д) Все ответы правильные.

075. Наиболее достоверным признаком выскальзывающего импульса является:

- а) Уширение комплекса QRS.
б) Удлинение интервала PQ.
в) Продолжительность интервала от нормального импульса до эктопического превышает нормальное расстояние RR.
г) Все ответы правильные.
д) Правильного ответа нет.

076. Наиболее частым признаком эктопического ритма из нижней части правого предсердия является:

- а) Наличие инвертированного зубца P перед комплексом QRS.
б) Уширение зубца P.
в) Увеличение амплитуды зубца P.
г) Увеличение интервала PP.
д) Все ответы правильные.

077. Для эктопического ритма из левого предсердия характерно:

- а) Наличие зубца P за комплексом QRS.
б) Отсутствие зубца P перед комплексом QRS.
в) Наличие зубца P, имеющего форму "Щит и меч" в нескольких отведениях.
г) Правильного ответа нет.

078. При эктопическом ритме из АВ-соединения на ЭКГ может отмечаться:

- а) Ретроградный зубец P за комплексом QRS.
б) Отсутствие зубца P.
в) Тахикардия.
г) Брадикардия.
д) Все ответы правильные.

079. При миграции водителя ритма по предсердиям на ЭКГ отмечаются:

- а) Изменения расстояния PP.
б) Изменения амплитуды и полярности P.
в) Отсутствие зубца P у некоторых комплексов QRS.
г) Все ответы правильные.
д) Правильного ответа нет.

080. Для ускоренного идиовентрикулярного ритма характерно:

- а) Наличие ретроградного зубца P перед комплексом QRS.
б) Уширение комплекса QRS.
в) Частота сердечных сокращений > 60 в минуту.
г) Все перечисленное.
д) Правильно 2 и 3.

081. При АВ-диссоциации у больных с желудочковой тахикардией:

- а) Интервал RR меньше, чем интервал PP.
б) Можно обнаружить сливные комплексы QRS.
в) Периодически могут появляться синусовые комплексы.
г) Наблюдается все перечисленное.
д) Правильного ответа нет.

082. При экстрасистолии:

- а) Продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR.
б) Всегда наблюдается расширение и деформация комплекса QRS.
в) И то, и другое.
г) Ни то, и ни другое.

083. Для предсердной экстрасистолии характерно:

- а) Наличие уширения комплекса QRS.
б) Наличие неполной компенсаторной паузы.
в) Наличие полной компенсаторной паузы.
г) Увеличение интервала PP.

084. Для экстрасистол из АВ-соединения характерно:

- а) Наличие неполной компенсаторной паузы.

- б) Обычно неуширенный комплекс QRS.
- в) Отсутствие зубца Р перед комплексом QRS.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

085. При экстрасистолии из левого желудочка:

- а) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса.
- б) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса.
- в) Правильного ответа нет.

086. При экстрасистолии из правого желудочка:

- а) Форма комплекса QRS экстрасистолы напоминает в отведениях V1-6 блокаду правой ножки пучка Гиса.
- б) Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса.
- в) Правильного ответа нет.

087. Наиболее характерным признаком полиморфной экстрасистолии является:

- а) Меняющаяся форма комплекса QRS.
- б) Правильного ответа нет.
- в) Изменение продолжительности интервала сцепления.

088. Возникновение нарушения ритма по типу парасистолии возможно при:

- а) Существовании 2-х водителей ритма.
- б) Наличии блокады входа эктопического центра автоматизма.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

089. Признаком парасистолии является:

- а) Обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом.
- б) Периодическое появление сливных комплексов QRS.
- в) Наличие кратных соотношений интерэктопических интервалов.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

090. Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с:

- а) Трепетанием желудочков.
- б) Пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW.
- в) Узловой пароксизмальной тахикардией.
- г) Предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени.

091. В дифференциальной диагностике трепетания предсердий и предсердной тахикардии с АВ-блокадой II степени наиболее важным признаком является:

- а) Изменение конфигурации предсердных комплексов.
- б) Высокая частота предсердных комплексов.
- в) Высокая частота желудочковых комплексов.
- г) Наличие вторичных изменений конечной части желудочкового комплекса.

092. При трепетании предсердия возбуждаются с частотой:

- а) 100 в мин.
- б) 150 в мин.
- в) 200 в мин.
- г) 250 в мин.

093. АВ-блокаду с проведением 2:1 при трепетании предсердий:

- а) Можно рассматривать как физиологическую.
- б) Следует рассматривать как проявление скрытого нарушения АВ-проводимости.
- в) Правильного ответа нет.

094. Волны F при мерцании предсердий чаще можно наблюдать в:

- а) II, III и aVF отведениях.
- б) V1-2 отведениях.
- в) V4-6 отведениях.
- г) I, aVL отведениях.

095. При тахикардии с частотой возбуждения желудочков 160 в минуту и уширенными комплексами QRS следует предполагать наличие:

- а) Пароксизма желудочковой тахикардии.
- б) Пароксизма суправентрикулярной тахикардии с абберацией внутрижелудочковой проводимости.
- в) Пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

096. Для узловой пароксизмальной тахикардии характерно:

- а) Наличие отрицательного зубца Р во II, III, aVF отведениях перед комплексом QRS.
- б) Резкое удлинение PQ в момент возникновения тахикардии.
- в) Обязательное уширение комплекса QRS при большой частоте сердечных сокращений.
- г) Все перечисленное.

097. Отрицательный зубец Р при узловой пароксизмальной тахикардии чаще расположен:

- а) За комплексом QRS.
- б) Перед комплексом QRS.
- в) Совпадает с комплексом QRS.

098. Отрицательный зубец Р при пароксизмальной тахикардии у больного с синдромом WPW обычно расположен:

- а) За комплексом QRS.
- б) Перед комплексом QRS.
- в) Совпадает с комплексом QRS.

099. Признаками феномена WPW являются:

- а) Укороченный интервал PQ.
- б) Наличие волны дельта.
- в) Расширение комплекса QRS.
- г) Все перечисленное.

100. У больного в отведениях I, aVL, V5-6 отмечается укорочение PQ, имеется дельта-волна и уширенный комплекс QRS с высоким зубцом R. Зубец QS в III и aVL отведениях у этого больного отражает:

- а) Наличие феномена WPW и очаговых изменений нижней локализации.
- б) Наличие одного из вариантов феномена WPW.
- в) Наличие очаговых изменений нижней локализации с нарушением атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости.
- г) Наличие феномена WPW и замедление внутрижелудочковой проводимости.

Эталонны ответов:

001-А	002-А	003-Б	004-Б	005-А	006-В	007-В	008-В	009-Б	010-В
011-Б	012-А	013-Б	014-Д	015-А	016-А	017-В	018-Б	019-Б	020-Б
021-В	022-А	023-Б	024-В	025-В	026-Б	027-В	028-А	029-Б	030-В
031-Б	032-Д	033-Б	034-А	035-В	036-Б	037-Д	038-Б	039-В	040-Г
041-Д	042-В	043-В	044-А	045-Г	046-В	047-Б	048-Д	049-Б	050-А
051-В	052-Б	053-В	054-Б	055-В	056-А	057-Д	058-Д	059-Г	060-В
061-Г	062-Б	063-Г	064-Д	065-Б	066-А	067-Г	068-Д	069-В	070-Д
071-Д	072-В	073-Д	074-Д	075-В	076-А	077-В	078-Д	079-Г	080-Д
081-Г	082-А	083-Б	084-Г	085-А	086-Б	087-В	088-В	089-Г	090-Г
091-Б	092-Г	093-А	094-Б	095-Г	096-Б	097-В	098-А	099-Г	100-Б

Тема: Атеросклероз

001. Гиперхолестеринемия является:

- а) Одним из независимых факторов риска атеросклероза.
- б) Фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.
- в) Не является фактором риска атеросклероза.

002. Артериальная гипертония:

- а) Является одним из независимых факторов риска атеросклероза.
- б) Является фактором риска, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.
- в) Не является фактором риска атеросклероза.

003. Курение сигарет:

- а) Является одним из независимых факторов риска клинических проявлений атеросклероза.
- б) Является фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.
- в) Не является фактором риска атеросклероза.

004. Избыточная масса тела:

- а) Является одним из независимых факторов риска атеросклероза.
- б) Является фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.
- в) Не является фактором риска атеросклероза.

005. Гиподинамия:

- а) Является одним из независимых факторов риска атеросклероза.
- б) Роль ее как фактора риска не доказана.
- в) Не является фактором риска атеросклероза.

006. Гиперхолестеринемия как фактор риска атеросклероза:

- а) Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.
- б) Имеет такое же значение, как избыточная масса тела.
- в) Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела.

007. Гиперхолестеринемия как фактор риска атеросклероза:

- а) Имеет менее важное значение, чем гиподинамия.
- б) Имеет более важное значение, чем гиподинамия.
- в) Имеет такое же значение, как гиподинамия.

008. Артериальная гипертония как фактор риска атеросклероза:

- а) Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.
- б) Имеет такое же значение, как избыточная масса тела.
- в) Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела.

009. Артериальная гипертония как фактор риска атеросклероза:

- а) Имеет менее важное значение, чем гиподинамия.
- б) Имеет более важное значение, чем гиподинамия.
- в) Имеет такое же значение, как гиподинамия.

010. Курение сигарет как фактор риска клинических проявлений атеросклероза:

- а) Имеет такое же значение, как избыточная масса тела.
- б) Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела.
- в) Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.

011. Курение сигарет как фактор риска клинических проявлений атеросклероза:

- а) Имеет более важное значение, чем гиподинамия.
- б) Имеет менее важное значение, чем гиподинамия.

в) Имеет такое же значение, как гиподинамия.

012. Из нижеперечисленных факторов риска атеросклероза наиболее важным является:

- а) Избыточная масса тела.
- б) Гиперхолестеринемия.
- в) Психоэмоциональное напряжение.
- г) Гиподинамия.

013. Из нижеперечисленных факторов риска атеросклероза наиболее важным является:

- а) Психоэмоциональное напряжение.
- б) Гиподинамия.
- в) Артериальная гипертония.
- г) Избыточная масса тела.

014. Злоупотребление алкоголем:

- а) Является одним из основных факторов риска атеросклероза.
- б) Является одним из дополнительных факторов риска атеросклероза.
- в) Не является фактором риска атеросклероза.

015. При атеросклерозе поражаются в первую очередь следующие слои сосудистой стенки:

- а) Интима.
- б) Медия.
- в) Адвентиция.

016. При атеросклерозе поражаются:

- а) Артерии мышечного типа.
- б) Артерии мышечно-эластического типа.
- в) Артерии эластического типа.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

017. Атеросклеротические бляшки наиболее часто локализуются:

- а) В дистальных отделах артерий.
- б) В проксимальных отделах артерий.
- в) В местах бифуркации артерий.
- г) С одинаковой частотой образуются в любых отделах артерий.

018. В артериолах атеросклеротические бляшки:

- а) Встречаются как правило.
- б) Встречаются как исключение.
- в) Не встречаются.

019. Липидные пятна и липидные полосы характерны:

- а) Для ранних стадий атеросклероза.
- б) Для поздних стадий атеросклероза.
- в) Как для ранних, так и для поздних стадий атеросклероза.

020. Липоидоз аорты:

- а) Начинается в детском возрасте.
- б) Начинается на третьем десятилетии жизни.
- в) Характерен для среднего возраста.
- г) Характерен для пожилого и старческого возраста.

021. Аорта десятилетнего ребенка, как правило:

- а) Не содержит липидных отложений.
- б) Содержит липидные пятна и липидные полосы.
- в) Содержит небольшие атеросклеротические бляшки.

022. Атеросклеротические бляшки наиболее часто встречаются в:

- а) Церебральных артериях.
- б) Коронарных артериях.
- в) Аорте.
- г) Бедренных артериях.

023. Пролиферация гладкомышечных клеток в интима артерий рассматривается как:

- а) Обязательный этап атерогенеза.
- б) Существенный, но необязательный этап атерогенеза.
- в) Второстепенный этап атерогенеза.

024. Так называемые "пенистые" клетки, участвующие в атерогенезе, богаты:

- а) В основном белком.
- б) Кальцием.
- в) Липидами.
- г) Тканевым детритом.

025. Так называемые "пенистые" клетки характерны для гистологической картины:

- а) Ранних стадий атеросклероза.
- б) Поздних стадий атеросклероза.
- в) При осложнениях атеросклероза.
- г) Не характерны для гистологической картины при атеросклерозе.

026. Пролиферация фиброзных элементов в интима артерий:

- а) Является обязательной в процессе формирования атеросклеротической бляшки.
- б) Рассматривается в качестве существенного, но необязательного процесса при формировании атеросклеротической бляшки.
- в) Не имеет значения в атерогенезе.

027. Что из перечисленного не является признаком осложнения атеросклеротического поражения:

- а) Тромбоз.
- б) Кальциноз.
- в) Фиброз.
- г) Изъязвление.

028. Гемодинамически значимым считается сужение просвета коронарной артерии на:

- а) 25%.
- б) 40%.
- в) 75%.

029. Из перечисленных типов дислипопротеидемии атерогенным является:

- а) I тип.
- б) II тип.
- в) V тип.

030. Из перечисленных типов дислипопротеидемии атерогенным является:

- а) I тип.
- б) V тип.
- в) III тип.

031. Из перечисленных типов дислипопротеидемии атерогенным не является:

- а) Тип IIa.
- б) Тип IIb.
- в) III тип.
- г) V тип.

032. Из перечисленных типов дислипопротеидемии не является атерогенным:

- а) I тип.
- б) Тип IIa.
- в) Тип IIb.
- г) III тип.

033. Транспортной формой экзогенных триглицеридов являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) Липопротеиды высокой плотности.

034. Транспортной формой эндогенного холестерина являются:

- а) Липопротеиды очень низкой плотности.
- б) Липопротеиды низкой плотности.
- в) Хиломикроны.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

035. Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

036. Основной транспортной формой эндогенных триглицеридов являются:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) Липопротеиды низкой плотности.
- г) "Ремнантные" частицы.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

037. Антиатерогенную роль играют:

- а) Хиломикроны.
- б) Липопротеиды очень низкой плотности.
- в) "Ремнантные" частицы.
- г) Липопротеиды низкой плотности.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

038. Синонимом холестерина липопротеидов высокой плотности является:

- а) Эстерифицированный холестерин.
- б) Неэстерифицированный холестерин.
- в) Альфа-холестерин.
- г) Бета-холестерин.
- д) Пребета-холестерин.

039. Синонимом холестерина липопротеидов низкой плотности является:

- а) Альфа-холестерин.
- б) Бета-холестерин.
- в) Пребета-холестерин.
- г) Неэстерифицированный холестерин.

040. "Хилезный" вид сыворотке крови придает:

- а) Хиломикроны.
- б) "Ремнантные" частицы.
- в) Липопротеиды очень низкой плотности.

- г) Липопротеиды низкой плотности.
- д) Липопротеиды высокой плотности.

041. При неатерогенных дислиппротеидемиях наиболее высок риск развития:

- а) Гиперурикемии.
- б) Сахарного диабета.
- в) Острого панкреатита.
- г) Констриктивного перикардита.
- д) Тромбоэмболии легочной артерии.

042. В патогенезе семейной гиперхолестеринемии основное значение принадлежит:

- а) Нарушению синтеза липопротеидов низкой плотности.
- б) Нарушению абсорбции холестерина.
- в) Уменьшению количества или отсутствию рецепторов, на которых фиксируются липопротеиды низкой плотности.
- г) Нарушению катаболизма "ремнантных" частиц.
- д) Нарушению катаболизма липопротеидов очень низкой плотности.

043. Наиболее резкое повышение содержания холестерина в плазме крови наблюдается при:

- а) Гомозиготной форме семейной гиперхолестеринемии.
- б) Гетерозиготной форме семейной гиперхолестеринемии.
- в) При III типе дислиппротеидемии.

044. Семейная комбинированная гиперхолестеринемия характеризуется избытком:

- а) Хиломикрон.
- б) Липопротеидов низкой плотности.
- в) Липопротеидов очень низкой плотности и хиломикрон.
- г) Липопротеидов промежуточной плотности.
- д) Липопротеидов низкой и очень низкой плотности.

045. Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия встречается со следующей частотой:

- а) 1 случай на 1000 населения.
- б) 1 случай на 10 000 населения.
- в) 1 случай на 100 000 населения.
- г) 1 случай на 1 000 000 населения.

046. Развитие ишемической болезни сердца в детском возрасте возможно при:

- а) Семейной гипертриглицеридемии.
- б) Гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии.
- в) Гомозиготной семейной гиперхолестеринемии.
- г) Комбинированной семейной гиперлипидемии.
- д) Семейном дефиците липопротеидлипазы.

047. Наличие пониженной толерантности к углеводам, гиперурикемии, мелких ксантом на ягодицах и в поясничной области характерно для семейной:

- а) Гиперхолестеринемии.
- б) Гипертриглицеридемии.
- в) Комбинированной гиперлипидемии.
- г) Всего перечисленного.

048. Острым панкреатитом может осложняться:

- а) I тип дислиппротеидемии.
- б) Тип IIa дислиппротеидемии.
- в) Тип IIb дислиппротеидемии.
- г) III тип дислиппротеидемии.

049. Из нижеперечисленных признаков имеет наиболее важное значение для диагностики семейной дисхолестеринемии:

- а) Липоидная дуга роговицы.
- б) Увеличение печени и селезенки.
- в) Ксантоматоз ладоней.
- г) Ксантоматоз ахилловых сухожилий.

050. Для больных с III типом дислиппротеидемии характерны:

- а) Плоские ксантомы в складках ладоней.
- б) Липоидная дуга роговицы.
- в) Ксантоматоз ахилловых сухожилий.
- г) Увеличение печени и селезенки.

051. Оптимальное содержание холестерина в плазме крови для мужчины в возрасте 20 лет составляет:

- а) Менее 5,2 ммоль/л.
- б) От 5,2 до 6,2 ммоль/л.
- в) Более 6,2 ммоль/л.

052. При приеме никотиновой кислоты в плазме крови уменьшается содержание:

- а) Только холестерина.
- б) Только триглицеридов.
- в) И холестерина, и триглицеридов.
- г) Холестерина, но повышается уровень триглицеридов.

053. Эффективная гиполипидемическая суточная доза никотиновой кислоты составляет:

- а) Около 0,5 г.
- б) Около 1,0 г.
- в) Около 1,5 г.
- г) Около 3,0 г.

054. Побочные эффекты никотиновой кислоты связаны в основном с:

- а) Вазоконстрикцией.
- б) Вазодилатацией.
- в) Аллергическими реакциями.
- г) Гиповитаминозом.

055. Побочными эффектами никотиновой кислоты являются:

- а) Тахикардия.
- б) Гиперемия лица.
- в) Гиперурикемия.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

056. Назначение никотиновой кислоты показано при:

- а) Гиперлипопротеидемии II типа.
- б) Гиперлипопротеидемии III типа.
- в) Гиперлипопротеидемии IV типа.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

057. Холестирамин:

- а) Хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта.
- б) Плохо всасывается из желудочно-кишечного тракта.
- в) Не всасывается из желудочно-кишечного тракта.

058. Механизм гиполипидемического действия холестирамина связан с:

- а) Снижением синтеза холестерина.
- б) Снижением синтеза триглицеридов.
- в) Абсорбцией желчи в кишечнике.
- г) Усилением катаболизма липопротеидов.

059. Назначение холестирамина показано при гиперлипопротеидемии:

- а) I типа.
- б) II типа.
- в) III типа.
- г) IV типа.
- д) V типа.

060. При лечении холестирамином могут развиваться:

- а) Гипопротромбинемия с геморрагическим синдромом.
- б) Гиповитаминоз жирорастворимых витаминов.
- в) Нарушение всасывания жиров.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

061. Холепитиазом может осложниться длительный прием:

- а) Холестирамина.
- б) Никотиновой кислоты.
- в) Клофибрата (мисклерона).
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

062. Гипопротромбинемия с геморрагическим синдромом может развиваться в результате приема:

- а) Клофибрата (мисклерона).
- б) Никотиновой кислоты.
- в) Холестирамина.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

063. Канцерогенным эффектом обладают:

- а) Ловастатин.
- б) Холестирамин.
- в) Никотиновая кислота.
- г) Все перечисленные препараты.
- д) Ни один из перечисленных препаратов.

064. Больным с дислипидемией типа II A не следует назначать:

- а) Никотиновую кислоту.
- б) Холестирамин.
- в) Клофибрат (мисклерон).
- г) Все перечисленное.

065. Наиболее эффективным препаратом при семейной гетерозиготной гиперхолестеринемии является:

- а) Линетол.
- б) Полиспонин.
- в) Пармидин.
- г) Ловастатин.

066. Синонимами клофибрата являются:

- а) Атромид.
- б) Атромидин.
- в) Мисклерон.
- г) Все перечисленные.
- д) Ничего из перечисленного.

067. Наиболее важным из перечисленных факторов риска атеросклероза является:

- а) Психоэмоциональный стресс.
- б) Гиперхолестеринемия.
- в) Гиподинамия.
- г) Ожирение.

068. Какой из перечисленных факторов риска атеросклероза является наиболее важным:

- а) Гиподинамия.
- б) Психоэмоциональный стресс.
- в) Артериальная гипертензия.
- г) Избыточная масса тела.

069. Сочетание клинических признаков коронарного атеросклероза и атеросклероза периферических артерий характерно для гиперлипидемии:

- а) I типа.
- б) Типа IIa.
- в) Типа IIб.
- г) IV типа.
- д) III типа.

070. При каких типах дислипидемии существенно повышено содержание и холестерина, и триглицеридов:

- а) Типа IIa и типа IIб.
- б) IIб и III типах.
- в) II и III типах.
- г) I и IV типах.
- д) I и V типах.
- е) IV и V типах.

071. Гиполипидемические препараты с целью первичной профилактики атеросклероза следует назначать:

- а) Всем лицам среднего и пожилого возраста.
- б) В тех случаях, когда диетические мероприятия не приводят к нормализации липидного состава крови.
- в) В тех случаях, когда гиперлипидемии нет, но имеются дополнительные факторы риска развития атеросклероза.
- г) Во всех перечисленных случаях.

072. При клинически выраженных стадиях атеросклероза:

- а) Уже поздно воздействовать на липидный состав сыворотки крови.
- б) Следует добиваться лишь умеренной коррекции нарушений липидного состава.
- в) Следует активно стремиться к нормализации липидного состава сыворотки крови.

073. При регулярных физических тренировках содержание в плазме крови альфа-холестерина:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

074. При регулярном приеме бета-блокаторов уровень альфа-холестерина в плазме крови может:

- а) Понижаться.
- б) Повышаться.
- в) Не изменяется.

075. При регулярном приеме тиазидных диуретиков:

- а) Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- б) Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- в) Изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.

076. При приеме антагонистов кальция:

- а) Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- б) Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- в) Существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.

077. При приеме препаратов из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента:

- а) Наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- б) Наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови.
- в) Существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.

078. Увеличение содержания в сыворотке крови липопротеидов очень низкой плотности наблюдается при приеме:

- а) Клофелина.
- б) Антагонистов кальция.
- в) Диуретиков.
- г) Ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента.

079. При гипертиреозе:

- а) Наблюдается тенденция к увеличению содержания холестерина в сыворотке крови.
- б) Наблюдается тенденция к уменьшению содержания холестерина в сыворотке крови.
- в) Содержание холестерина в сыворотке крови не изменяется.

080. При гипотиреозе уровень холестерина в сыворотке крови:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

081. Содержание холестерина в сыворотке крови при нефротическом синдроме:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

082. Уровень холестерина целесообразно понижать в целях:

- а) Первичной профилактики атеросклероза.

- б) Вторичной профилактики атеросклероза.
в) Как в целях первичной, так и вторичной профилактики атеросклероза.

083. Основным атерогенным классом липопротеидов являются:

- а) Липопротеиды очень низкой плотности.
б) Липопротеиды низкой плотности.
в) Липопротеиды высокой плотности.
г) Хиломикроны.

084. Какой из гиполипидемических препаратов способен в наибольшей степени повышать уровень альфа-холестерина в крови:

- а) Никотиновая кислота.
б) Ловастатин.
в) Пробукол.
г) Клофибрат.
д) Гемфиброзил.

085. Наиболее выраженной способностью понижать уровень альфа-холестерина в крови обладает:

- а) Никотиновая кислота.
б) Ловастатин.
в) Пробукол.
г) Клофибрат.
д) Холестирамин.

086. Специальными исследованиями доказано, что у больных ИБС с гиперлипидемией продолжительность жизни можно увеличить путем систематического приема:

- а) Никотиновой кислоты.
б) Клофибрата.
в) Пробукола.
г) Статинов (ловастатин, симвастатин).
д) Правильно 1 и 4.

087. Специальными исследованиями, проведенными у больных ИБС с дислипидемией, доказана возможность улучшения прогноза жизни при лечении:

- а) Ловастатином.
б) Клофибратом.
в) Холестирамином.
г) Пробуколом.
д) Всеми перечисленными.

088. Удлинение интервала QT на ЭКГ возможно при приеме:

- а) Пробукола.
б) Ловастатина.
в) Никотиновой кислоты.
г) Клофибрата.
д) Холестирамина.

089. Наиболее выраженной способностью уменьшать содержание в плазме крови липопротеидов низкой плотности обладает:

- а) Пробукол.
б) Клофибрат.
в) Никотиновая кислота.
г) Холестирамин.

090. Наиболее выраженной способностью уменьшать содержание в плазме крови липопротеидов низкой плотности обладает:

- а) Ловастатин.
б) Клофибрат.
в) Пробукол.
г) Никотиновая кислота.

Этапы ответов:

001-А	002-А	003-А	004-Б	005-Б	006-А	007-Б	008-А	009-Б	010-В
011-А	012-Б	013-В	014-В	015-А	016-Г	017-В	018-В	019-А	020-А
021-Б	022-В	023-А	024-В	025-А	026-А	027-В	028-В	029-Б	030-В
031-Г	032-А	033-А	034-В	035-В	036-Б	037-Д	038-В	039-Б	040-А
041-В	042-В	043-А	044-В	045-Г	046-В	047-Б	048-А	049-Г	050-А
051-А	052-В	053-Г	054-В	055-Г	056-Г	057-В	058-В	059-Б	060-Г
061-В	062-В	063-Д	064-В	065-Г	066-Г	067-Б	068-В	069-Д	070-Б
071-Б	072-В	073-А	074-А	075-Б	076-В	077-В	078-В	079-Б	080-А
081-А	082-В	083-Б	084-А	085-В	086-Г	087-А	088-А	089-Г	090-А

Тема: Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия. Острый коронарный синдром.

001. Для ИБС характерны следующие особенности коллатерального кровообращения:

- а) Коллатеральное кровообращение развито лучше, чем в интактном сердце.
б) Коллатеральное кровообращение развито хуже, чем в интактном сердце.
в) Существенных особенностей коллатерального кровообращения при ИБС нет.

002. В настоящее время в большинстве индустриально развитых стран:

- а) Рост заболеваемости ИБС продолжается.
б) Заболеваемость ИБС снижается.
в) Рост заболеваемости ИБС прекратился, но тенденции к снижению заболеваемости нет.
г) Характерны различные тенденции динамики заболеваемости.

003. Потребность миокарда в кислороде определяет:

- а) Частота сердечных сокращений.

- б) Контрактильность миокарда.
- в) Напряжение стенки левого желудочка.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

004. "Двойное произведение"- показатель, в определенной степени отражающий потребность миокарда в кислороде, представляет собой:

- а) Произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление.
- б) Произведение частоты сердечных сокращений на динамическое диастолическое артериальное давление.
- в) Произведение частоты сердечных сокращений на среднее артериальное давление.
- г) Произведение частоты сердечных сокращений на давление заклинивания легочных капилляров.

005. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:

- а) Правой коронарной артерии.
- б) Передней нисходящей коронарной артерии.
- в) Общем стволе левой коронарной артерии.
- г) Огибающей коронарной артерии.
- д) Прогноз у больных ИБС не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла.

006. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии:

- а) Не менее 25% просвета.
- б) Не менее 40% просвета.
- в) Не менее 50-75% просвета.
- г) Не менее 90% просвета.

007. Особенность поражения коронарного русла атеросклерозом у больных прогрессирующей стенокардией напряжения состоит в том, что:

- а) Имеется, как правило, более выраженное поражение коронарной системы, чем при стабильной стенокардии напряжения.
- б) Имеется, как правило, менее выраженное поражение коронарной системы, чем при стабильной стенокардии напряжения.
- в) Как правило, существенных особенностей поражения коронарных артерий (по сравнению со стабильной стенокардией) не выявляется.

008. Основными причинами транзиторной ишемии миокарда являются:

- а) Спазм коронарной артерии.
- б) Фиксированный стеноз коронарной артерии.
- в) Тромботическая окклюзия коронарной артерии.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

009. Несовпадение между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:

- а) Стабильной стенокардии напряжения.
- б) Спонтанной стенокардии.
- в) Прогессирующей стенокардии напряжения.
- г) Впервые возникшей стенокардии.
- д) Любых вариантах стенокардии.

010. При спонтанной стенокардии:

- а) Коронарные артерии, как правило, интактны.
- б) Как правило, имеется гемодинамически незначимое стенозирование коронарных артерий.
- в) Как правило, имеется гемодинамически значимое стенозирование коронарных артерий.
- г) Все описанные варианты встречаются практически с одинаковой частотой.

011. При впервые возникшей стенокардии:

- а) Чаше, чем у больных стабильной стенокардией, выявляется стенозирование одной коронарной артерии.
- б) Реже, чем у больных стабильной стенокардией, выявляется стенозирование одной коронарной артерии.
- в) Характер поражения коронарных артерий не отличается от имеющегося у больных стабильной стенокардией напряжения.

012. Госпитализация больных впервые возникшей стенокардией:

- а) Показана всем больным.
- б) Не показана.
- в) Показана в отдельных случаях.
- г) Решается индивидуально.

013. Исходом впервые возникшей стенокардии может быть:

- а) Клиническое выздоровление.
- б) Развитие инфаркта миокарда.
- в) Переход в стабильную стенокардию.
- г) Внезапная смерть.
- д) Все перечисленное.

014. Госпитализация больных прогрессирующей стенокардией напряжения:

- а) Показана всем больным.
- б) Не показана.
- в) Показана в ряде случаев.

015. Приступы стенокардии возникают при медленной ходьбе по ровному месту:

- а) При I функциональном классе стенокардии.
- б) При II функциональном классе стенокардии.
- в) При II и III классах стенокардии.
- г) При III и IV классах стенокардии.

016. Приступы стенокардии напряжения не возникают при медленной ходьбе по ровному месту у больных:

- а) I-го функционального класса.
- б) II-го функционального класса.
- в) I и II-го функциональных классов.
- г) III-го функционального класса.
- д) II и III-го функционального класса.

017. Прием пищи у больных стенокардией:

- а) Уменьшает толерантность к нагрузкам.
- б) Увеличивает толерантность к нагрузкам.
- в) Не влияет на толерантность к нагрузкам.
- г) Может наблюдаться как повышение, так и снижение толерантности.

018. У больных стенокардией напряжения безболевые эпизоды депрессии сегмента ST:

- а) Практически не встречаются.
- б) Встречаются весьма редко.
- в) Встречаются довольно часто.
- г) Закономерны.

019. Преходящие эпизоды ишемии миокарда:

- а) Всегда сопровождаются болевым синдромом.
- б) Всегда сопровождаются болевым синдромом или его эквивалентом.
- в) Могут не сопровождаться вышеуказанными проявлениями.

020. Для преходящей трансмуральной ишемии миокарда характерны:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Подъем сегмента ST.
- в) Увеличение амплитуды зубца "Т".
- г) Все перечисленное.

021. Для субэндокардиальной ишемии миокарда характерны:

- а) Депрессия сегмента ST.
- б) Подъем сегмента ST.
- в) Как депрессия, так и подъем сегмента ST.
- г) Все перечисленное.

022. Конечное диастолическое давление в левом желудочке во время приступов стенокардии:

- а) Уменьшается.
- б) Увеличивается.
- в) Не изменяется.

023. Среди больных ИБС спонтанная стенокардия встречается:

- а) Более часто, чем стабильная стенокардия напряжения.
- б) Практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения.
- в) Менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения.

024. Во время приступов спонтанной стенокардии нарушения ритма:

- а) Практически не встречаются.
- б) Встречаются редко.
- в) Встречаются часто.
- г) Встречаются практически всегда.

025. Проба с физической нагрузкой расценивается как положительная в случае:

- а) Развития депрессии сегмента ST ишемического типа.
- б) Развития инверсии зубца "Т".
- в) Появления частых экстрасистол высоких градаций.
- г) Во всех вышеперечисленных случаях.

026. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:

- а) Проба с физической нагрузкой.
- б) Проба с введением изопроterenолом.
- в) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- г) Холтеровское мониторирование ЭКГ.
- д) Дипиридамоловая проба.

027. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:

- а) Проба с физической нагрузкой.
- б) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
- в) Проба с изопроterenолом.
- г) Проба с эргоновинном.
- д) Дипиридамоловая проба.

028. У больных стабильной стенокардией напряжения диагностические фармакологические пробы (изопроterenоловая, дипиридамоловая) являются:

- а) Менее информативными, чем стандартная проба с дозированной физической нагрузкой.
- б) Более информативными, чем стандартная проба с физической нагрузкой.
- в) Столь же информативными, что и проба с дозированной физической нагрузкой.

029. При приступе стенокардии напряжения фракция выброса левого желудочка:

- а) Увеличивается у всех больных.
- б) Уменьшается у всех больных.
- в) Не изменяется у всех больных.
- г) Не изменяется или уменьшается.

030. Для диагностики ИБС могут быть использованы:

- а) Радионуклидная вентрикулография.
- б) Перфузионная скintiграфия миокарда в условиях физической нагрузки.
- в) Регистрация ЭКГ в условиях физической нагрузки, чреспищеводной электрокардиостимуляции.
- г) Холтеровское мониторирование ЭКГ.
- д) Все перечисленное.

031. Нитриты для лечения стенокардии в настоящее время:

- а) Широко применяют у больных стенокардией.
- б) Не применяют.
- в) Применяют, но не так часто, как нитраты.
- г) Применяют чаще, чем нитраты.

032. Потребность миокарда в кислороде определяет:

- а) Частота сердечных сокращений.
- б) Контрактильность миокарда.
- в) Преднагрузка на левый желудочек.
- г) Постнагрузка на левый желудочек.
- д) Все перечисленное.

033. Наиболее часто антиангинальный эффект у больных стенокардией напряжения достигается при назначении:

- а) Нитратов.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Антагонистов кальция.
- г) Эффективность перечисленных групп препаратов при стенокардии напряжения практически одинакова.

034. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме нитратов обусловлено:

- а) Отрицательным инотропным эффектом.
- б) Отрицательным хронотропным эффектом.
- в) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.
- г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.
- д) Всем перечисленным.

035. Антиангинальный эффект нитратов у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:

- а) Отрицательным инотропным эффектом.
- б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
- в) Отрицательным хронотропным эффектом.

036. Антиангинальный эффект бета-блокаторов у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:

- а) Увеличением коронарного кровотока.
- б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
- в) В равной степени увеличением коронарного кровотока и уменьшением потребности миокарда в кислороде.

037. Антиангинальный эффект антагонистов кальция у больных стабильной стенокардией напряжения обусловлен:

- а) Увеличением коронарного кровотока.
- б) Уменьшением потребности миокарда в кислороде.
- в) Влиянием на коронарный кровоток и уменьшением потребности миокарда в кислороде.

038. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме бета-блокаторов обусловлено, в основном:

- а) Отрицательным инотропным эффектом.
- б) Отрицательным хронотропным эффектом.
- в) Как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом.
- г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.
- д) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.

039. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме антагонистов кальция обусловлено, в основном:

- а) Отрицательным инотропным эффектом.
- б) Отрицательным хронотропным эффектом.
- в) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.
- г) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.

040. Наиболее эффективными у больных спонтанной стенокардией являются:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Эффективность перечисленных групп препаратов при спонтанной стенокардии практически одинакова.

041. У больных ИБС с сопутствующей артериальной гипертензией следует предпочесть:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Нитраты и бета-блокаторы.
- д) Антагонисты кальция и бета-блокаторы.

042. У больных ИБС с застойной недостаточностью кровообращения следует предпочесть:

- а) Надолол (коргард).
- б) Верапамил.
- в) Дилтиазем.
- г) Анаприлин.
- д) Нитраты.

043. Продолжительность антиангинального эффекта сустак-форте у большинства больных при разовом приеме составляет:

- а) 1-1,5 часа.
- б) 8-12 часов.
- в) 3-5 часов.
- г) 6-10 часов.

044. При применении нитратов уровень артериального давления (АД) в большинстве случаев:

- а) Не изменяется.
- б) Увеличивается.
- в) Уменьшается.
- г) Изменения не закономерны.

045. В наибольшей степени уменьшают преднагрузку на левый желудочек:

- а) Бета-блокаторы.
- б) Нитраты.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Все в одинаковой степени.

046. Назначение анаприлина по 20 мг 4 раза в день больным стенокардией напряжения оказывается:

- а) Достаточным у большей части больных.
- б) Достаточным приблизительно у половины больных.
- в) Эффективным у небольшой части больных.

047. Коринфяр в дозе 10 мг 3 раза в день:

- а) Как правило, обладает антиангинальным эффектом.
- б) Как правило, не обладает достаточным антиангинальным эффектом.
- в) Обладает антиангинальным эффектом приблизительно у половины больных.

048. Верапамил (финоптин) при его назначении по 40 мг 3 раза в день:

- а) Обычно обладает антиангинальным эффектом.
- б) Обычно не обладает антиангинальным эффектом.
- в) Обладает антиангинальным эффектом приблизительно у половины больных.

049. Минимальная эффективная разовая доза нитросорбида при стенокардии напряжения составляет при приеме внутрь:

- а) Обычно 5 мг.
- б) Обычно 10 мг.
- в) Не менее 20 мг.

050. При приеме одной таблетки сустак-мита антиангинальный эффект:

- а) У большинства больных отчетливо выражен.
- б) Выражен у половины больных.
- в) Не выражен.

051. При приеме одной таблетки нитронг-мита антиангинальный эффект:

- а) Выражен у большинства больных.
- б) Обычно не выражен.
- в) Выражен приблизительно у половины больных.

052. Из нижеперечисленных бета-блокаторов в меньшей степени уменьшает частоту пульса в покое у больных ИБС:

- а) Анаприлин.
- б) Обидан.
- в) Вискен.
- г) Индерал.

053. В наименьшей степени уменьшают частоту пульса у больных ИБС в покое следующие бета-блокаторы:

- а) Неселективные.
- б) Кардиоселективные.
- в) Обладающие собственной симпатомиметической активностью.

054. Отличия в механизме антиангинального действия сустак и нитросорбида:

- а) Имеются.
- б) Не имеются.
- в) Не закономерны.
- г) Вопрос не изучался.

055. При приеме больших доз нитратов частота пульса:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не меняется.
- г) Изменения не закономерны.

056. У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения:

- а) Нитратов.
- б) Корватона.
- в) Бета-блокаторов и верапамила.
- г) Коринфара.
- д) Фуросемида.

057. Ортостатическая гипотония может наблюдаться при передозировке:

- а) Нитратов.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Антагонистов кальция.
- г) Всех перечисленных.
- д) Ни одного из перечисленных.

058. При глубокой ортостатической гипотонии, вызванной приемом нитратов, частота сердечных сокращений:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.
- г) Изменения не закономерны.

059. Из перечисленных препаратов достаточно выраженным антиангинальным эффектом обладают:

- а) Эринит.
- б) Нитронг-мита.
- в) Анаприлин 10 мг.
- г) Нитросорбид 10 мг.

д) Все перечисленные.

060. Из перечисленных препаратов не обладают антиангинальным эффектом:

- а) Нитросорбид.
- б) Курантил.
- в) Интенсан.
- г) Коринфар.
- д) Правильно 2 и 3.

061. Наиболее надежным критерием антиангинального эффекта лекарственных препаратов у больных стенокардией напряжения является:

- а) Уменьшение количества принимаемых таблеток нитроглицерина.
- б) Уменьшение частоты приступов стенокардии.
- в) Повышение толерантности к физической нагрузке.
- г) Ни один из перечисленных.

062. Наиболее выраженным отрицательным инотропным эффектом обладает следующая комбинация антиангинальных препаратов:

- а) Бета-блокаторов с нитратами.
- б) Бета-блокаторов с коринфаром.
- в) Бета-блокаторов с изоптином.
- г) Коринфара с изоптином.

063. Из перечисленных антиангинальных препаратов относится к антагонистам кальция:

- а) Молсидомин (корватон).
- б) Анаприлин.
- в) Нитросорбид.
- г) Эринит.
- д) Ни один из перечисленных.

064. В наибольшей степени свойственен синдром отмены:

- а) Нитратам.
- б) Антагонистам кальция.
- в) Бета-блокаторам.
- г) Всем перечисленным.

065. По химическому строению не относится к группе нитратов:

- а) Нитронг.
- б) Корватон.
- в) Тринитролонг.
- г) Нитросорбид.
- д) Эринит.

066. Активные метаболиты, обладающие собственным антиангинальным эффектом, образуются в печени при приеме:

- а) Суस्ताка.
- б) Тринитролонга.
- в) Нитросорбида.
- г) Коринфара.

067. Из перечисленных антиангинальных препаратов синдром отмены не свойственен:

- а) Пропранололу.
- б) Нитросорбиду.
- в) Атенололу.
- г) Метопрололу.

068. Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявиться:

- а) Учащением приступов стенокардии.
- б) Появлением приступов стенокардии в покое.
- в) Снижением толерантности к физической нагрузке.
- г) Развитием инфаркта миокарда.
- д) Всем перечисленным.

069. Синдром отмены нитратов описан для:

- а) Больных стенокардией напряжения.
- б) Больных спонтанной стенокардией.
- в) Рабочих, занятых на производстве взрывчатых веществ.
- г) Лиц с нейроциркуляторной дистонией.

070. Кардиоселективность бета-блокаторов:

- а) С увеличением дозы препарата снижается.
- б) Увеличивается при увеличении дозы.
- в) Не зависит от дозы.

071. Кардиоселективные бета-блокаторы у больных ИБС с бронхиальной астмой:

- а) Назначать можно.
- б) Назначать нельзя.
- в) Данный вопрос не изучен.

072. Толерантность к препарату может развиться при лечении:

- а) Нитратами.
- б) Бета-блокаторами.
- в) Антагонистами кальция.
- г) Всеми перечисленными средствами.

073. О развитии толерантности к нитратам у больных ИБС может свидетельствовать все нижеперечисленное, кроме:

- а) Учащения приступов стенокардии (по сравнению с частотой приступов до начала лечения).
- б) Уменьшения антиангинального эффекта, наблюдавшегося вначале.

- в) Развивающейся зависимости от препарата.
- г) Правильного ответа нет.

074. После перерыва в лечении, наблюдавшийся ранее антиангинальный эффект нитратов, у тех больных ИБС, у которых развилась толерантность к ним:

- а) Как правило, восстанавливается.
- б) Как правило, восстанавливается только частично.
- в) Не восстанавливается.

075. В случае развития толерантности к нитратам бывает достаточным для восстановления первоначального эффекта прекратить лечение на срок:

- а) Около 3 месяцев.
- б) Около 1 месяца.
- в) 2 - 3 недели.
- г) Несколько дней.

076. Головную боль может вызвать прием:

- а) Нитратов.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Антагонистов кальция.
- г) Нитратов и бета-блокаторов.
- д) Правильно 1 и 3.

077. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Пропранолол (анаприлин).
- г) Нитросорбид.

078. Неблагоприятное влияние на липидный состав сыворотки крови оказывают:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Все перечисленное.

079. Из перечисленных антиангинальных препаратов замедляют атриовентрикулярную проводимость:

- а) Нитросорбид.
- б) Сустан.
- в) Анаприлин.
- г) Корватон.
- д) Все ответы правильные.

080. Из перечисленных антиангинальных препаратов не замедляют атриовентрикулярную проводимость все перечисленные препараты, кроме:

- а) Нитросорбила.
- б) Изокетина.
- в) Сустан-форте.
- г) Корватона.

081. Из перечисленных антиангинальных препаратов подавляет автоматизм синусового узла:

- а) Спесикор (метопролол).
- б) Сустан.
- в) Корватон.
- г) Нитросорбид.
- д) Правильного ответа нет.

082. Из перечисленных антиангинальных препаратов в наибольшей степени подавляет автоматизм синусового узла:

- а) Сустан.
- б) Корватон.
- в) Кардил (диазем).
- г) Коринфар.
- д) Нитросорбид.

083. Из перечисленных бета-блокаторов относится к кардиоселективным:

- а) Анаприлин.
- б) Спесикор (метопролол).
- в) Обидан.
- г) Тенормин (атенолол).
- д) Только 2 и 4.

084. Из перечисленных бета-блокаторов обладает собственной симпатомиметической активностью:

- а) Пропранолол (анаприлин).
- б) Метопролол (спесикор).
- в) Надолол (коргард).
- г) Пиндолол (вискен).
- д) Правильного ответа нет.

085. Из перечисленных бета-блокаторов относится к кардиоселективным:

- а) Пропранолол.
- б) Коргард (надолол).
- в) Вискен.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

086. Из антиангинальных препаратов ортостатическую гипотонию могут вызвать:

- а) Нитросорбид.

- б) Анаприлин.
- в) Верапамил (финоптин).
- г) Вискен.

087. Из антиангинальных препаратов имеют преимущества при стенокардии напряжения у больных с идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом:

- а) Нитросорбид.
- б) Анаприлин.
- в) Изолтин.
- г) Коринфар.
- д) Правильно 2 и 3.

088. Назначать антиангинальные препараты больным ИБС с безболевыми эпизодами ишемии миокарда:

- а) Не следует.
- б) Следует.
- в) Да, но только при наличии дополнительных показаний.

089. Из двух антиангинальных препаратов группы антагонистов кальция в наибольшей степени отрицательный инотропный эффект свойствен:

- а) Верапамилу.
- б) Нифедипину.
- в) Данные препараты не обладают отрицательным инотропным эффектом.
- г) Верапамилу и нифедипину в одинаковой степени.

090. Операция аорто-коронарного шунтирования у больных ИБС с поражением трех основных коронарных артерий при умеренно сниженной фракции выброса левого желудочка:

- а) Улучшает ближайший, но не влияет на отдаленный прогноз.
- б) Улучшает отдаленный прогноз.
- в) Не влияет на прогноз заболевания.

091. Наиболее частым осложнением операции аорто-коронарного шунтирования является:

- а) Тромбоз легочной артерии.
- б) Инфаркт миокарда.
- в) Прогрессирующая недостаточность кровообращения.

092. Наиболее вероятной причиной возобновления приступов стенокардии в ближайшие сроки после выполнения операции аортокоронарного шунтирования является:

- а) Прогрессирование коронарного атеросклероза.
- б) Окончание "плейсбо-эффекта" оперативного вмешательства.
- в) Окклюзия шунтов.
- г) Все перечисленное.

093. Операция аорто-коронарного шунтирования у больных ИБС:

- а) Улучшает качество жизни.
- б) Улучшает прогноз заболевания.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

094. Операция аорто-коронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни:

- а) У всех больных ИБС.
- б) У больных с поражением огибающей ветви левой коронарной артерии.
- в) У больных с "трехсосудистым" поражением коронарных артерий, особенно при умеренно сниженной фракции выброса.
- г) Продолжительность жизни после аорто-коронарного шунтирования не увеличивается.

095. Операция аорто-коронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни:

- а) У всех категорий больных ИБС.
- б) У больных с поражением ствола левой коронарной артерии.
- в) У больных с поражением правой коронарной артерии.
- г) Продолжительность жизни после аорто-коронарного шунтирования не увеличивается.

096. После маммарно-коронарного шунтирования проходимость шунтов сохраняется:

- а) Более длительное время, чем после аорто-коронарного шунтирования.
- б) Менее продолжительное время, чем после аорто-коронарного шунтирования.
- в) Частота тромбозов шунтов одинакова при обоих видах оперативного вмешательства.

097. Из перечисленных факторов в наибольшей степени влияет на результаты аорто-коронарного шунтирования:

- а) Пол.
- б) Возраст.
- в) Сократительная функция левого желудочка.
- г) Масса тела.
- д) Число пораженных коронарных артерий.

098. Отдаленные результаты аорто-коронарного шунтирования у больных с высокой гиперхолестеринемией:

- а) Лучшие, чем у больных с "нормальным" уровнем холестерина.
- б) Хуже, чем у больных с "нормальным" уровнем холестерина.
- в) Такие же, как у больных с "нормальным" уровнем холестерина.

099. Показаниями к проведению транслюминальной баллонной пластики коронарных артерий являются:

- а) "Многососудистые" варианты диффузного поражения коронарных артерий.
- б) Стенозирование дистальных участков коронарных артерий.
- в) Проксимальное стенозирование при "однососудистом" поражении коронарных артерий.

100. У больных с так называемым "синдромом Х" (икс):

- а) Имеются приступы стенокардии напряжения.
- б) Коронарные артерии не изменены (или изменены незначительно).
- в) Прогноз, как правило, благоприятный.

- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

101. Причина стенокардии:

- а) Органическое поражение коронарных артерий.
- б) Функциональные нарушения регуляции тонуса коронарных артерий.
- в) Сочетание органического поражения коронарных артерий и функциональных нарушений.

102. Причиной поражения коронарных артерий при ИБС является:

- а) Атеросклероз.
- б) Специфические артерииты с вовлечением коронарных артерий.
- в) Травматические повреждения сердца.
- г) Все ответы правильные.

103. Гемодинамически значимым сужением коронарных артерий считается уменьшение внутреннего диаметра правой коронарной артерии или ветвей левой коронарной артерии на:

- а) 25%.
- б) 50%.
- в) 75%.
- г) 90%.

104. Спазм коронарных артерий часто возникает у больных ИБС:

- а) С неизмененными коронарными артериями.
- б) С выраженным атеросклеротическим поражением коронарных артерий.
- в) Примерно с одинаковой частотой - как у больных с неизмененными коронарными артериями, так и у больных с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий.

105. Современная классификация ИБС включает следующие клинические формы, кроме:

- а) Стенокардии.
- б) Инфаркта миокарда.
- в) Постинфарктного кардиосклероза.
- г) Атеросклеротического кардиосклероза.
- д) Нарушения ритма сердца.

106. Внезапной коронарной смертью называют смерть:

- а) При остром инфаркте миокарда.
- б) Смерть в течение 6-ти часов после возникновения неблагоприятных симптомов.
- в) Смерть при документированной фибрилляции желудочков.
- г) Все ответы правильны.

107. Признаками стенокардии напряжения являются:

- а) Боли в левой половине грудной клетки при нагрузке.
- б) Иррадиация ощущений влево - по медиальной поверхности левой руки.
- в) Эффект от нитроглицерина или прекращения нагрузки в течение 1-3 мин.
- г) Все перечисленное.

108. Наиболее характерной локализацией неприятных ощущений, связанных с физической нагрузкой при стенокардии, является:

- а) Область сердца (слева от грудины).
- б) За грудиной.
- в) В области верхушечного толчка.
- г) Рядом с мечевидным отростком грудины.

109. Продолжительность приступа стенокардии напряжения после прекращения нагрузки, как правило, составляет:

- а) Несколько минут (менее 10 минут).
- б) Менее 30 сек.
- в) 15-20 мин.

110. У больных стенокардией напряжения II ФК приступы возникают:

- а) При подъеме по лестнице менее, чем на один этаж (меньше 2 - х пролетов лестницы).
- б) При подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2 - х пролетов лестницы).
- в) Только при очень больших физических нагрузках.
- г) При любой, даже минимальной физической нагрузке.

111. Признаком стенокардии напряжения IV ФК является:

- а) Возникновение стенокардии при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы).
- б) Возникновение стенокардии при минимальной физической нагрузке.
- в) Возникновение спонтанной стенокардии.
- г) Отсутствие эффекта от нитроглицерина.

112. При наличии стенокардии напряжения II ФК:

- а) Больной не способен без остановки подняться по лестнице более, чем на один этаж (преодолеть без остановки 2 пролета лестницы).
- б) Больной в состоянии без остановки подняться по лестнице на 2 -5- й этаж.
- в) Приступы стенокардии возникают в покое.
- г) Приступы стенокардии возникают только при очень больших физических нагрузках.

113. Спонтанная стенокардия:

- а) Это синоним стенокардии покоя.
- б) Возникает вследствие повышения потребности миокарда в кислороде.
- в) Возникает вследствие уменьшения коронарного кровотока (без признаков повышения потребности миокарда в кислороде).
- г) Правильного ответа нет.

114. У больных с приступами спонтанной стенокардии, как правило:

- а) Имеется и стенокардия напряжения.
- б) Нет приступов стенокардии напряжения.

115. У больных с прогрессирующей (нестабильной) стенокардией отмечается:

- а) Возникновение приступов при более легкой нагрузке.
- б) Появление приступов стенокардии в покое.
- в) Увеличение продолжительности приступов стенокардии.
- г) Уменьшение эффекта от нитроглицерина.
- д) Все перечисленное.

116. У женщин с болевыми ощущениями в грудной клетке вероятность ИБС:

- а) Всегда ниже, чем у мужчин.
- б) Выше, чем у мужчин.
- в) Такая же, как у мужчин.

117. Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:

- а) Изменения сегмента ST и зубца Т.
- б) Признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS) .
- в) Блокада ветвей пучка Гиса.
- г) Нарушения ритма сердца.

118. При проведении пробы с физической нагрузкой ЭКГ- признаками ишемии миокарда считаются:

- а) Появление отрицательных зубцов Т.
- б) Горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм.
- в) Возникновение желудочковых аритмий
- г) Все ответы правильные.

119. При проведении пробы с физической нагрузкой у больного, перенесшего инфаркт миокарда, признаками возможной ишемии миокарда считаются:

- а) Возникновение приступа стенокардии без изменений ЭКГ.
- б) Появление выраженной одышки.
- в) Возникновение ощущения резкой слабости в связи со снижением артериального давления.
- г) Все перечисленное.

120. Признаками выраженного поражения коронарных артерий при проведении пробы с физической нагрузкой являются:

- а) Максимальная достигнутая ЧСС менее 120 в мин.
- б) Очень раннее появление депрессии сегмента ST (на первых минутах нагрузки) .
- в) Длительное сохранение депрессии сегмента ST после прекращения нагрузки (в течение 6-8 мин) .
- г) Все перечисленное.

121. Для уточнения диагноза ИБС проба с физической нагрузкой показана прежде всего больным:

- а) С типичной стенокардией напряжения.
- б) С атипичным болевым синдромом.
- в) Лицам без каких-либо симптомов ИБС.
- г) Все ответы правильные.

122. Из всех нижеперечисленных фармакологических проб в диагностике ИБС целесообразно использовать только пробу с:

- а) Калием.
- б) Нитроглицерином.
- в) Дипиридамолом (курантилом).
- г) Анаприлином (обзиданом).

123. Диагностическая ценность сцинтиграфии миокарда с таллием в сочетании с физической нагрузкой:

- а) Такая же, как и у ЭКГ- пробы с нагрузкой.
- б) Выше, чем у ЭКГ- пробы с нагрузкой.
- в) Ниже, чем у ЭКГ- пробы с нагрузкой.

124. Для лечения стенокардии напряжения используют все нижеперечисленные препараты, за исключением:

- а) Нитросорбида.
- б) Анаприлина (обзидан) .
- в) Финоптина (верапамил) .
- г) Коринфара (кордафен, нифедипин) .
- д) Папаверина.

125. У больных ИБС с склонностью к брадикардии нерационально использовать:

- а) Анаприлин.
- б) Тразикор.
- в) Вискен.
- г) Коринфар.

126. Средние суточные дозы нитросорбида у больных ИБС составляют:

- а) 10-20 мг.
- б) 40-60 мг.
- в) 100-200 мг.
- г) 300-400 мг.
- д) 500-600 мг.

127. Средние суточные дозы финоптина составляют:

- а) 40-80 мг.
- б) 80-120 мг.
- в) 120-200 мг.
- г) 240-320 мг.
- д) 500-600 мг.

128. Средние суточные дозы коринфара составляют:

- а) 10-30 мг.
- б) 60-80 мг.
- в) 100-200 мг.

г) 200-240 мг.

129. Средние суточные дозы анаприлина составляют:

- а) 20-40 мг.
- б) 80-200 мг.
- в) 300-400 мг.
- г) 400-600 мг.

130. Основным из перечисленных показаний к хирургическому лечению стенокардии является:

- а) Отсутствие эффекта от медикаментозной терапии при тяжелом клиническом течении ИБС.
- б) Молодой возраст больных.
- в) Наличие в анамнезе 2 - х и более инфарктов миокарда.
- г) Все перечисленное.

131. После проведения коронароангиографии показаниями к операции аорто-коронарного шунтирования являются:

- а) Стеноз основного ствола левой коронарной артерии (сужение на 50% и более) или проксимальное 3-сосудистое поражение (гемодинамически значимые стенозы правой и двух ветвей левой коронарной артерии).
- б) Выраженное диффузное поражение коронарных артерий.
- в) Все ответы правильные.
- г) Правильного ответа нет.

132. Кроме состояния коронарных артерий (выраженности стенозирования) дополнительным показанием для проведения аорто-коронарного шунтирования является:

- а) Сопутствующая умеренная дисфункция левого желудочка (фракция выброса около 0,4) .
- б) Выраженное нарушение функции левого желудочка (фракция выброса меньше 0,3) .
- в) Отсутствие признаков нарушения функции левого желудочка.

133. Использование для реваскуляризации внутренней грудной артерии ("маммаро-коронарное шунтирование"):

- а) Позволяет увеличить продолжительность функционирования шунтов.
- б) Не имеет преимуществ перед венозным шунтом для аорто-коронарного шунтирования.
- в) Уменьшает продолжительность функционирования шунтов.

134. Препараты, "улучшающие метаболизм миокарда" (АТФ, кокарбоксилаза, рибоксин и т. п.):

- а) Имеют самостоятельное значение в лечении ИБС.
- б) Показаны как вспомогательные препараты, повышающие эффективность лечения.
- в) Эффективность подобных препаратов не отличается от плацебо.

135. При лечении больных нестабильной стенокардией, как правило:

- а) Назначают только нитраты.
- б) Используют сочетание нитратов, бета-блокаторов и антагонистов кальция.
- в) Бета-блокаторы противопоказаны.
- г) Нифедипин (коринфар) наиболее эффективен.

136. Наиболее специфичным признаком спонтанной стенокардии на ЭКГ является:

- а) Инверсия зубцов Т.
- б) Появление преходящих зубцов Q.
- в) Возникновение преходящей блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Преходящий подъем сегмента ST.
- д) Возникновение желудочковой тахикардии.

137. Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы спонтанной стенокардии, являются:

- а) Нитраты.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Бета-блокаторы.
- г) Празозин.
- д) Аспирин.

138. У больных с классической спонтанной стенокардией (вариантная стенокардия) приступы обычно возникают:

- а) Во второй половине дня.
- б) Ночью или рано утром.
- в) Не существует какой-либо циркадности (предпочтительного времени суток) в возникновении спонтанной стенокардии.
- г) Правильного ответа нет.

139. Развитию сердечной недостаточности у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, могут способствовать:

- а) Формирование аневризмы левого желудочка.
- б) Возникновение митральной недостаточности, вследствие дисфункции папиллярных мышц.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

140. У больных с аневризмой левого желудочка часто наблюдается:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Желудочковые аритмии.
- в) Образование тромба в области аневризмы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно только 1 и 3.

141. Выживаемость больных ИБС с умеренно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аорто-коронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, лечеными медикаментами, при:

- а) Поражении одной (правой) коронарной артерии.
- б) Поражении двух (правой и огибающей) коронарных артерий.
- в) Поражении трех коронарных артерий.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

142. Выживаемость больных ИБС с сохраненной или незначительно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аорто-коронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, леченными медикаментозно, при поражении:
- а) Ствола левой коронарной артерии.
 - б) Правой коронарной артерии.
 - в) Огибающей ветви левой коронарной артерии.
 - г) Дистальных отделов передней межжелудочковой артерии.
 - д) Правильного ответа нет
143. Выживаемость больных ИБС со значительно сниженной сократительной функцией левого желудочка (фракция выброса 20% и ниже) после операции аортокоронарного шунтирования:
- а) Увеличивается по сравнению с больными, которых лечили медикаментами.
 - б) Не увеличивается по сравнению с больными, которых лечили медикаментами.
 - в) Зависит от количества пораженных коронарных артерий.
144. Гемодинамически значимым является атеросклеротический стеноз ствола левой коронарной артерии, достигающий как минимум:
- а) 70%.
 - б) 50%.
 - в) 30%.
 - г) 20%.
145. Нестабильная стенокардия, не поддающаяся медикаментозной терапии:
- а) Является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС.
 - б) Не является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС.
 - в) Является противопоказанием для проведения коронароангиографии.
146. Неблагоприятными прогностическими факторами, влияющими на исход операции аорто-коронарного шунтирования, являются:
- а) Существенное снижение сократительной функции левого желудочка.
 - б) Гиперлипидемия.
 - в) Лабильная артериальная гипертония.
 - г) Правильного ответа нет.
147. Хирургическое лечение хронической постинфарктной аневризмы левого желудочка показано при:
- а) Отсутствии осложнений, связанных с наличием хронической аневризмы.
 - б) Обнаружении тромба в аневризме.
 - в) Обнаружении тромба в аневризме и наличии в анамнезе тромбоэмболии.
 - г) Правильно 2 и 3.
 - д) Правильного ответа нет.
148. У больных ИБС эндоваскулярную балонную дилатацию коронарных артерий, а не операцию аорто-коронарного шунтирования целесообразно проводить при:
- а) Поражении трех коронарных артерий.
 - б) Проксимальном стенозе одной коронарной артерии.
 - в) Дистальном стенозе двух коронарных артерий.
 - г) Правильно 1 и 3.
149. Эндоваскулярная балонная дилатация коронарных артерий по сравнению с операцией аорто-коронарного шунтирования:
- а) Менее травматична.
 - б) Имеет меньше осложнений.
 - в) Уменьшает продолжительность пребывания больного в стационаре.
 - г) Все перечисленное.

Этапы ответов:

001-А	002-Г	003-Г	004-А	005-В	006-В	007-В	008-Д	009-Д	010-В
011-А	012-А	013-Д	014-А	015-Г	016-В	017-А	018-В	019-В	020-Б
021-А	022-Б	023-В	024-В	025-А	026-Г	027-Г	028-А	029-Г	030-Д
031-Б	032-Д	033-Г	034-Г	035-Б	036-Б	037-В	038-В	039-В	040-В
041-Д	042-Д	043-В	044-А	045-Б	046-В	047-Б	048-Б	049-Б	050-В
051-Б	052-В	053-В	054-Б	055-А	056-В	057-А	058-Б	059-Г	060-Д
061-В	062-В	063-Д	064-В	065-Б	066-В	067-Б	068-Д	069-В	070-А
071-Б	072-А	073-А	074-А	075-Г	076-Д	077-Б	078-Б	079-В	080-Б
081-А	082-В	083-Д	084-Г	085-Д	086-А	087-Д	088-Б	089-А	090-Б
091-Б	092-В	093-В	094-В	095-Б	096-А	097-В	098-Б	099-В	100-Г
101-В	102-А	103-В	104-Б	105-Г	106-Б	107-Г	108-Б	109-А	110-Б
111-Б	112-Б	113-В	114-А	115-Д	116-А	117-Б	118-Б	119-Г	120-Г
121-Б	122-В	123-Б	124-Д	125-А	126-Б	127-Г	128-Б	129-Б	130-А
131-А	132-А	133-А	134-В	135-Б	136-Г	137-Б	138-Б	139-В	140-Г
141-В	142-А	143-Б	144-Б	145-А	146-А	147-В	148-Б	149-Г	

Тема: Инфаркт миокарда

001. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза крупноочагового инфаркта миокарда:
- а) Достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента ST.
 - б) Желательно определение активности ферментов сыворотки крови в динамике.
 - в) Обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронароангиографии.
 - г) Правильного ответа нет.
002. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза мелкоочагового инфаркта миокарда:
- а) Достаточно регистрации изменений ЭКГ в динамике.
 - б) Обязательно определение активности ферментов.
 - в) Обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронарографии.
 - г) Правильного ответа нет.
003. Наиболее частой формой инфаркта миокарда является:
- а) Болевая.

- б) Астматическая.
- в) Гастралгическая.
- г) Церебро-васкулярная.

004. При физикальном обследовании у больных неосложненным инфарктом миокарда может выявляться:

- а) Синусовая тахикардия.
- б) Увеличение частоты дыхания.
- в) Приглушение тонов.
- г) 4 - й тон сердца.
- д) Все перечисленное.

005. ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является:

- а) Подъем сегмента ST.
- б) Инверсия зубца Т (отрицательные зубцы Т).
- в) Патологический зубец Q.
- г) Желудочковая экстрасистолия.

006. Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях V1-V3 является признаком:

- а) Бокового инфаркта миокарда.
- б) Нижнего инфаркта миокарда.
- в) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда.

007. Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях II, III, aVF является признаком:

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Нижнего инфаркта миокарда.
- в) Бокового инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда (задне-базального).

008. Регистрация патологического зубца Q и подъема ST в отведениях I, aVL, V5-V6 является признаком:

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Бокового инфаркта миокарда.
- в) Нижнего инфаркта миокарда.
- г) Заднего инфаркта миокарда.

009. Увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2 в сочетании с депрессией сегмента ST и положительным зубцом Т является признаком:

- а) Передне-перегородочного инфаркта миокарда.
- б) Инфаркта миокарда правого желудочка.
- в) Заднего инфаркта миокарда (задне-базального).
- г) Мелкоочагового инфаркта миокарда.
- д) Правильного ответа нет.

010. Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть:

- а) Депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5.
- б) Подъем сегмента ST в отведении V4R.
- в) Увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2.
- г) Правильного ответа нет.

011. К кардиоспецифичным изоферментам относятся:

- а) Креатинфосфокиназа (КФК).
- б) Аспарагиновая трансаминаза (АСТ).
- в) Фракция MB креатинфосфокиназы (MB-КФК).
- г) Лактатдегидрогеназа (ЛДГ).
- д) Все перечисленные.

012. Больным неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения зоны некроза целесообразно:

- а) Внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси ("поляризующая смесь").
- б) Внутривенное капельное введение нитроглицерина.
- в) Назначение бета-блокаторов.
- г) Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза).
- д) Правильно 2 и 3.

013. Профилактическое введение лидокаина при неосложненном инфаркте миокарда:

- а) Абсолютно показано всем больным.
- б) Обязательно только при наличии нарушений ритма.
- в) Нецелесообразно.
- г) Единого мнения нет.

014. Основным методом патогенетической терапии больных инфарктом миокарда, поступивших в первые 4 - 6 часов от начала заболевания, является:

- а) Коронарная ангиопластика (баллонное расширение коронарных артерий).
- б) Тромболитическая терапия.
- в) Аорто-коронарное шунтирование.
- г) Внутривенная инфузия нитроглицерина.

015. Средством первого выбора для лечения частой желудочковой экстрасистолии в остром периоде инфаркта миокарда считается:

- а) Новокаиномид.
- б) Кордарон.
- в) Лидокаин.
- г) Бета-блокаторы.

016. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда является:

- а) Кордарон.
- б) Новокаиномид.

- в) Бета-блокаторы.
- г) Лидокаин.

017. Для урежения частоты сердечных сокращений при пароксизмальной мерцательной аритмии у больных острым инфарктом миокарда можно использовать:

- а) Финоптин.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Сердечные гликозиды.
- г) Кордарон (в/в).
- д) Все перечисленные препараты.

018. При проведении электроимпульсной терапии по поводу трепетания предсердий, как правило, достаточно разряда мощностью:

- а) 2 - 2,5 кв.
- б) 3 - 3,5 кв.
- в) 4 - 5 кв.
- г) Более 5 кв.

019. При проведении электроимпульсной терапии по поводу мерцания предсердий мощность первого разряда, как правило, должна составлять:

- а) До 2 кв.
- б) 3 - 4 кв.
- в) 5 кв.
- г) Более 5 кв.

020. Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда нижней локализации:

- а) В большинстве случаев развивается на уровне АВ-узла.
- б) Как правило, носит обратимый характер.
- в) Обычно не сопровождается выраженными нарушениями гемодинамики.
- г) Все ответы правильные.

021. При возникновении атриовентрикулярной (АВ) блокады 2-й степени у больных с нижним инфарктом миокарда:

- а) Всем больным показано внутривенное введение атропина.
- б) Внутривенное введение атропина назначают при резком урежении частоты сердечных сокращений (менее 40 в мин) и нарушениях гемодинамики.
- в) Обязательно всем больным проведение временной электрокардиостимуляции.
- г) Необходимо назначение диуретиков и кортикостероидных препаратов.

022. Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда передней локализации:

- а) Является плохим прогностическим признаком.
- б) Как правило, развивается на уровне дистальных отделов системы Гиса-Пуркинье.
- в) В большинстве случаев наблюдается только у больных с очень обширным поражением миокарда.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

023. Предвестниками возникновения атриовентрикулярной (АВ) блокады 2-3 степени у больных с передне-перегородочным инфарктом миокарда является:

- а) Возникновение АВ-блокады I степени.
- б) Возникновение блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Возникновение блокады правой ножки пучка Гиса в сочетании с изменением положения электрической оси и удлинением интервала PQ.
- г) Все ответы правильные.

024. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

- а) Асистолия желудочков.
- б) Фибрилляция желудочков.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

025. При возникновении атриовентрикулярной блокады 3 степени у больных с передним инфарктом миокарда нецелесообразно:

- а) Внутривенное введение атропина.
- б) Проведение временной электрокардиостимуляции.
- в) При отсутствии кардиостимулятора можно использовать инфузию изопроterenола (изадрина).
- г) Правильно 1 и 3.

026. При возникновении отека легких у больных инфарктом миокарда показано назначение всех перечисленных препаратов, кроме:

- а) Морфина.
- б) Нитроглицерина.
- в) Преднизолона.
- г) Фуросемида.

027. При возникновении отека легких у больного инфарктом миокарда целесообразно назначение всех перечисленных препаратов, кроме:

- а) Внутривенного введения хлористого кальция.
- б) Внутривенного введения фуросемида.
- в) Внутривенного введения морфина.
- г) Нитроглицерина.

028. Признаками гиповолемии при физикальном обследовании являются:

- а) Спадение подкожных вен.
- б) Снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации).
- в) Отсутствие хрипов в легких.
- г) Отсутствие ортопноэ.
- д) Все перечисленное.

029. Основным лечебным мероприятием у больных с выраженной гипотонией или клинической картиной шока при наличии признаков гиповолемии является:

- а) Внутривенная инфузия норадреналина.
- б) Внутривенное введение плазмозаменяющих растворов.

- в) Внутривенное введение сердечных гликозидов.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все перечисленное.

030. Основным лечебным мероприятием у больных нижним инфарктом миокарда при возникновении резкой гипотонии и выраженной брадикардии является:

- а) Внутривенная инфузия норадреналина.
- б) Внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы).
- в) Внутривенное введение атропина.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

031. Признаками инфаркта миокарда правого желудочка при возникновении выраженной гипотонии у больного нижним инфарктом миокарда являются:

- а) Набухание шейных вен.
- б) Повышение верхнего уровня пульсации внутренней яремной вены (сохранение пульсации даже в положении сидя).
- в) Отсутствие хрипов в легких.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

032. Основным лечебным мероприятием при выраженной гипотонии или клинической картине шока у больных с признаками инфаркта миокарда правого желудочка является:

- а) Внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы).
- б) Назначение диуретиков.
- в) Внутривенное введение сердечных гликозидов.
- г) Ничего из перечисленного.

033. Для лечения кардиогенного шока целесообразно использовать все перечисленные препараты, кроме:

- а) Инфузии норадреналина.
- б) Инфузии допамина.
- в) Кордиамина.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

034. При возникновении кардиогенного шока в первые 6 часов от начала инфаркта миокарда наилучшие результаты лечения достигаются:

- а) Восстановлением коронарного кровотока с помощью тромболитической терапии, ангиопластики или аорто-коронарного шунтирования.
- б) Поддержанием систолического АД на уровне 90-100 мм. рт. ст. с помощью инфузии допамина.
- в) Внутривенным введением жидкости (реополиглюкин, альбумин).

035. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больного острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как:

- а) Разрыв межжелудочковой перегородки
- б) Тромбоз легочной артерии.
- в) Инфаркт миокарда правого желудочка.
- г) Всех перечисленных осложнений.
- д) Правильного ответа нет.

036. Причиной внезапного возникновения сердечной астмы или отека легких у больного с панисистолическим шумом скорее всего является:

- а) Разрыв свободной стенки левого желудочка.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Разрыв папиллярной мышцы.
- г) Все ответы правильные.

037. Наиболее вероятной причиной возникновения острой правожелудочковой недостаточности и внезапного появления грубого систолического шума у больного острым инфарктом миокарда является:

- а) Разрыв свободной стенки левого желудочка.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Разрыв папиллярной мышцы.
- г) Тромбоз легочной артерии.
- д) Любое из перечисленных осложнений.

038. Среди осложнений, связанных с аневризмой сердца, реже всего встречается:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Тромбоз легочной артерии.
- в) Разрывы миокарда.
- г) Желудочковые аритмии.

039. К основным показателям, используемым для определения прогноза у больных, перенесших инфаркт миокарда, относятся:

- а) Определение фракции выброса.
- б) Оценка степени поражения коронарных артерий.
- в) Наличие и выраженность желудочковых аритмий.
- г) Все перечисленное.

040. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда, относятся:

- а) Дипиридамол (курантил).
- б) Верапамил (финоптин).
- в) Бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью (таликор, вискен).
- г) Бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (анаприлин, метопролол).
- д) Антиаритмические препараты.

041. При инфаркте миокарда увеличивается, в основном, содержание в крови изоферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ):

- а) ЛДГ-1.
- б) ЛДГ-2.
- в) ЛДГ-3.

- г) ЛДГ-4.
- д) ЛДГ-5.

042. Повышение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке при инфаркте миокарда можно определить:

- а) Через 1-2 ч.
- б) Через 4-6 ч.
- в) Через 8-12 ч.
- г) Через 24 ч. и более.

043. При инфаркте миокарда повышенная активность лактатдегидрогеназы в сыворотке крови сохраняется:

- а) В течение 1-2 дней.
- б) В течение 3-5 дней.
- в) В течение 7-14 дней.
- г) Более, чем 14 дней.

044. Повышение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:

- а) Через 1-2 ч.
- б) Через 4-6 ч.
- в) Через 8-12 ч.
- г) Не ранее, чем через 24 ч.

045. Повышенная активность аспартатаминотрансферазы (АСТ) в сыворотке крови при инфаркте миокарда сохраняется:

- а) В течение 1 дня.
- б) В течение 3 - 7 дней.
- в) В течение 10-14 дней.

046. Повышенная активность креатининфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:

- а) Через 1-2 ч.
- б) Через 4-8 ч.
- в) Через 12-24 ч.
- г) Через 48 ч.

047. При инфаркте миокарда повышенная активность креатининфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови сохраняется:

- а) В течение 3-4 дней.
- б) В течение 7-10 дней.
- в) В течение 14-16 дней.

048. С целью диагностики инфаркта миокарда определяют следующие изоферменты креатининфосфокиназы (КФК):

- а) ВВ-КФК.
- б) ММ-КФК.
- в) МВ-КФК.
- г) Все перечисленное.

049. Наибольшую ценность для ранней диагностики инфаркта миокарда представляет определение:

- а) Аспартатаминотрансферазы.
- б) Аланинаминотрансферазы.
- в) Креатининфосфокиназы.
- г) Лактатдегидрогеназы.

050. Для диагностики инфаркта миокарда в относительно поздние сроки наибольшую ценность представляет определение:

- а) Аспартатаминотрансферазы (АСТ) .
- б) Аланинаминотрансферазы (АЛТ) .
- в) Креатининфосфокиназы (КФК) .
- г) Лактатдегидрогеназы (ЛДГ) .

051. Чувствительность метода диагностики инфаркта миокарда с помощью серийного определения активности фракции МВ креатининфосфокиназы (МВ-КФК) в первые сутки заболевания составляет:

- а) 30-40 %.
- б) 50-60 %.
- в) 70-80 %.
- г) Около 95 %.

052. Причинами ложноположительных результатов диагностики инфаркта миокарда с помощью определения активности АСТ в сыворотке крови являются:

- а) Инфаркт почки, гипотиреоз, острый панкреатит, правожелудочковая недостаточность с увеличением печени, гемолитический криз.
- б) Прием клофибрата, внутримышечные инъекции, ишемия, токсемия беременных, хирургическая травма.
- в) Инфаркт селезенки, электрическая кардиоверсия, пневмония.
- г) Гипертиреоз, внутримышечные инъекции, прием клофибрата, пневмония.
- д) Все перечисленное.

053. Причинами ложноположительных результатов диагностики инфаркта миокарда с помощью определения активности креатининфосфокиназы КФК в сыворотке крови являются:

- а) Прием клофибрата, электрическая кардиоверсия, внутримышечные инъекции, инфаркт почки, острый панкреатит.
- б) Пневмония, инфаркт почки, острый панкреатит.
- в) Токсемия беременности, инфаркт селезенки, гемолитический криз, гипертиреоз.
- г) Гипертиреоз, инфаркт почки, пневмония, прием салицилатов.
- д) Все перечисленное.

054. На специфичность методов ферментной диагностики инфаркта миокарда влияют:

- а) Размеры инфаркта.
- б) Срок от начала заболевания.
- в) Повторное или однократное определение активности фермента.
- г) Все перечисленные факторы.

055. Из перечисленных факторов не снижают чувствительность методов ферментной диагностики инфаркта миокарда:

- а) Блокада левой ножки пучка Гиса.
- б) Блокада правой ножки пучка Гиса.
- в) Частая экстрасистолия.
- г) Все ответы правильные.

056. Сцинтиграфия миокарда с пирофосфатом, меченым технецием-99м, позволяет диагностировать:

- а) Крупноочаговый инфаркт миокарда.
- б) Мелкоочаговый инфаркт миокарда.
- в) И тот, и другой.
- г) Ни тот, и ни другой.

057. Ложноположительные результаты диагностики острого инфаркта миокарда методом сцинтиграфии с пирофосфатом, меченным технецием-99м, могут быть обусловлены наличием:

- а) Внутрисердечного тромбоза при аневризме левого желудочка после ранее перенесенного инфаркта миокарда.
- б) Идиопатической кардиомиопатии.
- в) Обоих этих состояний.
- г) Ни одного из них.

058. Электрокардиографическим признаком инфаркта миокарда могут являться только так называемые "реципрокные" изменения при:

- а) Высоком боковом инфаркте миокарда.
- б) Инфаркте межжелудочковой перегородки.
- в) Заднебазальном инфаркте миокарда.
- г) Заднедиафрагмальном инфаркте миокарда.

059. Электрокардиографическими признаками заднебазального инфаркта миокарда являются:

- а) Патологический зубец Q, подъем сегмента ST и инверсия зубца T во II, III, aVF- отведениях.
- б) Высокий зубец R в V1, V2, смещение сегмента ST вниз и увеличение амплитуды зубца T в этих же отведениях.
- в) Высокий зубец R в V1, V2, подъем сегмента ST и инверсия зубца T в этих же отведениях.
- г) Патологический Q, подъем ST в отведении aVR.

060. При высоком боковом инфаркте миокарда электрокардиографические признаки инфаркта выявляются:

- а) В отведениях I, V5, V6.
- б) В отведениях I, V4, V5.
- в) В отведении aVL (или aVL и I) .
- г) В отведении aVR.

061. При инфаркте миокарда нижней локализации электро-кардиографические признаки инфаркта выявляются:

- а) В отведениях I, II, aVF.
- б) В отведениях II, III, aVF.
- в) В отведениях I, III, aVR.
- г) В отведениях II, III, aVL.

062. При подозрении на инфаркт миокарда высоких отделов передне-боковой стенки левого желудочка рекомендуется:

- а) Снять ЭКГ в грудных отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья выше обычного уровня.
- б) Снять ЭКГ в отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья ниже обычного уровня.
- в) Снять дополнительные отведения V7-V9.

063. Регистрировать дополнительные грудные отведения V7-V9 и дорзальное отведение по Нэбу рекомендуют при:

- а) Заднедиафрагмальном инфаркте.
- б) Заднебазальном инфаркте.
- в) Инфаркте правого желудочка.
- г) Высоком боковом инфаркте.

064. При крупноочаговом инфаркте миокарда патологический зубец Q выявляется:

- а) Не позже, чем через 30 мин от начала заболевания.
- б) Обычно в течение первых нескольких часов.
- в) Не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания.
- г) На вторые-третьи сутки от начала заболевания.

065. Лейкоцитоз при остром инфаркте миокарда выявляется:

- а) Через несколько часов от начала заболевания.
- б) К концу первых суток.
- в) На вторые-третьи сутки.
- г) Обычно не выявляется вовсе.

066. Лейкоцитоз при инфаркте миокарда неосложненного течения сохраняется:

- а) 1 - 2 дня.
- б) 3 - 7 дней.
- в) Обычно до 20 дней.

067. Для инфаркта миокарда характерен лейкоцитоз:

- а) Со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
- б) Со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо.
- в) Без сдвига формулы.

068. При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:

- а) Появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания.
- б) Появляется обычно на второй день заболевания.
- в) Появляется на 3- 4 день заболевания.
- г) Появляется в более поздние сроки.

069. При неосложненном инфаркте миокарда ускорение СОЭ выявляется:

- а) Уже через 1-2 часа от начала заболевания.
- б) Через 6-8 часов от начала заболевания.
- в) Через двое суток от начала заболевания.
- г) На четвертые-пятые сутки.

070. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается:

- а) Через несколько часов от начала заболевания.
- б) В течение первых суток болезни.
- в) В течение вторых суток болезни.
- г) Через 7-12 дней от начала заболевания.

071. Из нижеперечисленных неспецифических признаков при инфаркте миокарда наиболее ранними являются:

- а) Лихорадка.
- б) Лейкоцитоз.
- в) Увеличение СОЭ.
- г) Увеличение содержания фибриногена в крови.

072. У больных, перенесших мелкоочаговый инфаркт миокарда, по данным коронароангиографии:

- а) Выявляется менее тяжелое поражение коронарных артерий, чем при крупноочаговом инфаркте.
- б) Выявляется более тяжелое поражение коронарных артерий, чем при крупноочаговом инфаркте.
- в) Тяжесть поражения коронарного русла при мелкоочаговом и крупноочаговом инфаркте миокарда одинакова.

073. Шум при разрыве межжелудочковой перегородки является:

- а) Пансистолическим.
- б) Мезосистолическим.
- в) Систолю-диастолическим.
- г) Диастолическим.

074. Наиболее частой причиной возникновения систолического шума при остром инфаркте миокарда является:

- а) Дисфункция папиллярных мышц.
- б) Разрыв межжелудочковой перегородки.
- в) Отрыв сухожильных мышц.
- г) Разрыв сухожильных хорд.

075. "Ложная" аневризма сердца - это:

- а) Участок миокарда с парадоксальной пульсацией, но без истончения стенки левого желудочка.
- б) Аневризма, заполненная организованным тромбом.
- в) Аневризма межжелудочковой перегородки.
- г) "Прикрытая" перфорация.

076. Наиболее доказанным эффектом антикоагулянтов у больных инфарктом миокарда является:

- а) Антиангинальное действие.
- б) Ограничение зоны инфаркта.
- в) Уменьшение частоты реинфаркта.
- г) Снижение частоты тромбоэмболических осложнений.

077. Кардиогенный шок чаще развивается:

- а) При первом инфаркте миокарда.
- б) При повторном инфаркте.
- в) Частота возникновения этого осложнения одинакова при первом и при повторном инфаркте миокарда.
- г) Четкой закономерности не выявляется.

078. При инфаркте миокарда гипотония может быть обусловлена:

- а) Гиповолемией.
- б) Рефлекторным воздействием.
- в) Поражением миокарда.
- г) Всем перечисленным.

079. При истинном кардиогенном шоке у больных острым инфарктом миокарда летальность достигает:

- а) 20-30%.
- б) 40-50%.
- в) 60-70%.
- г) 80-100%.

080. Для истинного кардиогенного шока характерен:

- а) Метаболический ацидоз.
- б) Метаболический алкалоз.
- в) Может развиваться как ацидоз, так и алкалоз.
- г) Кислотно-щелочное равновесие существенно не изменяется.

081. Истинный кардиогенный шок при остром инфаркте миокарда развивается, как правило:

- а) При поражении 20% массы миокарда.
- б) При поражении около 50% массы миокарда.
- в) Развитие кардиогенного шока не связано с объемом поражения миокарда.

082. При кардиогенном шоке пульсовое давление:

- а) Может не изменяться.
- б) Несколько повышается.
- в) Несколько понижается.
- г) Значительно уменьшается.

083. Кожные покровы при кардиогенном шоке:

- а) Цианотичные, сухие.
- б) Бледные, сухие.
- в) Бледные, влажные.
- г) Розовые, влажные.

084. В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:

- а) Резкое снижение сократительной функции левого желудочка.

- б) Стрессовая реакция на боль.
- в) Артериальная гипотония.
- г) Гиповолемия.

085. У больных инфарктом миокарда, осложнившимся кардиогенным шоком, температурная реакция:

- а) Обычно не выражена.
- б) Обычно резко выражена.
- в) Обычно выражена в такой же степени, как при несложненном течении инфаркта миокарда.

086. Тромбоз эндокардита при инфаркте миокарда чаще развивается:

- а) При длительном постельном режиме.
- б) При чрезмерно ранней активизации больных.
- в) При развитии аневризмы левого желудочка.
- г) При дисфункции папиллярных мышц.

087. Для лечения тромбоза эндокардита у больных инфарктом миокарда следует применять:

- а) Антибиотики группы тетрациклина.
- б) Антибиотики из группы аминогликозидов.
- в) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- г) Производные нитрофурана.

088. Наиболее эффективны при лечении синдрома Дресслера:

- а) Антибиотики.
- б) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- в) Анальгетики.
- г) Антигистаминные.
- д) Глюкокортикоиды.

089. При эпистенокардиальном перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:

- а) Антигистаминные препараты.
- б) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- в) Глюкокортикоиды.
- г) Антибиотики.

090. Эффективность электрической дефибрилляции при "первичной" фибрилляции желудочков у больных инфарктом миокарда (в том случае, если она производится своевременно) составляет:

- а) 30-40%.
- б) 50-60%.
- в) 70-80%.
- г) свыше 90%.

091. При выполнении закрытого массажа сердца у больных инфарктом миокарда частота компрессии грудной клетки должна составлять:

- а) 40-50 в мин.
- б) 60-70 в мин.
- в) 80-100 в мин.

092. Критериями эффективности тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда являются:

- а) Уменьшение болевого синдрома
- б) "Реперфузионные" аритмии.
- в) Быстрое возвращение сегмента ST ЭКГ к изолинии.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

093. При восстановлении проходимости окклюзированной коронарной артерии у больных острым инфарктом миокарда в первые часы заболевания наблюдается:

- а) Быстрое возвращение сегмента ST к изолинии.
- б) Исчезновение патологических зубцов Q.
- в) Более медленное возвращение сегмента ST к изолинии.
- г) Динамика сегмента ST носит обычный характер.

094. У больных инфарктом миокарда восстановление проходимости окклюзированной коронарной артерии под влиянием тромболитической терапии обычно сопровождается:

- а) Появлением желудочковых аритмий.
- б) Антиаритмическим эффектом.
- в) Восстановление проходимости существенно не сказывается на динамике нарушений ритма.

095. При инфаркте миокарда наиболее эффективным способом введения тромболитических препаратов является:

- а) Внутрикоронарное введение.
- б) Внутривенное введение.
- в) Внутримышечное введение.
- г) Эффективность тромболитической терапии не зависит от способа введения.

096. Инфаркт миокарда правого желудочка чаще встречается:

- а) Изолированно.
- б) При одновременном поражении передней стенки левого желудочка.
- в) При одновременном поражении нижней стенки левого желудочка.
- г) При одновременном поражении предсердий.

097. Основным патогенетическим фактором инфаркта миокарда является:

- а) Спазм коронарной артерии.
- б) Тромбоз коронарной артерии.
- в) Окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой.
- г) Внезапное повышение потребности миокарда в кислороде.

098. Бета-блокаторы для вторичной профилактики больным, перенесшим инфаркт миокарда, следует назначать:

- а) На 2-3 месяца.

- б) На 4-6 месяцев.
- в) На 1-2 года.
- г) Пожизненно.

099. У больных, перенесших инфаркт миокарда, длительный прием аспирина:

- а) Уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда.
- б) Не влияет на прогноз.
- в) Уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин.
- г) Благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан.

100. Больные инфарктом миокарда, осложнившимся первичной фибрилляцией желудочков, по сравнению с остальными больными в целом характеризуются:

- а) Более выраженным ангинозным синдромом.
- б) Более выраженными нарушениями гемодинамики.
- в) Большими размерами очага некроза.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

101. У больных инфарктом миокарда эффективность реанимационных мероприятий:

- а) При первичной фибрилляции желудочков выше, чем при вторичной.
- б) При вторичной фибрилляции желудочков выше, чем при первичной.
- в) Одинакова при этих видах фибрилляции.
- г) Данный вопрос не изучен.

102. Риск развития фибрилляции желудочков у больных инфарктом миокарда наиболее высок:

- а) В первые минуты заболевания.
- б) Через 3 - 4 часа от начала заболевания.
- в) К концу первых суток заболевания.
- г) На вторые сутки заболевания.

103. Улучшить отдаленный прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда, позволяют:

- а) Нитраты.
- б) Непрямые антикоагулянты.
- в) Бета-блокаторы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни один из перечисленных.

104. Желудочковые аритмии у больных острым инфарктом миокарда встречаются:

- а) Менее, чем в половине случаев.
- б) У 50-70% больных.
- в) Практически у всех больных.

105. Улучшить прогноз у больных, перенесших инфаркт миокарда, позволяют:

- а) Дигопирамид.
- б) Хинидин.
- в) Новокаинамид.
- г) Все перечисленные средства.
- д) Ни одно из перечисленных.

106. Предсказать риск возникновения фибрилляции желудочков у больных острым инфарктом миокарда на основании анализа желудочковых нарушений ритма:

- а) Можно.
- б) Нельзя.
- в) Данный вопрос не изучен.

107. Из перечисленных состояний противопоказаниями для направления больных, перенесших инфаркт миокарда, на санаторное лечение являются:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) АВ- блокада I степени.
- в) Недостаточность кровообращения IIБ степени.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни одно из перечисленных.

108. Из перечисленных состояний не являются противопоказаниями к санаторному лечению больных, перенесших инфаркт миокарда:

- а) Пароксизмальная желудочковая тахикардия.
- б) Компенсированный сахарный диабет.
- в) Тромбоэмболические осложнения в остром периоде.
- г) Ранняя постинфарктная стенокардия.
- д) Все вышеперечисленные.

109. Введение лидокаина больным в первые сутки инфаркта миокарда:

- а) Уменьшает вероятность возникновения фибрилляции желудочков.
- б) Не влияет на частоту возникновения фибрилляции желудочков.
- в) Увеличивает частоту асистолии желудочков.
- г) Правильно 1 и 3.

110. Вероятность возникновения "пробежек" желудочковой тахикардии в первые сутки инфаркта миокарда по сравнению с вероятностью развития фибрилляции желудочков:

- а) Значительно ниже.
- б) Значительно выше.
- в) Практически такая же.
- г) Определенных данных по этому вопросу нет.

111. Мониторное наблюдение за ЭКГ у больных острым инфарктом миокарда:

- а) Позволяет выделить группу лиц, у которых вероятность развития фибрилляции желудочков является наибольшей.

б) Позволяет выделить группу лиц с высокой вероятностью развития фибрилляции желудочков только при применении холтеровского мониторирования.

в) Не позволяет выделить группу лиц, у которых вероятность развития фибрилляции желудочков является наибольшей.

112. Больным острым инфарктом миокарда показано назначение:

а) Аспирин.

б) Дипиридамола.

в) Любого из перечисленных препаратов.

г) Только сочетания их.

113. Частота повторного инфаркта миокарда в ближайший месяц после тромболитической терапии:

а) Ниже, чем у больных, не получавших тромболитики.

б) Выше, чем у больных, не получавших тромболитики.

в) Такая же, как у больных, не получавших тромболитики.

114. У больных, перенесших инфаркт миокарда, неблагоприятное прогностическое значение имеет наличие:

а) Более 10 желудочковых экстрасистол в час.

б) Более 30 желудочковых экстрасистол в час.

в) Частых желудочковых экстрасистол высоких градаций.

г) Частота желудочковых экстрасистол существенного влияния на прогноз не оказывает.

д) Правильные только ответы 2 и 3.

115. У больных инфарктом миокарда нижней локализации возникновение преобладающей АВ-блокады:

а) Осложняет прогноз заболевания.

б) Не влияет на прогноз заболевания.

в) Данный вопрос не изучен.

116. Изолированный инфаркт миокарда правого желудочка:

а) Не встречается.

б) Встречается часто.

в) Встречается крайне редко.

117. Прогноз при инфаркте миокарда более неблагоприятен:

а) У мужчин.

б) У женщин.

в) Различий нет.

118. Способностью ограничивать объем поражения и благоприятно влиять на ближайший прогноз заболевания при остром инфаркте миокарда обладают:

а) Антагонисты кальция.

б) Бета-блокаторы.

в) Нитроглицерин (при внутривенном введении).

г) Все перечисленные.

д) Только нитроглицерин и бета-блокаторы.

119. Больным острым инфарктом миокарда с целью ограничения объема поражения миокарда рекомендуют назначать:

а) Бета-блокаторы с частичной симпатомиметической активностью.

б) Кардиоселективные бета-блокаторы.

в) Оба ответа правильны.

г) Правильного ответа нет.

Этапы ответов:

001-А	002-Б	003-А	004-Д	005-В	006-В	007-Б	008-Б	009-В	010-Б
011-В	012-Д	013-Г	014-Б	015-В	016-Г	017-Д	018-А	019-Б	020-Г
021-Б	022-Г	023-В	024-Б	025-А	026-В	027-А	028-Д	029-Б	030-В
031-Г	032-А	033-В	034-А	035-Г	036-В	037-Б	038-В	039-Г	040-Г
041-А	042-Г	043-В	044-В	045-Б	046-В	047-А	048-В	049-В	050-Г
051-Г	052-А	053-А	054-Г	055-Г	056-В	057-В	058-В	059-Б	060-В
061-Б	062-А	063-Б	064-Б	065-А	066-Б	067-А	068-Б	069-В	070-Г
071-Б	072-В	073-А	074-А	075-Г	076-Г	077-Б	078-Г	079-Г	080-А
081-Б	082-Г	083-В	084-А	085-А	086-В	087-В	088-Д	089-Б	090-Г
091-В	092-Г	093-А	094-А	095-А	096-В	097-Б	098-В	099-А	100-Д
101-А	102-А	103-В	104-В	105-Д	106-Б	107-В	108-Б	109-Г	110-Б
111-В	112-А	113-Б	114-Г	115-А	116-В	117-Б	118-Д	119-Б	

Тема: Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Гипертонические кризы. Симптоматические артериальные гипертензии. Нейроциркуляторная дистония.

001. К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены:

а) Большие нервно-эмоциональные нагрузки.

б) Избыточное потребление жиров и углеводов.

в) Отягощенная по гипертензии наследственность.

г) Повышенная масса тела.

д) Избыточное потребление поваренной соли.

002. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:

а) Повышения активности симпатико-адреналовой системы.

б) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

в) Атеросклероза почечных артерий.

г) Нарушения трансмембранного транспорта ионов.

д) Изменения системы простагландинов.

003. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:

а) Минутный объем сердца.

- б) Общее периферическое сосудистое сопротивление.
- в) Ренин-ангиотензиновая система.
- г) Уровень электролитов крови.

004. Гипотензивным действием обладают все следующие простагландины, кроме:

- а) Простагландин Е1.
- б) Простагландин.
- в) Тромбоксан.
- г) Простагландин F.
- д) Правильно 3 и 4.

005. В зависимости от активности ренина можно выделить следующие формы артериальных гипертоний:

- а) Норморениновую.
- б) Гиперрениновую.
- в) Гипорениновую.
- г) Все перечисленные.
- д) Только 2 и 3.

006. Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:

- а) Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
- б) Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
- в) Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

007. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:

- а) Ангиотензина II.
- б) Триглицеридов.
- в) Катехоламинов.
- г) Холестерина.

008. Избыточное образование альдостерона сопровождается:

- а) Задержкой натрия и воды.
- б) Повышением активности симпатико-адреналовой системы.
- в) Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
- г) Уменьшением минутного объема сердца.
- д) Всем перечисленным.

009. Гиперрениновые формы артериальной гипертонии могут быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Атеросклероза почечных артерий.
- в) Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна).

010. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:

- а) Поражение артерий сетчатки.
- б) Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Появление блокад сердца.

011. Простагландины синтезируются из:

- а) Полиненасыщенных жирных кислот.
- б) Белков.
- в) Углеводов.
- г) Катехоламинов.

012. Гипертоническая болезнь является фактором риска развития следующих заболеваний:

- а) ИБС.
- б) Инсульта.
- в) И того, и другого.
- г) Ни того, ни другого.

013. При гипертонической болезни на ЭКГ наиболее часто выявляются:

- а) Замедление предсердно-желудочковой проводимости.
- б) Блокада ветвей пучка Гиса.
- в) Увеличение амплитуды зубца "U".
- г) Гипертрофия левого желудочка.
- д) Все перечисленное.

014. У больных артериальной гипертонией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:

- а) Желудочковой пароксизмальной тахикардии.
- б) Разрыва миокарда.
- в) Тромбозов.
- г) Пневмонии.

015. Натрий-зависимая форма гипертонической болезни характеризуется:

- а) Значительным повышением общего периферического сосудистого сопротивления.
- б) Увеличением объема циркулирующей крови.
- в) Снижением ударного и минутного объемов сердца.
- г) Всем перечисленным.
- д) Ничем из перечисленного.

016. Для гипертонической болезни I стадии характерно:

- а) Транзиторное повышение АД.
- б) Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда.
- в) Нарушение функции почек.

- г) Геморрагии в сетчатке.
- д) Все перечисленное.

017. Злокачественное течение артериальной гипертонии чаще встречается при:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Симптоматических гипертензиях.
- в) Одинаково часто при эссенциальной и вторичных артериальных гипертензиях.

018. При лечении бета-адреноблокаторами происходит:

- а) Уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления.
- б) Уменьшение объема циркулирующей крови.
- в) Уменьшение образования ренина.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

019. При применении мочегонных средств происходит:

- а) Уменьшение активности симпатико-адреналовой системы.
- б) Снижение общего периферического сосудистого сопротивления.
- в) Уменьшение образования ренина.
- г) Уменьшение образования альдостерона.
- д) Все перечисленное.

020. Вазодилататоры, оказывающие воздействие преимущественно на артериолы, вызывают:

- а) Активацию парасимпатической нервной системы.
- б) Активацию симпатической нервной системы.
- в) Блокаду альфа-адренорецепторов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

021. Тиазидовые диуретики при длительном приеме обладают следующими побочными действиями:

- а) Вызывают гиперурикемию.
- б) Вызывают гипергликемию.
- в) Повышают содержание липопротеидов низкой плотности.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

022. Вискен влияет на общее периферическое сосудистое сопротивление:

- а) Увеличивая его.
- б) Снижая его.
- в) Не влияет на него.
- г) Вначале повышая, а затем снижая.

023. Больным артериальной гипертонией и стенокардией целесообразно назначить:

- а) Антагонисты кальция.
- б) Гидралазин (апрессин) .
- в) Миноксидил.
- г) Раунагин.
- д) Все перечисленное.

024. Препаратами первого выбора для лечения гипертонической болезни с высоким общим периферическим сосудистым сопротивлением являются:

- а) Антагонисты кальция.
- б) Диуретики.
- в) Седативные средства.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

025. Для лечения больных артериальной гипертонией и выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка нецелесообразно применять:

- а) Обзидан.
- б) Гидралазин (апрессин) .
- в) Гипотиазид.
- г) Все перечисленные препараты.
- д) Только 2 и 3.

026. Гипотензивный эффект празозина (адасерзутена) определяется:

- а) Селективной блокадой постсинаптических альфа-адренорецепторов.
- б) Блокадой бета-адренорецепторов.
- в) Снижением сократительной функции миокарда.
- г) Влиянием на электролитный обмен.
- д) Правильного ответа нет.

027. Из нижеперечисленных гипотензивных средств наиболее выражен синдром отмены препарата у:

- а) Резерпина.
- б) Допегита.
- в) Клофелина.
- г) Гипотиазида.
- д) Коринфара.

028. При синдроме злокачественной артериальной гипертонии могут иметь место следующие симптомы:

- а) Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт. ст.).
- б) Тяжелое поражение глазного дна.
- в) Нарушение функции почек.
- г) Гипертоническая энцефалопатия.
- д) Все перечисленное.

029. При повышении артериального давления, сочетающегося с энцефалопатией, из перечисленного целесообразно применять:

- а) Диуретики.
- б) Бета-адреноблокаторы.
- в) Препараты раувольфии.
- г) Сердечные гликозиды.
- д) Все перечисленные.

030. Не происходит задержки натрия и воды при длительном лечении:

- а) Метилдопа.
- б) Клофелином.
- в) Апрессином.
- г) Финоптином.
- д) Ни одним из перечисленных.

031. Не используют для лечения гипертонической болезни:

- а) Клофелин.
- б) Обзидан.
- в) Финоптин.
- г) Оксадолин.
- д) Папаверин, дибазол.

032. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают:

- а) Триампур.
- б) Фуросемид.
- в) Анаприлин.
- г) Все перечисленные препараты.
- д) Ни один из перечисленных препаратов.

033. Заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию вторичных артериальных гипертензий, являются:

- а) Коарктация аорты.
- б) Диффузный гломерулонефрит и хронический пиелонефрит.
- в) Гипоплазия и атеросклеротическое поражение почечных артерий.
- г) Феохромоцитома.
- д) Первичный гиперальдостеронизм.

034. При коарктации аорты АД повышается:

- а) В артериях верхних конечностей.
- б) На нижних конечностях.
- в) В почечных артериях.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

035. Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертензии является:

- а) Неспецифический аортартерит.
- б) Фибромышечная дисплазия.
- в) Аневризмы почечных артерий.
- г) Атеросклероз почечных артерий.
- д) Тромбозы и эмболии почечных артерий.

036. При вазоренальных артериальных гипертензиях АД повышается в результате:

- а) Повышения активности симпатoadреналовой системы.
- б) Увеличения объема циркулирующей крови.
- в) Повышения активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
- г) Увеличения минутного объема сердца.
- д) Всего перечисленного.

037. Гипотензивный эффект ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента отмечается только у больных:

- а) С гиперрениновой формой артериальной гипертензии.
- б) Существенно не зависит от уровня ренина в плазме крови.
- в) Данный вопрос не изучен.

038. Злокачественное течение вазоренальной артериальной гипертензии бывает:

- а) Чаще, чем при гипертонической болезни.
- б) Реже, чем при гипертонической болезни.
- в) Также часто, как и при гипертонической болезни.

039. Наиболее достоверным для диагностики вазоренальных гипертензий является:

- а) Определение активности ренина в плазме крови.
- б) Экскреторная урография.
- в) Ультразвуковое исследование почечных артерий.
- г) Контрастная ангиография.
- д) Радионуклидная скintiграфия почек.

040. Оптимальным методом лечения вазоренальных гипертензий является:

- а) Терапия гипотензивными средствами.
- б) Нефрэктомия.
- в) Реконструктивные операции на почечных артериях.

041. Характерными признаками вазоренальных гипертензий при экскреторной урографии являются:

- а) Изменения чашечно-лоханочного аппарата.
- б) Запоздывание фазы нефрограммы и уменьшение размеров почки на стороне поражения почечной артерии.
- в) Обнаружение патологически подвижной почки.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

042. При феохромоцитоме чаще встречается следующий вариант клинического течения артериальной гипертензии:

- а) Гипертонические кризы на фоне нормального АД.
- б) Стабильно высокое АД без гипертонических кризов.
- в) Гипертонические кризы на фоне повышенного АД.

043. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:

- а) Гиперпродукцией кортикостероидов.
- б) Увеличением образования альдостерона.
- в) Увеличением образования катехоламинов.
- г) Гиперпродукцией ренина.
- д) Всего перечисленного.

044. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:

- а) Гипергликемия.
- б) Гипогликемия.
- в) Лейкопения.
- г) Лимфоцитоз.
- д) Ничего из перечисленного.

045. Феохромоцитомой является опухолью:

- а) Кортикального слоя надпочечников.
- б) Паренхимы почек.
- в) Мозгового слоя надпочечников.

046. Наиболее часто феохромоцитомой локализуется:

- а) В одном надпочечнике.
- б) В обоих надпочечниках.
- в) В надпочечнике и вне надпочечника.

047. Феохромобластома проявляется:

- а) Повышением содержания адреналина и норадреналина в крови.
- б) Нормальным содержанием указанных гормонов.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

048. Альдостеромой является опухолью:

- а) Сетчатой зоны коркового слоя надпочечников.
- б) Пучковой зоны коркового слоя надпочечников.
- в) Клубочковой зоны коркового слоя надпочечников.

049. Для первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна) характерно:

- а) Кризовое течение артериальной гипертензии.
- б) Стабильное повышение АД без кризов.
- в) Нормальное АД.

050. При первичном гиперальдостеронизме можно обнаружить:

- а) Гипокалиемию.
- б) Нормальное содержание калия в крови.
- в) Гипернатриемию.
- г) Гиперкальциемию.
- д) Правильно 1 и 2.

051. Гипокалиемия при первичном гиперальдостеронизме связана с:

- а) Увеличением фильтрации калия в почечных клубочках.
- б) Уменьшением реабсорбции калия в проксимальном отделе канальцев.
- в) Увеличением секреции калия в дистальном отделе канальцев.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

052. Для первичного гиперальдостеронизма не характерны:

- а) Мышечная слабость.
- б) Полиурия.
- в) Парестезии.
- г) Гипостенурия.
- д) Гипергликемия.

053. В биохимических анализах крови при синдроме Конна чаще всего обнаруживается:

- а) Повышение уровня катехоламинов.
- б) Снижение концентрации альдостерона.
- в) Повышение уровня ренина.
- г) Повышение концентрации альдостерона.
- д) Правильно 2 и 3.

054. Фибромышечная дисплазия почечных артерий встречается чаще:

- а) У мужчин.
- б) У женщин.
- в) Одинаково часто у мужчин и женщин.

055. Неспецифический аортоартериит встречается чаще:

- а) У женщин.
- б) У мужчин.
- в) Одинаково часто у женщин и мужчин.

056. Причиной системной артериальной гипертензии при неспецифическом аортоартериите чаще всего является:

- а) Поражение почечных артерий.
- б) Воспалительные заболевания почек.

- в) Повышение образования катехоламинов.
- г) Гиперпродукция кортикостероидов.
- д) Все перечисленное.

057. У больных с коарктацией аорты может наблюдаться как осложнение:

- а) Застойная сердечная недостаточность.
- б) Инсульт.
- в) Бактериальный эндокардит.
- г) Расслаивание аорты.
- д) Все перечисленное.

058. Для недостаточности клапанов аорты характерно:

- а) Снижение систолического АД.
- б) Повышение систолического АД.
- в) Уменьшение пульсового давления.
- г) Нормальное систолическое и диастолическое АД.

059. При атеросклерозе аорты чаще всего наблюдается:

- а) Повышение систолического АД.
- б) Повышение диастолического АД.
- в) Снижение диастолического АД.
- г) Снижение систолического АД.

060. Для лечения неспецифического аортоартериита в период обострения целесообразно использовать:

- а) Антибиотики.
- б) Сульфаниламиды.
- в) Глюкокортикоиды.
- г) Делагил.

061. При коарктации аорты систолический шум выслушивается:

- а) Во 2-4 межреберье у края грудины слева.
- б) В яремной ямке.
- в) Над шейными сосудами.
- г) В межлопаточном пространстве.
- д) Все ответы правильные.

062. Для артериальной гипертонии при тиреотоксикозе характерно:

- а) Повышение диастолического АД.
- б) Снижение диастолического АД.
- в) Повышение систолического АД.

063. При гипертонической болезни без сердечной недостаточности сердечный выброс:

- а) Прямо пропорционален периферическому сопротивлению и обратно пропорционален систолическому артериальному давлению.
- б) Прямо пропорционален систолическому артериальному давлению и обратно - периферическому сопротивлению.
- в) Обратно пропорционален систолическому артериальному давлению и периферическому сопротивлению.
- г) Прямо пропорционален систолическому артериальному давлению и периферическому сопротивлению.
- д) Прямой зависимости от перечисленных показателей нет.

064. Для лечения гипертонического криза при феохромоцитоме наиболее эффективным является внутривенное введение:

- а) Фентоламина (реджитина).
- б) Пентамина.
- в) Клофелина.
- г) Дибазола.

065. Максимальный гипотензивный эффект при применении бета-адреноблокаторов наступает через:

- а) 6-8 часов.
- б) 2-3 дня.
- в) 5-8 дней.
- г) 2-3 недели.

066. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы при лечении артериальной гипертонии:

- а) Более эффективны, чем некардиоселективные бета-адреноблокаторы.
- б) Менее эффективны, чем некардиоселективные бета-адреноблокаторы.
- в) Существенных различий по сравнению с некардио- селективными бета- адреноблокаторами нет.

067. Комбинацией гипотензивных средств, применение которой нецелесообразно для лечения артериальных гипертензий, является:

- а) Клофелин + допегит.
- б) Клофелин + апрессин.
- в) Клофелин + коринфар.
- г) Клофелин + гипотиазид.

068. Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, следует использовать внутривенное введение:

- а) Лазикса.
- б) Фуросида.
- в) Сердечных гликозидов.
- г) Обзидана.

069. Для лечения артериальной гипертонии у больных с нарушением азотывыделительной функции почек не рекомендуют использовать:

- а) Гипотиазид.
- б) Апрессин.
- в) Коринфар.
- г) Фуросемид.
- д) Все перечисленные лекарственные препараты.

070. У больных артериальной гипертонией и сердечной недостаточностью для снижения АД целесообразно использовать:

- а) Клофелин.
- б) Обзидан.
- в) Допегит.
- г) Кантоприл.

071. Для лечения лабильной артериальной гипертонии у больных с гиперкинетическим типом кровообращения в первую очередь целесообразно использовать:

- а) Блокаторы бета-адренорецепторов.
- б) Коринфар.
- в) Апрессин.
- г) Празозин.

072. При лечении артериальной гипертонии резерпин не рекомендуется давать с:

- а) Коринфаром.
- б) Гипотиазидом.
- в) Допегитом.
- г) Празозином.
- д) Кантоприлом.

073. Гипотензивное действие клофелина связано с:

- а) Блокадой бета-адренорецепторов.
- б) Уменьшением содержания ренина в плазме крови.
- в) Стимуляцией альфа-адренорецепторов ЦНС.
- г) Уменьшением объема циркулирующей плазмы.
- д) Все ответы правильные.

074. Артериальной гипертонией (гипертензией) называют стойкое повышение АД до уровня:

- а) 120/80 мм. рт. ст. и более.
- б) 140/90 мм. рт. ст. и более.
- в) 160/95 мм. рт. ст. и более.

075. Для установления диагноза артериальной гипертонии:

- а) Достаточно однократной регистрации повышенного АД.
- б) Необходимо, чтобы АД было выше нормы не менее, чем при двух посещениях в разные дни.
- в) Обязательна регистрация повышенного АД не менее, чем при трех посещениях с интервалом в 2 недели.

076. "Мягкой" артериальной гипертонией принято называть случаи повышения:

- а) Диастолического АД не более 95 мм. рт. ст.
- б) Диастолического АД не более 100 мм. рт. ст.
- в) Диастолического АД не более 105 мм. рт. ст., без признаков поражения жизненно важных органов.

077. Критерием I стадии артериальной гипертонии является:

- а) Сравнительно небольшое повышение АД (например, не более 170/100 мм. рт. ст.).
- б) Отсутствие признаков поражения жизненно важных органов.
- в) Лабильность АД.

078. Критерием II стадии артериальной гипертонии является:

- а) Признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Сужение артерий сетчатки.
- в) Признаки нарушения функции почек.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

079. Признаками III стадии артериальной гипертонии являются:

- а) Возникновение сердечной недостаточности.
- б) Гипертоническая энцефалопатия.
- в) Нарушения мозгового кровообращения.
- г) Хроническая почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

080. Артериальная гипертония среди населения до 60 лет является вторичной (симптоматической) примерно у:

- а) 60% больных.
- б) 50% больных.
- в) 25% больных.
- г) 10% больных.

081. Причиной симптоматических артериальных гипертоний чаще всего является:

- а) Первичный гиперальдостеронизм.
- б) Феохромоцитома.
- в) Заболевания почек.
- г) Поражение сердца и крупных артерий.

082. Гипертонические кризы, сопровождающиеся сильной головной болью, потливостью и сердцебиением, характерны для:

- а) Первичного гиперальдостеронизма.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Коарктации аорты.

083. Приступы резкой слабости, проходящие парезы, судороги, полиурия и никтурия указывают на возможность:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Коарктации аорты.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Реноваскулярной гипертензии.

084. Возникновение гипертонии после 50 лет, выслушивание шума в околопупочной области, сопутствующие заболевания периферических артерий, указывают на возможность:

- а) Первичного гиперальдостеронизма.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Реноваскулярной гипертонии.
- г) Коарктации аорты.

085. Повышение преимущественно систолического АД (или изолированная систолическая гипертензия) характерно для:

- а) Атеросклероза аорты.
- б) Тиреотоксикоза.
- в) Аортальной недостаточности.
- г) Выраженной брадикардии.
- д) Всего перечисленного.

086. Решающим в установлении диагноза реноваскулярной гипертонии является проведение:

- а) Экскреторной урографии.
- б) Радионуклидной ренографии.
- в) Определения активности ренина плазмы.
- г) Аортографии с раздельной катетеризацией почечных артерий и вен (с определением активности ренина в почечных венах).

087. Гипокалиемию наиболее характерна для:

- а) Реноваскулярной гипертонии.
- б) Феохромоцитомы.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Хронического пиелонефрита.

088. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Реноваскулярной гипертонии.
- в) Первичного гиперальдостеронизма.
- г) Хронического гломерулонефрита.

089. Уменьшение и задержка пульсовой волны на бедренной артерии по сравнению с пульсацией лучевой артерии наблюдается при:

- а) Феохромоцитоме.
- б) Реноваскулярной гипертонии.
- в) Коарктации аорты.
- г) Атеросклерозе аорты.

090. Причиной артериальной гипертонии может быть прием:

- а) Пероральных контрацептивов.
- б) Кортикостероидов.
- в) Нестероидных противовоспалительных препаратов.
- г) Трициклических антидепрессантов.
- д) Всего перечисленного.

091. К нефармакологическим способам снижения АД относятся:

- а) Снижение или нормализация веса тела.
- б) Ограничение употребления соли.
- в) Физические тренировки с нагрузкой аэробного характера.
- г) Методы релаксации, аутогенная тренировка.
- д) Все перечисленное.

092. Оптимальные дозы гипотиазида при лечении мягкой гипертонии составляют:

- а) 12,5-25 мг/сут.
- б) 50-100 мг/сут.
- в) 100-150 мг/сут.
- г) 150-200 мг/сут.

093. При исходной брадикардии целесообразно назначение:

- а) Анаприлина (обзидана).
- б) Финигина (верапамила).
- в) Коринфара.
- г) Клофелина.
- д) Допегита.

094. Снижают сократимость миокарда и неблагоприятно влияют на состояние липидного обмена:

- а) Бета-блокаторы.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Клофелин.
- г) Каптоприл.
- д) Празозин.

095. Неблагоприятное влияние на состояние липидного обмена оказывают:

- а) Диуретики.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Клофелин.
- г) Каптоприл.
- д) Празозин.

096. Средние суточные дозы анаприлина при лечении мягкой артериальной гипертонии составляют:

- а) 40-60 мг.
- б) 80-160 мг.
- в) 200-400 мг.
- г) 400 мг. и более.

097. Средние суточные дозы висkena при лечении мягкой артериальной гипертонии составляют:

- а) 2,5-5 мг.
- б) 15-30 мг.
- в) 60-90 мг.
- г) 150-200 мг.
- д) 250-300 мг.

098. Средние суточные дозы финоптоина при лечении артериальной гипертензии составляют:

- а) 40-80 мг.
- б) 80-120 мг.
- в) 160-320 мг.
- г) 360-480 мг.
- д) 500-600 мг.

099. Средние суточные дозы коринфара при лечении мягкой артериальной гипертензии составляют:

- а) 10-20 мг.
- б) 30-60 мг.
- в) 100-160 мг.
- г) 180-240 мг.
- д) 250-300 мг.

100. Средние суточные дозы клофелина при лечении мягкой артериальной гипертензии составляют:

- а) 0,15 - 0,45 мг.
- б) 0,6 - 1,2 мг.
- в) 1,5 - 2,1 мг.
- г) 2,25 - 3,0 мг.
- д) 4,5 - 6,0 мг.

101. Из диуретиков при лечении мягкой артериальной гипертензии наиболее часто используется:

- а) Гипотиазид.
- б) Фуросемид.
- в) Урегит.
- г) Верошпирон.
- д) Бриналидикс.

102. Редже всего больным с мягкой артериальной гипертензией в качестве монотерапии назначают:

- а) Диуретики.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Симпатолитики (клофелин, резерпин и т. д.) .
- г) Бета-блокаторы.
- д) Каптоприл.

103. При мягкой артериальной гипертензии практически никогда не применяют:

- а) Диуретики.
- б) Изобарин.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Бета-блокаторы.
- д) Каптоприл.

104. При использовании стандартной манжетки у больных с ожирением регистрируется:

- а) Ложно завышенное АД.
- б) Ложно заниженное АД.
- в) Толщина рук не влияет на точность определения АД.

105. При лечении больных пожилого возраста наиболее целесообразно использование:

- а) Допегита.
- б) Гуанетидина.
- в) Антагонистов кальция.
- г) Бета-блокаторов.
- д) Апрессина.

106. При лечении артериальной гипертензии у беременных чаще всего назначают:

- а) Диуретики.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Резерпин.
- г) Клофелин.
- д) Мinoxидил.

107. Уменьшению степени гипертрофии левого желудочка у больных гипертензией способствует прием всех перечисленных препаратов, за исключением:

- а) Допегита.
- б) Апрессина.
- в) Атенолола.
- г) Верапамила.
- д) Каптоприла.

108. Степень гипертрофии левого желудочка у больных гипертензией может увеличиться при лечении:

- а) Допегитом.
- б) Апрессином.
- в) Атенололом.
- г) Верапамиллом.
- д) Клофелином.

109. На нарушение функции почек указывает повышение уровня креатинина начиная с:

- а) 0,5 мг%.
- б) 1,5 мг%.

- в) 2 мг%.
- г) 3 мг%
- д) 5 мг%.

110. У больных злокачественной артериальной гипертонией отмечается:

- а) Выраженное повышение АД.
- б) Резкие изменения на глазном дне (отек сосков зрительных нервов).
- в) Прогрессирующее поражение почек.
- г) Все перечисленное.

111. В патогенезе злокачественной артериальной гипертонии имеет значение:

- а) Гиперволемия.
- б) Гиповолемия.
- в) Гипернатриемия.
- г) Гипонатриемия.
- д) Правильно 2 и 4.

112. Злокачественная артериальная гипертония (ЗАГ) наиболее часто возникает у больных:

- а) Гипертонической болезнью.
- б) Реноваскулярной гипертонией.
- в) Паренхиматозными заболеваниями почек.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Частота ЗАГ не зависит от этиологии гипертонии.

113. При лечении артериальной гипертонии у больных с нарушением функции почек обычно показано назначение:

- а) Гипотиазида.
- б) Верошпирона.
- в) Триампура.
- г) Фуросемида.
- д) Бриналикса.

114. Быстрое снижение артериального давления противопоказано при:

- а) Гипертонической энцефалопатии.
- б) Расслаивающей аневризме аорты.
- в) Нарушении мозгового кровообращения.
- г) Прогрессирующей почечной недостаточности.

115. Наиболее удобен для срочного контролируемого снижения артериального давления (АД)

- а) Резерпин.
- б) Пентамин.
- в) Дибазол.
- г) Нитропруссид натрия.
- д) Сернокислая магнезия.

116. Наиболее удобен для перорального приема (внутри или сублингвально) при лечении гипертонических кризов:

- а) Адельфан.
- б) Анаприлин.
- в) Коринфар.
- г) Долегит.
- д) Резерпин.

117. При лечении артериальной гипертонии празозином:

- а) Часто развивается тахикардия.
- б) Возможно развитие тахифилаксии к препарату.
- в) Частота сердечных сокращений может уменьшаться.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

118. Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение:

- а) Диазоксида.
- б) Клофелина и бета-блокатора.
- в) Нитропруссид натрия и бета-блокатора.
- г) Дроперидола.
- д) Фуросемида.

119. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

- а) Обзилана.
- б) Нитроглицерина (в/в).
- в) Финоптона.
- г) Дибазола.
- д) Дигоксина.

120. К препаратам, гипотензивный эффект которых в основном связан с влиянием на активность симпатико-адреналовой системы, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Клофелина.
- б) Долегита.
- в) Празозина.
- г) Каптоприла.
- д) Фентоламина.

121. К препаратам, гипотензивный эффект которых в основном связан с непосредственным взаимодействием с гладкомышечными клетками сосудов (вазодилаторы прямого действия), относятся все перечисленные, кроме:

- а) Празозина.
- б) Апрессина.
- в) Миноксидила.

г) Нитропрусида натрия.

122. Назначение апрессина, как правило, приводит к:

- а) Повышению активности симпатико-адреналовой системы.
- б) Повышению активности парасимпатического отдела нервной системы.
- в) Снижению активности симпатико-адреналовой системы.

123. Лечение празозином приводит к:

- а) Расширению артериол и вен.
- б) Расширению только артериол.
- в) Расширению только вен.
- г) Все ответы неправильные.

124. Ортостатическая гипотония наблюдается чаще при приеме празозина с:

- а) Анаприлином.
- б) Висконом.
- в) Клофелином.
- г) Гипотиазидом.
- д) Допегитом.

125. Применение каптоприла сопровождается:

- а) Уменьшением концентрации ангиотензина II.
- б) Уменьшением секреции альдостерона.
- в) Увеличением выделения натрия с мочой.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

126. Для лечения артериальной гипертонии у больных с нарушенной азотовыделительной функцией почек нецелесообразно применять:

- а) Допегит.
- б) Коринфар.
- в) Анаприлин.
- г) Фуросемид.

127. Калийсберегающий эффект верошпирона проявляется через:

- а) 1-2 часа.
- б) 1-3 дня.
- в) 7-14 дней.
- г) 15-21 день.

128. Ганглиоблокаторы (пентамин, бензогексоний, арфонал) оказывают блокирующее действие на:

- а) Симпатическую иннервацию.
- б) Парасимпатическую иннервацию.
- в) Симпатическую и парасимпатическую иннервацию.

129. Период полувыведения пентамина:

- а) Больше, чем у арфонада.
- б) Меньше, чем у арфонада.
- в) Нет существенных различий в периодах полувыведения пентамина и арфонада.

130. При лечении артериальной гипертонии апрессин (гидралазин) нецелесообразно использовать его:

- а) Как монотерапию.
- б) В сочетании с бета-адреноблокаторами.
- в) В сочетании с симпатолитическими средствами.

131. Длительное лечение артериальной гипертонии празозином:

- а) Не вызывает изменений в содержании липидов крови.
- б) Увеличивает содержание липопротеидов низкой плотности.
- в) Уменьшает содержание липопротеидов высокой плотности.

132. К эндокринным артериальным гипертониям относятся гипертонии при:

- а) Первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна).
- б) Феохромоцитоме.
- в) Диабетическом гломерулосклерозе.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

133. Для диагностики реноваскулярной артериальной гипертонии достаточно:

- а) Проведения экскреторной урографии.
- б) Определения концентрации ренина в плазме крови.
- в) Проведения ангиографии почечных артерий.
- г) Все перечисленное.

134. К приобретенным поражениям почечной артерии относятся:

- а) Атеросклероз почечных артерий.
- б) Гипоплазия почечных артерий.
- в) Неспецифический аортоартериит.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

135. Причиной повышения систолического АД может быть:

- а) Сино-атриальная блокада II ст.
- б) Полная поперечная блокада.
- в) Атриовентрикулярная блокада II ст.
- г) Блокада левой или правой ножки пучка Гиса.

136. Вненадпочечниковая локализация феохромоцитомы диагностируется:

- а) У 50% больных с феохромоцитомой.
- б) У 30% больных с феохромоцитомой.
- в) У 10% больных с феохромоцитомой.
- г) Менее, чем у 5% больных с феохромоцитомой.

137. Наиболее часто парагангиома локализуется в:

- а) Почках.
- б) Печени.
- в) Мочевом пузыре.
- г) Области брюшного отдела аорты.

138. Наиболее распространенным методом хирургического лечения реноваскулярных артериальных гипертензий является:

- а) Нефрэктомия.
- б) Реконструктивные операции на почечных артериях.
- в) Аутотрансплантация почки.

139. Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больного с жаждой, полиурией, мышечной слабостью и удлинением интервала Q-T на ЭКГ, является:

- а) Гипертоническая болезнь.
- б) Хронический пиелонефрит.
- в) Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна).
- г) Феохромоцитома.

140. Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больной 20 лет с шумом, выслушиваемым в области проекции правой почечной артерии, увеличенной СОЭ и лейкоцитозом, является:

- а) Фибромышечная дисплазия.
- б) Гломерулонефрит.
- в) Неспецифический аортоартериит.
- г) Гипоплазия почечной артерии.
- д) Аневризма почечной артерии.

141. Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии у больного 50 лет со стенокардией напряжения III функционального класса и шумом, выслушиваемым в области проекции левой почечной артерии, является:

- а) Фибромышечная дисплазия.
- б) Неспецифический аортоартериит.
- в) Гипоплазия почечной артерии.
- г) Атеросклероз почечной артерии.

142. Для лечения больных с артериальной гипертензией и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей противопоказано применение:

- а) Коринфара.
- б) Финоптина.
- в) Анаприлина.
- г) Празозина.

143. Для лечения больных с артериальной гипертензией и стенокардией напряжения III-IV функционального класса нецелесообразно применять:

- а) Клофелин.
- б) Коринфар.
- в) Изобарин.
- г) Финоптин.
- д) Правильно 2 и 4.

144. При реноваскулярной артериальной гипертензии активность ренина в плазме венозной крови, оттекающей от почки со стенозированной артерией, по сравнению с кровью, оттекающей от неповрежденной почки:

- а) Ниже, чем на неповрежденной стороне.
- б) Выше в 1,5-2 раза.
- в) Такая же, как на пораженной стороне.

145. Для синдрома Иценко-Кушинга характерно все нижеперечисленное, кроме:

- а) Артериальной гипертензии.
- б) Гипергликемии.
- в) Ожирения.
- г) Гипогликемии.
- д) Нейтрофильного лейкоцитоза.

146. Синдром Иценко-Кушинга встречается чаще:

- а) У женщин.
- б) У мужчин.
- в) Одинаково часто у женщин и мужчин.

147. Аденома, вызывающая синдром Иценко-Кушинга, является опухолью:

- а) Мозгового слоя надпочечников.
- б) Коракового слоя надпочечников.
- в) Паренхимы почек.

148. Гипотензивное действие дроперидола преимущественно связано с:

- а) Блокадой бета-адренорецепторов.
- б) Блокадой альфа-адренорецепторов.
- в) Седативным действием.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

149. При первичном гиперальдостеронизме, связанном с диффузной идиопатической гиперплазией надпочечников, как правило, проводится:

- а) Хирургическое лечение.

- б) Медикаментозная коррекция артериальной гипертензии.
- в) Хирургическое лечение и медикаментозная коррекция артериального давления.

150. Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников является причиной первичного гиперальдостеронизма в:

- а) 80-90% случаев.
- б) 40-50% случаев.
- в) 10-20% случаев.
- г) 5-10% случаев.

151. Гипотензивное действие каптоприла связано с:

- а) Уменьшением образования ренина.
- б) Блокадой альфа-адренорецепторов.
- в) Уменьшением образования ангиотензина II.
- г) Влиянием на каликреин-кининовую систему и систему простагландинов.
- д) Правильно 3 и 4.

152. Избыточное потребление поваренной соли имеет существенное значение в патогенезе:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Синдрома Конна.
- в) Реноваскулярной гипертензии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

153. Снижение натрийуреза и диуреза в ответ на психоэмоциональный стресс:

- а) Весьма характерно для больных гипертонической болезнью.
- б) Характерно для небольшой части больных гипертонической болезнью.
- в) Не характерно для больных гипертонической болезнью.

154. Снижение натрийуреза и диуреза в ответ на психоэмоциональный стресс:

- а) Свойственно больным с пограничной артериальной гипертензией.
- б) Свойственно больным с гипертонической болезнью I стадии.
- в) Свойственно родственникам больных гипертонической болезнью.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

155. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления характерно для больных:

- а) Гипертонической болезнью.
- б) Вазоренальной гипертензией.
- в) С синдромом Конна.
- г) Всем перечисленным.
- д) Ни при одном из перечисленных.

156. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления может иметь место при гипертонической болезни:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) II и III стадий.
- г) Во всех стадиях.
- д) Только 2 и 3.

157. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления имеет место при:

- а) Норморениновой артериальной гипертензии.
- б) Гиперрениновой артериальной гипертензии.
- в) Гиперсениновой артериальной гипертензии.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильного ответа нет.

158. В патогенезе гипертонической болезни придают значение:

- а) Нарушениям пассивного трансмембранного транспорта катионов.
- б) Нарушениям активного трансмембранного транспорта катионов.
- в) И тому, и другому.
- г) Ни тому, и ни другому.

159. Для ранних стадий гипертонической болезни (по сравнению с поздними) характерно:

- а) Более выраженное увеличение сердечного выброса.
- б) Более выраженное увеличение общего периферического сосудистого сопротивления.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

160. В основу классификации ВОЗ артериальной гипертензии положен принцип:

- а) Выраженности органических изменений.
- б) Изменений типов гемодинамики.
- в) Величины АД.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

161. Для пограничного уровня артериального давления по классификации ВОЗ характерно артериальное давление:

- а) 120/80 - 140/95 мм. рт. ст.
- б) 130/85 - 150/89 мм. рт. ст.
- в) 140/90 - 150/94 мм. рт. ст.
- г) 140/90 - 160/95 мм. рт. ст.

162. Для гипертонической болезни I стадии наиболее характерен следующий диапазон значений АД:

- а) 150/90 - 159/94 мм. рт. ст.
- б) 140/90 - 159/94 мм. рт. ст.
- в) 160/95 - 179/104 мм. рт. ст.

г) 135/90 - 170/100 мм. рт. ст.

163. При гиперениновой (объем-натрий-зависимой) артериальной гипертензии величина общего периферического сосудистого сопротивления:

- а) Не изменена.
- б) Повышена.
- в) Понижена.
- г) Не изменена лишь в ранней стадии.

164. При гипертонической болезни выраженность гипертрофии левого желудочка:

- а) Сильно коррелирует с длительностью заболевания и уровнем АД.
- б) Не коррелирует с длительностью заболевания и уровнем АД.
- в) Корреляция с этими факторами имеется, но не является выраженной.

165. Избыточное потребление поваренной соли в патогенезе гипертонической болезни является:

- а) Решающим фактором.
- б) Сугубо второстепенным фактором.
- в) Важным, но не решающим фактором.

166. В механизме гипотензивного действия бета-блокаторов придается значение:

- а) "Антирениновому" эффекту.
- б) Снижению чувствительности барорецепторов.
- в) Изменению синтеза простагландинов в сосудистой стенке.
- г) Всему перечисленному.
- д) Ни одному из перечисленного.

167. Систематическую терапию гипотензивными препаратами рекомендуют начинать при стабильно повышенном диастолическом АД:

- а) Более 85 мм. рт. ст.
- б) Более 90 мм. рт. ст.
- в) Более 100 мм. рт. ст.
- г) Только при диастолическом АД более 105-110 мм. рт. ст.

168. Больным с пограничной артериальной гипертензией следует рекомендовать:

- а) Длительный систематический прием гипотензивных препаратов.
- б) Курсовой прием гипотензивных препаратов.
- в) Регулярные занятия физкультурой.
- г) Соблюдение общегигиенических и диетических рекомендаций.
- д) Правильные ответы 3 и 4.

169. Риск развития гипертонической болезни больше при диастолическом АД:

- а) Более 75 мм. рт. ст.
- б) Более 80 мм. рт. ст.
- в) Более 85 мм. рт. ст.
- г) Правильного ответа нет.

170. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует уровень:

- а) Диастолического АД.
- б) Систолического АД.
- в) Как диастолического, так и систолического АД.
- г) Ни того, и ни другого.
- д) Закономерности нет.

171. У больных с коарктацией аорты на верхних конечностях повышено:

- а) Только систолическое АД.
- б) Только диастолическое АД.
- в) Как систолическое, так и диастолическое АД.
- г) Ни то, и ни другое.

172. Факторами риска развития гипертонической болезни являются:

- а) Избыточное потребление поваренной соли.
- б) Ожирение.
- в) Гиподинамия.
- г) Злоупотребление алкоголем.
- д) Все перечисленное.

173. Ортостатическая гипотония в наибольшей степени свойственна больным:

- а) Феохромоцитомой.
- б) Первичным гиперальдостеронизмом.
- в) Реноваскулярной гипертензией.
- г) Гипертонической болезнью.
- д) Всем перечисленным.

174. Для больных молодого возраста с феохромоцитомой свойственно:

- а) Астеническое телосложение.
- б) Гипертеническое телосложение.
- в) Нормотеническое телосложение.
- г) Закономерности не выявляется.

175. Жалобы на мышечную слабость свойственны больным с:

- а) Феохромоцитомой.
- б) Реноваскулярной гипертензией.
- в) Синдромом Конна.
- г) Всем перечисленным.

176. У больных с синдромом Конна реабсорбция натрия:

- а) Усилена.
- б) Снижена.

- в) Не изменена.
- г) Связана со стадией развития болезни.

177. В основе развития артериальной гипертонии у больных с синдромом Конна лежит:

- а) Гипокалиемия.
- б) Гипернатриемия.
- в) Увеличение реабсорбции натрия.
- г) Снижение реабсорбции натрия.

178. Уровень АД определяется:

- а) Сердечным выбросом.
- б) Общим периферическим сосудистым сопротивлением.
- в) И тем, и другим.
- г) Ни тем, и ни другим.

179. Непосредственным вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладает:

- а) Ренин-субстрат.
- б) Ренин.
- в) Ангиотензиноген.
- г) Брадикинин.
- д) Вазопрессин.

180. Непосредственным вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладает:

- а) Калликреин.
- б) Брадикинин.
- в) Ренин.
- г) Ангиотензин II.

181. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладает:

- а) Вазопрессин.
- б) Тромбоксан А₂.
- в) Простагландин.
- г) Ни один из перечисленных.

182. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладает:

- а) Брадикинин.
- б) Вазопрессин.
- в) Ренин.
- г) Ни один из перечисленных.

183. Вазоконстрикторным эффектом из перечисленных препаратов обладают:

- а) Эндотелин.
- б) Тромбоксан А₂.
- в) Ангиотензин II.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

184. Вазодилатирующим эффектом из перечисленных препаратов обладают:

- а) Эндотелин.
- б) Тромбоксан А₂.
- в) Ангиотензин.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

185. Гипотензивным эффектом сопровождается стимуляция:

- а) Центральных альфа-адренорецепторов.
- б) Периферических альфа-адренорецепторов.
- в) Центральных и периферических альфа-адренорецепторов.
- г) Ни одного из перечисленных.

186. Гипертензивным эффектом сопровождается стимуляция:

- а) Центральных альфа-адренорецепторов.
- б) Периферических альфа-адренорецепторов.
- в) И тех, и других.
- г) Ни тех, и ни других.

187. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:

- а) Изотопная ренография.
- б) Внутривенная урография с серийной регистрацией урограмм.
- в) Компьютерная томография.
- г) Контрастная аортография.
- д) Все перечисленные.

188. Феохромоцитома:

- а) Является всегда доброкачественной опухолью.
- б) Является, как правило, злокачественной опухолью.
- в) Может быть как доброкачественной, так и злокачественной опухолью.

189. Внеадренальная локализация альдостерон-продуцирующей аденомы у больных с синдромом Конна:

- а) Встречается примерно в половине случаев.
- б) Встречается у 10-15% больных.
- в) Не встречается.
- г) Встречается казуистически редко.

190. Альдостерома обычно имеет размер:

- а) С рисовое зерно.
- б) С горошину.
- в) С грецкий орех.
- г) С кулак.

191. Феохромоцитома обычно имеет размер:

- а) До 1 см в диаметре.
- б) 1-2 см в диаметре.
- в) 3-5 см в диаметре.
- г) Около 10 см в диаметре.

192. При феохромоцитоме противопоказаны:

- а) Трициклические антидепрессанты.
- б) Антагонисты кальция.
- в) Блокаторы альфа-адренорецепторов.
- г) Все перечисленные препараты.
- д) Ни один из перечисленных.

193. При феохромоцитоме следует избегать:

- а) Опиатов.
- б) Гистамина.
- в) АКГГ.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Ни один из перечисленных.

194. Феохромоцитома является опухолью:

- а) Богато васкуляризированной.
- б) Бедно васкуляризированной.
- в) Обычно васкуляризированной.

195. При феохромоцитоме кризовое течение артериальной гипертензии:

- а) Имеет место практически у всех больных.
- б) Имеет место у 10-15% больных.
- в) Имеет место приблизительно у 50-75% больных.
- г) Встречается крайне редко.

196. Дексаметазоновый "супрессивный" тест представляет ценность в диагностике:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Реноваскулярной гипертензии.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

197. Дексаметазоновый "супрессивный" тест представляет ценность в диагностике:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Ренопаренхиматозной гипертензии.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Синдрома Конна.
- д) Правильного ответа нет.

198. Тест с приемом каптоприла представляет ценность в диагностике:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

199. Гиперпродукция глюкокортикоидов выражена при:

- а) Синдроме Конна.
- б) Синдроме Кушинга.
- в) Феохромоцитоме.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

200. Гиперпродукция глюкокортикоидов имеет основное значение в патогенезе артериальной гипертензии у больных:

- а) С синдромом Конна.
- б) С синдромом Кушинга.
- в) С феохромоцитомой.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

201. Основное значение в патогенезе синдрома Кушинга имеет:

- а) Гиперпродукция кортизола.
- б) Гиперпродукция катехоламинов.
- в) Гиперпродукция альдостерона.
- г) Правильного ответа нет.

202. Причинами синдрома Кушинга могут быть:

- а) Аденома надпочечников.
- б) Карцинома надпочечников.
- в) Карцинома поджелудочной железы.
- г) Бронхиальная аденокарцинома.
- д) Все перечисленное.

203. Определение 17-гидроксистероидов и 17-кетостероидов в моче, собранной за 24-часовой период, целесообразно для диагностики:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Первичного гиперальдостеронизма.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Вазоренальной гипертензии.
- д) Всего перечисленного.

204. Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, сахарный диабет, остеопороз, аменорею, гирсутизм, характерен для:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Синдрома Кушинга.
- г) Ни одного из перечисленных.

205. Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, полидипсию, полиурию, мышечную слабость и гипокалиемию характерен, для:

- а) Реноваскулярной гипертонии.
- б) Ренопаренхиматозной гипертонии.
- в) Синдрома Конна.
- г) Синдрома Кушинга.

206. У больных с синдромом Конна выраженный отечный синдром:

- а) Встречается всегда.
- б) Встречается довольно часто.
- в) Встречается крайне редко.
- г) Не встречается.

207. У больных с синдромом Конна артериальная гипертония:

- а) Всегда имеет кризовое течение.
- б) Никогда не имеет кризового течения.
- в) Возможно как кризовое, так и некризовое течение гипертонии.

208. Гипокалиемия характерна для больных с:

- а) "Объем натрийзависимым" вариантом гипертонической болезни.
- б) Первичным гиперальдостеронизмом.
- в) Феохромоцитомой.
- г) Фибромышечной дисплазией почечных артерий.

209. Гипокалиемия характерна для больных артериальной гипертонией:

- а) С синдромом Конна.
- б) С вторичным гиперальдостеронизмом.
- в) И тем, и другим.
- г) Ни тем, и ни другим.

210. Для больных со злокачественной артериальной гипертонией характерна:

- а) Относительная гиповолемия.
- б) Гиперволемия.
- в) Нормоволемия.
- г) Правильного ответа нет.

211. Для больных со злокачественной артериальной гипертонией характерны:

- а) Гематурия.
- б) Цилиндрурия.
- в) Протеинурия.
- г) Все перечисленное.

212. В патогенезе артериальной гипертонии у больных с коарктацией аорты придают значение:

- а) Гемодинамическому фактору.
- б) Гипоперфузии почек.
- в) Обоим факторам.
- г) Ни одному из перечисленных.

213. В патогенезе артериальной гипертонии, связанной с употреблением пероральных эстрогенсодержащих контрацептивных препаратов, основное значение придают:

- а) Ретенции натрия.
- б) Увеличению продукции вазопрессина.
- в) Повышению активности симпатoadреналовой системы.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все ответы правильные.

214. В патогенезе артериальной гипертонии, связанной с приемом эстрогенсодержащих пероральных контрацептивных препаратов, придают важное значение:

- а) Увеличению синтеза ренин-субстрата.
- б) Снижению синтеза ренин-субстрата.
- в) Гипоальдостеронизму.
- г) Увеличению активности симпатoadреналовой системы.

215. Артериальная гипертония, протекающая с кризами, сопровождающимися тахикардией, потоотделением, гиперемией лица характерна для:

- а) Синдрома Конна.
- б) Реноваскулярной гипертонии.
- в) Феохромоцитомы.
- г) Синдрома Кушинга.

216. Повышение содержания ванилилминдальной кислоты в моче, собранной за 24-часовой период, характерно для:

- а) Феохромоцитомы.
- б) Синдрома Конна.
- в) Синдрома Кушинга.

г) Реноваскулярной гипертонии.

217. При увеличении потребления поваренной соли у больных гипертонической болезнью гипотензивный эффект мочегонных препаратов:

- а) Усиливается.
- б) Утрачивается или ослабевает.
- в) Не изменяется.

218. При систематическом приеме мочегонных препаратов общее периферическое сосудистое сопротивление у больных гипертонической болезнью:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.
- г) Закономерности не выявляется.

219. У больных артериальной гипертонией наименее серьезным изменением со стороны глазного дна является:

- а) Генерализованное сужение артерий.
- б) Отек соска зрительного нерва.
- в) Возникновение экссудатов.
- г) Возникновение геморрагий.

220. У больных артериальной гипертонией наиболее опасным изменением глазного дна является:

- а) Генерализованное сужение артерий.
- б) Отек соска зрительного нерва.
- в) Возникновение экссудатов.
- г) Возникновение геморрагий.

221. При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны:

- а) Препараты, блокирующие альфа-адренорецепторы.
- б) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.
- в) Препараты, блокирующие бета-адренорецепторы.
- г) Диуретики.

222. Реноваскулярная гипертония возникает:

- а) При одностороннем поражении почечной артерии.
- б) При двустороннем поражении почечных артерий.
- в) Как при одностороннем, так и при двустороннем стенозировании почечных артерий.

223. У больных реноваскулярной артериальной гипертонией двустороннее поражение почечных артерий:

- а) Не встречается.
- б) Встречается крайне редко.
- в) Встречается довольно часто (до 25% случаев).
- г) Закономерно.

224. Гипотензивный эффект антагонистов кальция связан:

- а) Со снижением постнагрузки на левый желудочек.
- б) Со снижением преднагрузки на левый желудочек.
- в) В равной степени со снижением пред- и постнагрузки на левый желудочек.
- г) Правильного ответа нет.

225. Гипотензивный эффект празозина (адверзутена) обусловлен:

- а) Уменьшением постнагрузки на левый желудочек.
- б) Уменьшением преднагрузки на левый желудочек.
- в) И того, и другого.
- г) Ни того, и ни другого.

226. Каптоприл можно назначать больным гипертонической болезнью в:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) III стадии.
- г) Любой стадии.

227. У больных гипертонической болезнью I стадии наиболее эффективным препаратом является:

- а) Гипотиазид.
- б) Каптоприл.
- в) Обидан.
- г) Коринфар.
- д) Все перечисленные препараты могут быть эффективны.

228. Антагонисты кальция, эффективны у больных с:

- а) Норморениновой артериальной гипертонией.
- б) Гиперрениновой артериальной гипертонией.
- в) Гипорениновой артериальной гипертонией.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

229. Бета-блокаторы являются наиболее эффективными гипотензивными средствами у больных:

- а) С норморениновой артериальной гипертонией.
- б) С гипорениновой артериальной гипертонией.
- в) С гиперрениновой артериальной гипертонией.

230. Больным гипертонической болезнью I стадии диуретики следует назначать:

- а) Только в виде монотерапии.
- б) Только в комбинации с антиадренергическими препаратами.
- в) Правильного ответа нет.

231. Больным гипертонической болезнью вазодилатор миноксидил следует назначать:

- а) Только в виде монотерапии.
- б) Только в комбинации с бета-блокаторами и диуретиками.
- в) Правильного ответа нет.
- г) Значения не имеет.

232. Больным гипертонической болезнью препарат каптоприл следует назначать:

- а) Только в виде монотерапии.
- б) Только в комбинации с другими группами препаратов.
- в) Правильного ответа нет.

233. Антагонисты кальция рекомендуют назначать больным гипертонической болезнью:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) II-III стадии.
- г) Всех стадий.
- д) Правильного ответа нет.

234. Из перечисленных комбинаций гипотензивных препаратов нерациональным является сочетание:

- а) Празина с гуанетидином.
- б) Анаприлина с финоптином.
- в) Коринфара с анаприлином.
- г) Клофелина с гилотиазидом.

235. Причиной функциональной ортостатической гипотонии является:

- а) Уменьшение венозного возврата крови к сердцу.
- б) Снижение венозного тонуса.
- в) Гиповолемия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

236. При функциональной ортостатической гипотонии во время ортостатической пробы:

- а) Отмечается заметное ускорение ритма сердца.
- б) Отмечается замедление ритма сердечных сокращений.
- в) Частота сердечных сокращений не изменяется.
- г) Все перечисленные варианты наблюдаются примерно с одинаковой частотой.

237. При ортостатической гипотонии, вызванной органическим поражением вегетативной нервной системы, во время ортостатической пробы частота сердечных сокращений:

- а) Заметно повышается.
- б) Не изменяется.
- в) Замедляется.
- г) Все перечисленные варианты наблюдаются примерно с одинаковой частотой.

238. Ортостатическая гипотония, вызванная органическим поражением вегетативной нервной системы, возникает у больных:

- а) Амилоидозом.
- б) Сахарным диабетом.
- в) Опухолями центральной нервной системы.
- г) При всех перечисленных заболеваниях.

239. Функциональная ортостатическая гипотония:

- а) Возникает при быстром вставании.
- б) Возникает после длительного нахождения в положении стоя.
- в) Перед потерей сознания может отмечаться появление предобморочных реакций.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только 1 и 2.

240. У больных нейроциркуляторной дистонией:

- а) Диагноз устанавливают методом исключения органической патологии.
- б) Прогноз вполне благоприятный.
- в) Основным нарушением является расстройство вегетативной регуляции.
- г) Все ответы правильные.

241. Лечение больных нейроциркуляторной дистонией возможно:

- а) Психотерапевтическими методами.
- б) Физическими тренировками.
- в) С использованием медикаментозных препаратов.
- г) Все ответы правильные.

242. При обследовании больных с вазодепрессорными обмороками информативно применение:

- а) Активной ортостатической пробы.
- б) Пассивной ортостатической пробы.
- в) Инфузии изадрина во время пассивной ортостатической пробы.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 2 и 3.

243. Ортостатическую гипотонию может вызвать прием:

- а) Метилдофа.
- б) Празина.
- в) Гуанетидина.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Правильные ответы 1 и 3.

244. Больным, склонным к ортостатической гипотонии, следует избегать всего, кроме:

- а) Работы, связанной со статическим (изометрическим) напряжением.

- б) Обильного приема пищи.
- в) Употребления продуктов, содержащих большое количество поваренной соли.
- г) Длительного пребывания в горизонтальном положении с опущенным головным концом.

245. При проведении ортостатической пробы у здоровых:

- а) Отмечается снижение систолического АД менее чем на 30 мм. рт. ст.
- б) Может быть снижение систолического АД более чем на 30 мм. рт. ст.
- в) Реакция АД индивидуальна.

Эталонные ответы:

001-Б	002-В	003-Г	004-Д	005-Г	006-Д	007-А	008-А	009-В	010-А
011-А	012-В	013-Г	014-Б	015-Б	016-А	017-Б	018-Б	019-Б	020-Б
021-Г	022-Б	023-А	024-А	025-Б	026-А	027-В	028-Д	029-А	030-Г
031-Д	032-Г	033-Б	034-А	035-Г	036-Б	037-Б	038-А	039-Г	040-В
041-Б	042-В	043-В	044-А	045-В	046-А	047-В	048-Б	049-Б	050-Д
051-В	052-Д	053-Г	054-Б	055-А	056-А	057-Д	058-Б	059-А	060-В
061-Д	062-В	063-Д	064-А	065-Г	066-Б	067-А	068-А	069-А	070-Г
071-А	072-В	073-В	074-В	075-Б	076-В	077-Б	078-Г	079-Д	080-Г
081-В	082-Б	083-В	084-В	085-Д	086-Г	087-В	088-В	089-В	090-Д
091-Д	092-А	093-В	094-А	095-А	096-Б	097-Б	098-В	099-Б	100-А
101-А	102-В	103-Б	104-А	105-В	106-Б	107-Б	108-Б	109-Б	110-Г
111-Д	112-Б	113-Г	114-Г	115-Г	116-Б	117-Д	118-В	119-Б	120-Г
121-А	122-А	123-А	124-Г	125-Г	126-В	127-В	128-В	129-А	130-А
131-А	132-Г	133-В	134-Д	135-Б	136-В	137-Г	138-Б	139-В	140-В
141-Г	142-В	143-В	144-Б	145-Г	146-А	147-Б	148-Д	149-Б	150-В
151-Д	152-А	153-А	154-Г	155-Г	156-Г	157-Г	158-В	159-А	160-Д
161-Г	162-В	163-Б	164-В	165-Б	166-Г	167-В	168-Д	169-В	170-В
171-В	172-Д	173-А	174-А	175-В	176-А	177-В	178-В	179-Д	180-Г
181-В	182-А	183-Г	184-Д	185-А	186-Б	187-Г	188-В	189-Г	190-Б
191-Г	192-А	193-Г	194-А	195-В	196-Д	197-В	198-Д	199-Б	200-Б
201-А	202-Д	203-В	204-В	205-В	206-В	207-В	208-Б	209-В	210-А
211-Г	212-В	213-А	214-А	215-Б	216-А	217-Б	218-Б	219-А	220-Б
221-А	222-В	223-В	224-А	225-В	226-Г	227-Д	228-Г	229-В	230-В
231-Б	232-В	233-Г	234-А	235-Г	236-А	237-Б	239-Г	239-Г	240-Г
241-Г	232-Д	243-Г	244-В	245-А					

Тема: Миокардиты. Кардиомиопатии. Миокардиодистрофии.

001. Кардиомиопатией называют:

- а) Поражения миокарда известной этиологии.
- б) Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.
- в) Поражения миокарда неизвестной этиологии.
- г) Специфические заболевания миокарда.
- д) Все перечисленное.

002. Идиопатические формы поражения миокарда включают:

- а) Гипертрофическую форму кардиомиопатии.
- б) Дилатационную форму кардиомиопатии.
- в) Рестриктивную форму кардиомиопатии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

003. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:

- а) Левожелудочковая недостаточность.
- б) Правожелудочковая недостаточность.
- в) Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.

004. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:

- а) Дующий пансистolicкий шум.
- б) Поздний систolicкий шум.
- в) Четвертый тон.
- г) Диastolicкий шум.

005. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) Одышка.
- б) Стенокардия напряжения.
- в) Обмороки.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

006. У больных гипертрофической кардиомиопатией в большей степени нарушена:

- а) Систолическая функция левого желудочка.
- б) Диastolicкая функция левого желудочка.
- в) Степень нарушения примерно одинакова.
- г) Правильного ответа нет.

007. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:

- а) Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.
- б) Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.
- в) Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.
- г) Все перечисленное.

008. При аускультации больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:

- а) Дующего пансистolicеского шума в точке Боткина.
- б) Грубого среднесистolicеского шума в точке Боткина.
- в) Позднего систolicеского шума в точке Боткина.
- г) Все перечисленное.

009. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии увеличивается при проведении всех нижеперечисленных приемов, за исключением:

- а) Перехода в положение приседания.
- б) Быстрого вставания из положения приседания.
- в) Натуживания.
- г) Приема нитроглицерина.

010. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии уменьшается:

- а) В положении приседания.
- б) Во время быстрого вставания из приседания.
- в) Во время натуживания.
- г) После приема нитроглицерина.
- д) Правильного ответа нет.

011. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:

- а) Нормального пульса на сонных артериях.
- б) Медленного, анакротического, "плаго" пульса на сонных артериях.
- в) Отрывистого (быстрого, укороченного) пульса на сонных артериях.

012. У больных гипертрофической кардиомиопатией верхушечный толчок:

- а) Не изменен.
- б) Усиленный и продолжительный (вплоть до 2-го тона).
- в) Укороченный, высокоамплитудный.

013. На ЭКГ у больных гипертрофической кардиомиопатией:

- а) Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии правого желудочка.
- в) Обычно ЭКГ в пределах нормы.
- г) На ЭКГ обычно регистрируются признаки блокады левой ножки пучка Гиса.
- д) На ЭКГ обычно регистрируется неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

014. Для больных с "верхушечной" гипертрофической кардиомиопатией характерна регистрация на ЭКГ:

- а) "Гигантских" отрицательных зубцов Т в левых грудных отведениях (V4-V6) - глубиной до 10 мм и более.
- б) Патологических зубцов Q.
- в) Признаков гипертрофии правого желудочка.
- г) Блокады левой ножки пучка Гиса.

015. Фракция выброса левого желудочка у больных гипертрофической кардиомиопатией:

- а) В пределах нормы.
- б) Увеличена.
- в) Снижена.

016. Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии, являются:

- а) Сердечные гликозиды и диуретики.
- б) Бета-блокаторы и антагонисты кальция.
- в) Периферические вазодилататоры.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 1 и 3.

017. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:

- а) Поражения миокарда возбудителем инфекции.
- б) Воздействия токсинов.
- в) Возникновения иммунопатологических реакций.
- г) Всего перечисленного.

018. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- а) Вирусные.
- б) Бактериальные.
- в) Паразитарные.
- г) Грибковые.

019. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:

- а) Аллергических реакций.
- б) Токсических воздействий.
- в) Химических воздействий.
- г) Воздействий физических факторов.
- д) Всего перечисленного.

020. На фоне воздействия инфекции или неинфекционного этиологического фактора специфическими признаками миокардита являются:

- а) Повышение температуры.
- б) Слабость.
- в) Артралгии.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

021. На фоне инфекционного заболевания или воздействия неинфекционного этиологического фактора наиболее вероятными типичными признаками миокардита являются:

- а) Лейкоцитоз.
- б) Ускорение СОЭ.

- в) Изменения ЭКГ.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

022. В научных исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом:

- а) Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.
- б) Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.
- в) Оба ответа правильные.

023. Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью:

- а) Сцинтиграфии миокарда с таллием-201.
- б) Биопсии миокарда.
- в) Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
- г) Радионуклидной вентрикулографии.
- д) Всего перечисленного.

024. При установлении диагноза миокардита:

- а) Обязательно назначение "противовоспалительных препаратов".
- б) Лечение в большинстве случаев симптоматическое.
- в) Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов.
- г) Обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде".
- д) Правильного ответа нет.

025. При тяжелом прогрессирующем течении миокардита возможно применение:

- а) Глюкокортикоидных гормонов.
- б) Азатиоприна.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

026. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:

- а) Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.
- б) Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

027. При лечении миокардитов с тяжелым течением:

- а) Очень эффективно применение глюкокортикоидных гормонов.
- б) Убедительных доказательств эффективности применения глюкокортикоидных гормонов пока не получено.
- в) Доказана высокая эффективность применения азатиоприна.
- г) Наиболее эффективно применение нестероидных противовоспалительных препаратов.
- д) Правильного ответа нет.

028. Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всего перечисленного.

029. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

030. Синдром стенокардии напряжения наиболее характерен для больных с:

- а) Гипертрофической кардиомиопатией.
- б) Дилатационной кардиомиопатией.
- в) Рестриктивной кардиомиопатией.
- г) Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

031. Систolicкое движение вперед передней створки митрального клапана характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

032. В патогенезе так называемого "пивного" сердца основное значение имеет:

- а) Избыточное потребление алкоголя.
- б) Избыточное потребление жидкости.
- в) Наличие кобальта в пиве.

033. Концентрическая симметричная гипертрофия левого желудочка:

- а) Часто встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Редко встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- в) Не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.

034. Гигантские отрицательные зубцы "Т" в прекардиальных отведениях характерны для:

- а) Рестриктивной кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Особого варианта гипертрофической кардиомиопатии.
- г) Любых вариантов гипертрофической кардиомиопатии.

035. Сужение выносящего тракта левого желудочка:

- а) Всегда имеет место при гипертрофической кардиомиопатии.

- б) Никогда не встречается при гипертрофической кардиомиопатии.
- в) Встречается в части случаев гипертрофической кардиомиопатии.

036. При гипертрофической кардиомиопатии толщина межжелудочковой перегородки:

- а) Обычно превышает толщину задней стенки левого желудочка.
- б) Обычно уступает толщине задней стенки левого желудочка.
- в) Обычно равна толщине задней стенки левого желудочка.

037. Риск внезапной смерти у больных молодого возраста с гипертрофической кардиомиопатией, не имеющих выраженного сужения выносящего тракта левого желудочка и клинических признаков заболевания:

- а) Практически отсутствует.
- б) Незначителен.
- в) Довольно высок.

038. Ассиметрическая гипертрофия межжелудочковой перегородки:

- а) Встречается только при гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Характерна также для дилатационной и рестриктивной кардиомиопатий.
- в) Может встречаться не только при кардиомиопатиях, но и при других заболеваниях сердца.

039. Для амилоидоза сердца характерно:

- а) Увеличение толщины стенки желудочков.
- б) Уменьшение размеров полости желудочков.
- в) Дилатация предсердий.
- г) Все вышеперечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

040. Для амилоидоза сердца не характерна:

- а) Дилатация предсердий.
- б) Дилатация желудочков.
- в) Гипертрофия межжелудочковой перегородки.
- г) Гипертрофия задней стенки левого желудочка.

041. При амилоидозе сердца толщина стенок левого желудочка:

- а) Не изменена.
- б) Увеличена.
- в) Уменьшена.

042. Для амилоидоза сердца характерна:

- а) Систолическая дисфункция левого желудочка.
- б) Диастолическая дисфункция левого желудочка.
- в) Как систолическая, так и диастолическая дисфункция левого желудочка.

043. Для аритмогенной дисплазии правого желудочка характерна:

- а) Дилатация правого желудочка.
- б) Дилатация левого предсердия.
- в) Облитерация полости правого желудочка.
- г) Гипертрофия межжелудочковой перегородки.

044. Выпот в перикард наиболее часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.

045. Эозинофилия нередко наблюдается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

046. Фиброз эндокарда характерен для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

047. Нарушение взаимной ориентации волокон миокарда наиболее характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных.

048. Париетальный фибропластический эндокардит Леффлера относится к:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Правильного ответа нет.

049. Дилатационная кардиомиопатия встречается среди населения:

- а) Европы.
- б) Америки.
- в) Азии.
- г) Африки.
- д) Все ответы правильные.

050. Гипертрофическая кардиомиопатия встречается в:

- а) Европе.
- б) Австралии.
- в) Америке.
- г) Все ответы правильные.

051. Рестриктивная кардиомиопатия встречается, главным образом в:

- а) Европе.
- б) Северной Америке.
- в) Азии.
- г) Африке.

052. Митральная регургитация достаточно часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных видах кардиомиопатии.
- д) Правильного ответа нет.

053. Патологические зубцы Q, не связанные с перенесенным инфарктом миокарда, могут встретиться при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) И в том, и в другом случае.
- г) Ни в одном из перечисленного.

054. Дилатация предсердий достаточно часто встречается при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных заболеваний.

055. Динамическая обструкция выносящего тракта левого желудочка свойственна:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильного ответа нет.

056. Семейная распространенность свойственна:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.
- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильного ответа нет.

057. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) И той, и другой форме.
- г) Правильного ответа нет.

058. Алкогольное поражение сердца приходится в основном дифференцировать с:

- а) Гипертрофической кардиомиопатией.
- б) Дилатационной кардиомиопатией.
- в) Рестриктивной кардиомиопатией.
- г) Ни с одной из перечисленных.

059. Нарушения сердечной гемодинамики при послеродовой кардиомиопатии наиболее близки к имеющимся при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Всем перечисленным.

060. Нарушения ритма и проводимости сердца характерны для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Дилатационной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных форм.

061. Нарушение диастолической функции желудочков выражено у больных с:

- а) Гипертрофической кардиомиопатией.
- б) Дилатационной кардиомиопатией.
- в) Рестриктивной кардиомиопатией.
- г) Характерно как для гипертрофической, так и для рестриктивной кардиомиопатии.

062. В Европе наиболее распространенными видами кардиомиопатий являются:

- а) Дилатационная и гипертрофическая.
- б) Гипертрофическая и рестриктивная.
- в) Дилатационная и рестриктивная.

063. Утолщение эндокарда характерно для:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Дилатационной кардиомиопатии.

- в) Рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных.

064. Увеличение толщины стенки левого желудочка характерно для:

- а) Гипертрофической и дилатационной кардиомиопатии.
- б) Дилатационной и рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Гипертрофической и рестриктивной кардиомиопатии.
- г) Всех перечисленных.

065. Усиление сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

- а) Дилатационной кардиомиопатии.
- б) Рестриктивной кардиомиопатии.
- в) Гипертрофической кардиомиопатии.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

Эталоны ответов:

001-В	002-Г	003-В	004-А	005-Г	006-Б	007-Б	008-Б	009-А	010-А
011-В	012-Б	013-А	014-А	015-Б	016-Б	017-Г	018-А	019-Д	020-Д
021-В	022-А	023-Б	024-Б	025-В	026-А	027-Б	028-Б	029-Б	030-А
031-А	032-В	033-Б	034-В	035-В	036-А	037-В	038-В	039-Г	040-Б
041-Б	042-В	043-А	044-Б	045-В	046-Б	047-А	048-В	049-Д	050-Г
051-Г	052-Г	053-В	054-Г	055-А	056-А	057-В	058-Б	059-В	060-Г
061-Г	062-А	063-В	064-В	065-В					

Тема: Инфекционные эндокардиты

001. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда:

- а) Лактобактерии.
- б) Синегнойная палочка.
- в) Зеленящие стрептококки.
- г) Золотистые стафилококки.
- д) Менингококки.

002. Эндокардит могут вызывать:

- а) Вирусы.
- б) Бациллы лихорадки Ку.
- в) Сальмонеллы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

003. Предрасполагающими к инфекционному эндокардиту факторами следует считать:

- а) Преходящую бактериемию.
- б) Проведение гемодиализа.
- в) Наличие искусственных клапанов сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

004. Инфекционный эндокардит чаще возникает:

- а) У больных, имеющих поражение клапанного аппарата.
- б) При интактных клапанах.
- в) Частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его.

005. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является:

- а) Лихорадка.
- б) Артралгии.
- в) Петехии на коже и слизистых.
- г) Изменения формы ногтей.

006. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Миокардит.
- б) Васкулиты мелких сосудов.
- в) Эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

007. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:

- а) Митрального клапана.
- б) Аортального клапана.
- в) Трехстворчатого клапана.
- г) Правильно 1 и 3.

008. Инфаркт миокарда при инфекционном эндокардите может быть обусловлен:

- а) Эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами.
- б) Поражением узла *vagus*.
- в) И тем, и другим.
- г) Ни тем, и ни другим.

009. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Диффузный гломерулонефрит.
- б) Инфаркт почки.
- в) Очаговый нефрит.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

010. Признаком инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите является:

- а) Боль в поясничной области.
- б) Гематурия.
- в) Дизурические явления.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

011. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

- а) У большинства больных.
- б) Редко.
- в) Не встречается.

012. Для острого инфекционного эндокардита характерно:

- а) Наличие лихорадки, озноба.
- б) Наличие лейкоцитоза.
- в) Быстрое формирование порока сердца.
- г) Быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
- д) Все перечисленное.

013. Для больного с острым инфекционным эндокардитом характерно наличие:

- а) Бактериемии.
- б) Лейкоцитоза.
- в) Увеличение СОЭ.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

014. При остром инфекционном эндокардите могут наблюдаться:

- а) Поражение ЦНС.
- б) Поражение клапанов сердца.
- в) Эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов.
- г) Почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

015. При остром инфекционном эндокардите аортальный порок сердца чаще формируется:

- а) К 2-й неделе от начала заболевания.
- б) К концу 1-го месяца от начала заболевания.
- в) К концу 3-4-го месяца заболевания.
- г) К концу 1-го полугодия.

016. Наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:

- а) Митральный клапан.
- б) Аортальный клапан.
- в) Трехстворчатый клапан.

017. Для аускультативной картины поражения аортального клапана при подостром инфекционном эндокардите характерно наличие:

- а) Систолического шума с максимумом во II межреберье справа.
- б) Диастолического шума в точке Боткина.
- в) Диастолического шума на верхушке.

018. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Экстрасистолия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Нарушения АВ проводимости.
- г) Синусовая брадикардия или тахикардия.
- д) Все перечисленное.

019. При подостром инфекционном эндокардите инфаркт миокарда вследствие тромбоза коронарной артерии развивается:

- а) Редко.
- б) Примерно в половине случаев.
- в) У большинства больных.

020. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием:

- а) Перикардита.
- б) Миокардита.
- в) Того, и другого.
- г) Ни одного из них.

021. Наиболее специфичными для подострого инфекционного эндокардита являются:

- а) Увеличение СОЭ.
- б) Анемия.
- в) Лейкоцитопения.
- г) Бактериемия.

022. Для абактериальной стадии подострого инфекционного эндокардита не характерно наличие:

- а) Тромбозов в различные органы.
- б) Артралгии.
- в) Анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении.
- г) Развитие порока сердца.
- д) Положительного результата посева крови.

023. При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:

- а) Умеренная лихорадка.
- б) Боль в груди.
- в) Одышка.

- г) Слабость.
- д) Все перечисленное.

024. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Гломерулонефрит с явлениями почечной недостаточности.
- б) Артриты.
- в) Синовиит.
- г) Васкулиты.
- д) Все перечисленное.

025. Причиной сердечной недостаточности при подостром инфекционном эндокардите может быть:

- а) Формирование порока митрального клапана.
- б) Формирование порока аортального клапана.
- в) Формирование порока трикуспидального клапана.
- г) Сопутствующий миокардит.
- д) Все перечисленное.

026. При подостром инфекционном эндокардите порок сердца чаще формируется:

- а) В течение 2-3 недель от начала заболевания.
- б) В течение 1-6 месяцев от начала заболевания.
- в) К концу 1-го года заболевания.

027. Острый инфекционный эндокардит может осложниться:

- а) Разрывом хорды.
- б) Образованием аневризмы аорты.
- в) Разрывом межжелудочковой перегородки.
- г) Разрывом пиелометерикарда.
- д) Всем перечисленным.

028. При инфекционном эндокардите эмболии возможны в:

- а) Артерии почек.
- б) Коронарные артерии.
- в) Артерии селезенки.
- г) Артерии мозга.
- д) Во все перечисленные.

029. При инфекционном эндокардите возможно возникновение:

- а) Инфаркта почки.
- б) Абсцесса почки.
- в) Диффузного гломерулонефрита.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

030. Для острого инфекционного эндокардита не характерно:

- а) Увеличение СОЭ.
- б) Анемия.
- в) Тромбоцитопения.
- г) Лейкопения.
- д) Правильного ответа нет.

031. Причиной отрицательного результата при посеве крови у больных с инфекционным эндокардитом может быть:

- а) Вирусная природа эндокардита.
- б) Неправильная методика взятия крови.
- в) Использование недостаточного набора сред.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

032. Наибольшая вероятность получить положительный результат гемокультуры у больного с инфекционным эндокардитом наблюдается при заборе крови:

- а) 3-5 раз через 24-48 ч. после отмены антибиотиков.
- б) 8-10 раз через 12-24 ч. после отмены антибиотиков.
- в) В период повышения температуры (или перед очередным повышением) каждые 5-10 мин (всего 5-6 анализов) после отмены антибиотиков.
- г) Правильно 1 и 3.

033. На прогноз у больных подострым инфекционным эндокардитом влияют:

- а) Чувствительность микрофлоры к проводимой антибактериальной терапии.
- б) Рецидивы заболевания.
- в) Наличие сердечной недостаточности.
- г) Хроническая почечная недостаточность.
- д) Все перечисленное.

034. Тактика антибактериальной терапии при остром инфекционном эндокардите сводится к:

- а) Немедленному назначению больших доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае.
- б) Назначению больших доз антибиотиков только после получения результатов бактериологического исследования.
- в) Возможны оба варианта.
- г) Правильного ответа нет.

035. Тактика антибактериальной терапии при подостром инфекционном эндокардите сводится к:

- а) Немедленному назначению адекватных доз антибиотиков с учетом наиболее вероятной микробной флоры в каждом случае.
- б) Назначению адекватных доз антибиотиков после получения результатов бактериологического исследования в течение 1-2 недель.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

036. Назначение антикоагулянтов возможно при:

- а) Остром инфекционном эндокардите.
- б) Подостром инфекционном эндокардите.

- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

037. При инфекционном эндокардите рекомендуется:

- а) Внутривенное введение антибиотиков.
- б) Внутримышечное введение антибиотиков.
- в) Применение препаратов per os.
- г) Любой из перечисленных способов.

038. У больных с острым инфекционным эндокардитом применяется пенициллин в дозе:

- а) 1-2 млн в сутки.
- б) 5 млн в сутки.
- в) 20-40 млн в сутки.

039. Больному с инфекционным эндокардитом грибковой этиологии следует назначить:

- а) Пенициллин.
- б) Гентамицин.
- в) Амфотерицин.
- г) Ванкомицин.

040. Показанием для хирургического лечения больного инфекционным эндокардитом является:

- а) Резистентная к терапии сердечная недостаточность.
- б) Повторные эмболии крупных сосудов.
- в) Наличие внутрисердечного абсцесса.
- г) Аневризма синуса Вальсальвы.
- д) Все перечисленное.

041. Показанием для хирургического лечения больного инфекционным эндокардитом является:

- а) Инфекционный эндокардит грибковой этиологии.
- б) Хронические очаги инфекции в организме.
- в) Предшествующие заболевания сердца.
- г) Наличие искусственных клапанов.
- д) Правильно 1 и 4.

042. На прогноз больного с острым инфекционным эндокардитом влияет:

- а) Время начала эффективной антибактериальной терапии.
- б) Вид возбудителя.
- в) Наличие у больного предшествующего заболевания сердца.
- г) Все перечисленное.

043. При лечении больных с острым инфекционным эндокардитом и почечной недостаточностью следует предпочесть:

- а) Натриевую соль пенициллина.
- б) Калиевую соль пенициллина.
- в) Существенной разницы нет.

044. Для лечения острого инфекционного эндокардита стафилококковой этиологии можно использовать:

- а) Антибиотики.
- б) Противостафилококковую плазму.
- в) Антистафилококковый гамма-глобулин.
- г) Все перечисленное.

045. Наиболее часто встречающимся в ранние сроки заболевания признаком подострого инфекционного эндокардита является:

- а) Повторные периоды умеренного повышения температуры.
- б) Изменение характера шума у больных с пороком сердца.
- в) Заболевание ревматизмом в анамнезе.
- г) Правильного ответа нет.

046. Самое частое осложнение инфекционного эндокардита:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Микотическая аневризма сосудов.
- в) Спленомегалия.
- г) Инфаркт почки.

047. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются:

- а) Порок сердца.
- б) Бактериемия.
- в) Эмболии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

048. При инфекционном эндокардите сердечная недостаточность чаще всего развивается у больных:

- а) С поражением митрального клапана.
- б) С поражением аортального клапана.
- в) Со спленомегалией.
- г) Все ответы правильные.

049. Больным с поражением клапанов профилактическое назначение антибиотиков целесообразно при проведении:

- а) Хирургического вмешательства в полости рта.
- б) Хирургического вмешательства в брюшной полости.
- в) Хирургического вмешательства в урогенитальной области.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

050. Инфекционный эндокардит реже всего возникает у больных с:

- а) Незаращением овального отверстия.

- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Митральной недостаточностью.
- г) Аортальной недостаточностью.
- д) Открытым артериальным протоком.

051. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Митральным стенозом.
- г) Пролабированием митрального клапана без регургитации.
- д) Гипертрофической кардиомиопатией.

052. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Митральным стенозом.
- в) Митральной недостаточностью.
- г) Гипертрофической кардиомиопатией.
- д) Пролабированием митрального клапана без регургитации.

053. Причиной бактериемии чаще всего являются:

- а) Манипуляции в полости рта и глотки.
- б) Уро-генитальные вмешательства.
- в) Операции на желудочно-кишечном тракте.
- г) Катетеризация вен.

054. Самым частым признаком инфекционного эндокардита является:

- а) Повышение температуры.
- б) Появление петехий.
- в) Появление узелков Ослера.
- г) Боли в области сердца.

055. К относительно специфическим периферическим проявлениям инфекционного эндокардита относятся:

- а) Узелки Ослера.
- б) Множественные кровоизлияния.
- в) Эритема.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

056. При осмотре глазного дна у больных инфекционным эндокардитом иногда выявляются:

- а) Узелки Ослера.
- б) Сужение артерий.
- в) Отек соска зрительного нерва.
- г) Петехии.
- д) Все перечисленное.

057. Осложнением инфекционного эндокардита, которое чаще наблюдается при подостром течении, чем при остром, является:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Абсцессы миокарда.
- в) Повреждение клапанов.
- г) Эмболии.
- д) Микотические аневризмы.

058. Причиной развития сердечной недостаточности у больных инфекционным эндокардитом чаще всего является:

- а) Аортальная недостаточность.
- б) Сопутствующий миокардит.
- в) Сопутствующий перикардит.
- г) Абсцесс миокарда.

059. Среди изменений лабораторных показателей реже всего при подостром инфекционном эндокардите отмечается:

- а) Анемия.
- б) Повышение СОЭ.
- в) Лейкоцитоз.
- г) Появление С-реактивного белка.

060. Посев крови чаще всего бывает положительным, если причина инфекционного эндокардита:

- а) Стрептококки.
- б) Кишечная палочка.
- в) Грибы.
- г) Энтерококки.
- д) Анаэробные бактерии.

061. Самой частой причиной отрицательной гемокультуры при инфекционном эндокардите является:

- а) Небактериальный агент, как причина эндокардита (например, грибы).
- б) Предшествующее лечение антибиотиками.
- в) Низкий уровень бактериемии.
- г) Недостаточное количество проб крови для посева.

062. У больных подострым инфекционным эндокардитом при получении отрицательной гемокультуры:

- а) Нецелесообразно повторное исследование крови.
- б) Целесообразно повторное исследование крови.
- в) Перед повторным исследованием отменяют антибиотики на двое суток и взятие крови осуществляется во время повышения температуры тела.
- г) Повторное исследование проводят на фоне лечения антибиотиками.
- д) Правильно 2 и 3.

063. Наиболее информативным инструментальным методом исследования при инфекционном эндокардите является:

- а) Рентгенологическое исследование.
- б) Электрокардиография.
- в) Эхокардиография.
- г) Радионуклидная вентрикулография.
- д) Фонокардиография.

064. Самые большие вегетации отмечаются при инфекционном эндокардите, вызванном:

- а) Стрептококками.
- б) Энтерококками.
- в) Грибами.
- г) Анаэробными бактериями.

065. Вегетации при инфекционном эндокардите состоят из:

- а) Тромбоцитов.
- б) Фибрина.
- в) Микроорганизмов.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно 2 и 3.

066. Если причиной инфекционного эндокардита являются стрептококки, то чаще всего назначают:

- а) Пенициллин.
- б) Пенициллин в сочетании с гентамицином.
- в) Ампициллин.
- г) Ванкомицин.
- д) Правильно 1 и 2.

067. Если причиной инфекционного эндокардита являются энтерококки, то чаще всего назначают:

- а) Пенициллин.
- б) Тетрациклины.
- в) Ампициллин в сочетании с гентамицином.
- г) Гентамицин с карбенициллином.
- д) Правильно 1 и 3.

068. Если причиной инфекционного эндокардита являются грамм-отрицательные бактерии, то следует назначить:

- а) Пенициллин.
- б) Пенициллин со стрептомицином.
- в) Тетрациклины.
- г) Гентамицин и/или ампициллин.
- д) Амфотерицин В.

069. При стафилококковой этиологии эндокардита наиболее эффективно назначение:

- а) Ампициллина.
- б) Оксациллина.
- в) Гентамицина и оксациллина.
- г) Тетрациклина.
- д) Правильно 2 и 3.

070. Если причиной эндокардита являются стафилококки, устойчивые к пенициллину, то следует назначить:

- а) Оксациллин.
- б) Метициллин.
- в) Цефалоспорины.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

071. При эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:

- а) Ампициллина.
- б) Тетрациклина.
- в) Амфотерицина В.
- г) Канамицина.
- д) Карбенициллина.

072. Стрептококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают после:

- а) Ранний.
- б) Хирургических операций.
- в) Манипуляций в ротовой полости.
- г) Фурункулеза.
- д) Уро-генитальных вмешательств.

073. Стафилококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают:

- а) После ранений.
- б) После хирургических операций.
- в) При фурункулезе.
- г) У наркоманов.
- д) При всем перечисленном.

074. Энтерококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают:

- а) После ранений.
- б) При фурункулезе.
- в) После уро-генитальных вмешательств.
- г) После манипуляций на желудочно-кишечном тракте.
- д) Правильно 3 и 4.

075. Основными показаниями к хирургическому лечению инфекционного эндокардита являются:

- а) Рефрактерная сердечная недостаточность.
- б) Повторные тромбоэмболии.
- в) Грибковая этиология эндокардита.

- г) Все перечисленные.
- д) Правильно 1 и 2.

076. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:

- а) 2 недели или меньше.
- б) 4-6 недель.
- в) Более 6 недель.
- г) Правильного ответа нет.

077. Для профилактики инфекционного эндокардита при манипуляциях в полости рта и на верхних дыхательных путях целесообразно использовать:

- а) Пенициллин.
- б) Ампициллин с гентамицином.
- в) Эритромицин.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

078. При уро-генитальных вмешательствах и манипуляциях на желудочно-кишечном тракте для профилактики инфекционного эндокардита целесообразно назначение:

- а) Ампициллина с гентамицином.
- б) Амоксициллина.
- в) Ванкомицина с гентамицином.
- г) Все перечисленного.
- д) Правильно 2 и 3.

079. При манипуляциях, сопровождающихся риском возникновения бактериемии для профилактики инфекционного эндокардита, можно использовать назначение:

- а) Оксациллина.
- б) Эритромицина.
- в) Ампициллина.
- г) Любого из перечисленных препаратов.
- д) Правильно 1 и 3.

080. Причиной подострого инфекционного эндокардита чаще всего являются:

- а) Стрептококки.
- б) Стафилококки.
- в) Энтерококки.
- г) Грибы.

081. Причиной острого инфекционного эндокардита чаще всего являются:

- а) Стрептококки.
- б) Стафилококки.
- в) Энтерококки.
- г) Грибы.
- д) Синегнойная палочка.

082. Наиболее частой причиной возникновения инфекционного эндокардита у наркоманов являются:

- а) Стафилококки.
- б) Стрептококки.
- в) Энтерококки.
- г) Грибы.
- д) Синегнойная палочка.

083. Фактором, способствующим рецидиву эндокардита, может быть:

- а) Неправильное лечение.
- б) Предшествующие заболевания сердца.
- в) Наличие искусственных клапанов.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

084. Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита требует исключения:

- а) Других инфекционных заболеваний.
- б) Миксомы.
- в) Эндокардита Либмана-Сакса (при системной красной волчанке).
- г) Все перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

085. Наиболее частой причиной смерти больных инфекционным эндокардитом является:

- а) Сердечная недостаточность.
- б) Эмболии в сосуды мозга.
- в) Разрывы микотических аневризм.
- г) Неконтролируемая инфекция.

086. Грибковая этиология эндокардита часто выявляется:

- а) У наркоманов.
- б) После кардиохирургических операций.
- в) После лечения антибиотиками широкого спектра действия.
- г) На фоне лечения иммунодепрессантами.
- д) При всем перечисленном

087. Для посева крови при подозрении на инфекционный эндокардит:

- а) Как правило, достаточно однократного взятия крови.
- б) Необходимо несколько проб крови, взятых во время повышения температуры.
- в) Для диагноза достаточно получения положительной гемокультуры хотя бы в одной пробе крови.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

Эталоны ответов:

001-В	002-Г	003-Г	004-А	005-А	006-Г	007-В	008-А	009-Г	010-Г
011-А	012-Д	013-Г	014-Д	015-А	016-Б	017-Б	018-Д	019-А	020-В
021-Г	022-Д	023-Д	024-Д	025-Д	026-Б	027-Д	028-Д	029-Г	030-Г
031-Г	032-В	033-Д	034-А	035-В	036-Б	037-А	038-В	039-В	040-Д
041-Д	042-Г	043-А	044-Г	045-А	046-А	047-Д	048-Б	049-Г	050-А
051-Б	052-В	053-А	054-А	055-А	056-Г	057-Д	058-А	059-В	060-А
061-В	062-Д	063-В	064-В	065-Г	066-Д	067-Д	068-Г	069-Д	070-В
071-В	072-В	073-Д	074-Д	075-Г	076-Б	077-Д	078-А	079-Г	080-А
081-Б	082-А	083-Г	084-Г	085-А	086-Д	087-Д			

Тема: Перикардиты

001. В норме полость перикарда содержит:

- а) Около 5 мл жидкости.
- б) До 50 мл жидкости.
- в) 100-200 мл жидкости.
- г) 300-500 мл жидкости.

002. В норме толщина перикарда составляет:

- а) До 0,5 мм.
- б) 1-1,5 мм.
- в) 5-10 мм.

003. В кровоснабжении перикарда принимают участие:

- а) Внутренние грудные артерии и артерин, снабжающие кровью диафрагму.
- б) Артерии, кровоснабжающие щитовидную железу.
- в) Бронхиальные артерии.
- г) Пищеводные и медиастинальные артерии.
- д) Все перечисленные.

004. В кровоснабжении эндокарда участвуют:

- а) Внутренние грудные артерии.
- б) Бронхиальные артерии.
- в) Коронарные артерии.
- г) Все перечисленные.

005. Отток лимфы от перикарда осуществляется в:

- а) Лимфатические узлы средостения.
- б) Окологрудные лимфатические узлы.
- в) Аорто-каротидные и бронхо-пульмональные лимфатические узлы.
- г) Диафрагмальные лимфатические узлы.
- д) Все перечисленные.

006. Основными функциями перикарда являются:

- а) Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.
- б) Фиксация сердца.
- в) Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.
- г) Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.
- д) Все перечисленное.

007. Наиболее частой причиной сляивающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:

- а) Туберкулез.
- б) Сифилис.
- в) Ревматизм.
- г) Ранняя перикарда.
- д) Системные заболевания соединительной ткани.

008. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:

- а) Перикардиты при заболеваниях крови.
- б) Перикардиты при злокачественных опухолях.
- в) Аллергическое или аутоиммунное поражение.
- г) Все перечисленные формы.
- д) Ничего из перечисленного.

009. К асептическим перикардитам следует отнести:

- а) Постинфарктный перикардит.
- б) Посткомиссуротомный перикардит.
- в) Уремический.
- г) Все перечисленные.
- д) Ничего из перечисленного.

010. В острой стадии перикардита происходит:

- а) Выпадение нитей фибрина.
- б) Накопление экссудата.
- в) Ничего из перечисленного.
- г) Все перечисленное.

011. При хроническом перикардите:

- а) Происходит разрастание грануляционной ткани.
- б) Формируются слайки между листками перикарда.
- в) Происходит облитерация полости перикарда.
- г) Имст место все перечисленное.

012. "Парадоксальный пульс" - это:

- а) Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе.
- б) Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

013. Причиной Упарадоксального пульсаФ при перикардите является:

- а) Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.
- б) Повышение сердечного выброса на выдохе.
- в) Нарушения ритма.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

014. Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:

- а) Повышается.
- б) Снижается.
- в) Не изменяется.
- г) Изменения не закономерны.

015. Нарушения гемодинамики при спасном процессе в перикарде обусловлены:

- а) Ограничением диастолического растяжения миокарда.
- б) Снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки.
- в) Сдавлением крупных вен.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно 1 и 3.

016. Для острого фибринозного перикардита не характерны:

- а) Брадикардия.
- б) Повышение температуры тела.
- в) Боль за грудиной.
- г) Шум трения перикарда.
- д) Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

017. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:

- а) Тахикардия.
- б) Шум трения перикарда.
- в) Боль за грудиной.
- г) Снижение АД.
- д) Все перечисленное.

018. Для диагностики острого фибринозного перикардита наиболее важным симптомом является:

- а) Тахикардия.
- б) Шум трения перикарда.
- в) Боль за грудиной.
- г) Дисфагия.
- д) Снижение АД.

019. Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:

- а) Лучше выслушивается в положении сидя.
- б) Не связан с дыханием.
- в) Усиливается при надавливании стетоскопа.
- г) Выслушивается в систолу и диастолу.
- д) Все ответы правильные.

020. Для возникновения шума трения перикарда необходимо:

- а) Нарушение нормального состояния серозной поверхности.
- б) Сохранение взаимной подвижности и соприкосновения висцерального и париетального листков перикарда.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

021. Шум трения перикарда можно выслушать:

- а) В межлопаточном пространстве.
- б) Над всей зоной абсолютной тупости сердца.
- в) На небольшом участке в IV межреберье слева.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

022. Наиболее информативным для диагностики фибринозного перикардита без выпота следует считать метод:

- а) Рентгенографии.
- б) Эхокардиографии.
- в) Аускультации.
- г) Электрокардиографии.

023. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

- а) Аускультации.
- б) Рентгенографии.
- в) Электрокардиографии.
- г) Эхокардиографии.

024. Боль при фибринозном перикардите может локализоваться:

- а) В левой половине грудной клетки.
- б) В правой половине грудной клетки с иррадиацией в правую руку.
- в) В эпигастриальной области.
- г) За грудиной.
- д) Все ответы правильны.

025. Для болевого синдрома при остром перикардите не характерны:

- а) Тупой, давящий характер боли.
- б) Продолжительность боли более 30 минут.
- в) Локализация боли за грудиной.
- г) Уменьшение боли после приема нитроглицерина.
- д) Зависимость боли от дыхания, движения, глотания, положения тела.

026. При фибринозном перикардите на ЭКГ обычно не бывает:

- а) Конкордантного смещения сегмента ST во всех грудных отведениях.
- б) Отрицательного зубца T.
- в) Отклонения электрической оси влево.

027. При экссудативном перикардите может наблюдаться:

- а) Одышка.
- б) Глухость тонов сердца.
- в) Расширение границ сердечной тупости.
- г) Тахикардия и парадоксальный пульс.
- д) Все перечисленное.

028. Для экссудативного перикардита не характерны:

- а) Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона".
- б) Застойные явления в большом круге кровообращения.
- в) Брадикардия.
- г) Бронхиальное дыхание в связи со сдавливанием легких.
- д) Парадоксальный пульс.

029. При тампонаде сердца наблюдается:

- а) Резкая одышка.
- б) Цианоз.
- в) Тахикардия.
- г) Нитевидный пульс.
- д) Все перечисленное.

030. Рентгенологическими признаками экссудативного перикардита являются:

- а) Увеличение размеров сердца.
- б) Ослабление пульсации.
- в) Сглаженность контуров сердца.
- г) Все перечисленное.

031. При экссудативном перикардите на ЭКГ часто наблюдается:

- а) Отклонение электрической оси вправо.
- б) Депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях.
- в) Низкий вольтаж зубцов.

032. Признаками слипчивого перикардита, обнаруживаемыми при рентгенографии, являются:

- а) Относительно нормальные размеры сердца.
- б) Ослабление пульсации сердца.
- в) Отложение солей кальция в перикарде.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все перечисленные.

033. При туберкулезном перикардите инфекция распространяется:

- а) Гематогенно из различных органов.
- б) Лимфогенным путем из медиастинальных и трахеобронхиальных лимфоузлов.
- в) Контактным путем.

034. Туберкулезный перикардит часто сочетается с поражением:

- а) Плевры.
- б) Бронхины.
- в) И того, и другого.
- г) Ни того, ни другого.

035. При туберкулезном перикардите может наблюдаться:

- а) Специфическое воспаление перикарда с выпотом.
- б) Развитие спайочного процесса.
- в) Обызвествление.
- г) Все перечисленное.

036. В жидкости взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом преобладают:

- а) Эозинофилы.
- б) Моноциты.
- в) Лимфоциты.
- г) Лейкоциты.
- д) Эритроциты.

037. При рентгенографии на туберкулезный перикардит могут указать:

- а) Сглаженность контуров сердца.
- б) Увеличение размеров сосудистого пучка.
- в) Значительное расширение границ сердца.
- г) Очаги обызвествления в перикарде.

038. Для ревматического перикардита характерно:

- а) Появление признаков поражения перикарда в начале 2-й недели заболевания.
- б) Относительно небольшое количество выпота при экссудативном перикардите.
- в) Сочетание с поражением миокарда.

- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

039. В полости перикарда при ревматическом перикардите:

- а) Обычно количество выпота невелико.
- б) Характерно большое количество выпота.
- в) Обычно выпота не бывает.

040. Дилатация камер сердца у больного с перикардитом свидетельствует о:

- а) Накоплении в полости перикарда большого количества экссудата и сдавлении крупных сосудов.
- б) Сопутствующем поражении миокарда.
- в) О том, и другом.
- г) Ни о том, и ни о другом.

041. При бактериальном перикардите инфекция проникает в перикард:

- а) Прямым путем при травмах грудной клетки.
- б) Гематогенным путем при сепсисе.
- в) Контактным путем из соседних органов.
- г) При прорыве абсцесса миокарда в полость перикарда.
- д) Всеми перечисленными путями.

042. Достоверным признаком вирусной этиологии перикардита могут служить:

- а) Особенности клинического течения.
- б) Отсутствие признаков воспалительного процесса со стороны крови.
- в) Обнаружение вируса в перикардальной жидкости или увеличение титра антител к ним в крови.
- г) Все перечисленное.

043. При вирусном перикардите одновременное поражение миокарда:

- а) Никогда не наблюдается.
- б) Встречается часто.
- в) Бывает в исключительных случаях.

044. При констриктивном (сдавливающим) перикардите встречается:

- а) Повышение центрального венозного давления.
- б) Тахикардия.
- в) Уменьшение амплитуды пульсации сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

045. При констриктивном (сдавливающим) перикардите может наблюдаться:

- а) Набухание шейных вен.
- б) Цианоз.
- в) Асцит.
- г) Отеки ног.
- д) Все перечисленное.

046. При сдавливающим перикардите, сопровождающимся выраженной недостаточностью кровообращения:

- а) Увеличиваются преимущественно правые отделы сердца.
- б) Увеличиваются преимущественно левые отделы сердца.
- в) Происходит увеличение всех отделов сердца.
- г) Чаще размеры сердца остаются нормальными.

047. Наиболее частой жалобой у больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом является:

- а) Одышка при нагрузке.
- б) Перебои в работе сердца.
- в) Тяжесть в правом подреберье.
- г) Болевые ощущения за грудиной и в левой части грудной клетки.

048. При сдавливающим (констриктивным) перикардите:

- а) Происходит снижение венозного давления и повышение артериального.
- б) Отмечается снижение артериального давления и повышение венозного.
- в) Артериальное и венозное давление существенно не меняются.

049. О прогрессировании патологического процесса при констриктивном перикардите можно судить по:

- а) Повышению уровня венозного давления.
- б) Снижению уровня венозного давления.
- в) Повышению уровня артериального давления.
- г) Правильного ответа нет.

050. Для констриктивного перикардита не характерно:

- а) Увеличение объема циркулирующей крови.
- б) Малые размеры сердца.
- в) Повышение венозного давления.
- г) Увеличение печени с переходящим асцитом.
- д) Правильного ответа нет.

051. При констриктивном (сдавливающим) перикардите встречается:

- а) Акроцианоз.
- б) Набухание и пульсация шейных вен.
- в) Деформация грудной клетки.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

052. У больных с констриктивным (сдавливающим) перикардитом на ЭКГ может наблюдаться:

- а) Снижение амплитуды зубцов комплекса QRS.

- б) Депрессия сегмента ST.
- в) Появление отрицательных Т в ряде отведений.
- г) Изменения иногда могут отсутствовать.
- д) Все перечисленное.

053. У больных со сдавливающим перикардитом может наблюдаться:

- а) Синусовая тахикардия.
- б) Экстрасистолия.
- в) Мерцательная аритмия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

054. У больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом можно наблюдать:

- а) Трехчленный ритм.
- б) Ослабление I тона.
- в) Ослабление II тона.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

055. Рентгенологическими признаками сдавливающего (констриктивно-го) перикардита являются:

- а) Отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени.
- б) Сглаженность или отсутствие дифференциации дуг сердца.
- в) Обызвествление перикарда.
- г) Отсутствие смещения верхушечного толчка при перемене положения тела.
- д) Все перечисленное.

056. Выпот при опухоли перикарда обычно:

- а) Серозный.
- б) Гнойный.
- в) Геморрагический.
- г) Любой из перечисленных.

057. Ранним признаком уремического перикардита является:

- а) Появление шума трения перикарда.
- б) Быстрое накопление жидкости в полости перикарда.
- в) Быстрое нарастание явлений сердечной недостаточности.

058. У больных с уремическим перикардитом при проведении гемодиализа можно наблюдать:

- а) Развитие геморрагического перикардита с тампонадой.
- б) Резкое падение уровня артериального давления.
- в) Развитие сепсиса.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

059. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при гнойном перикардите являются:

- а) Пероральный.
- б) Парентеральный.
- в) Непосредственно в перикард.
- г) Сочетание парентерального введения с введением непосредственно в полость перикарда.
- д) Необходимо сочетание парентерального введения с пероральным использованием препаратов.

060. У больного с гнойным перикардитом необходимо:

- а) Обеспечение эвакуации экссудата из полости перикарда.
- б) Промывание полости перикарда стерильным физраствором.
- в) Введение в полость перикарда антибиотика.
- г) Все перечисленное.

061. При перикардитах после операций на сердце и у больных с инфарктом миокарда при синдроме Дресслера обычно назначают преднизолон суточной дозе:

- а) 15-30 мг.
- б) 50-60 мг.
- в) 70-100 мг.
- г) 120-200 мг.

062. У больных с перикардитом могут быть использованы:

- а) Ацетилсалициловая кислота.
- б) Глюкокортикоиды.
- в) Индометацин.
- г) Любой из перечисленных препаратов.

063. Для лечения больных со злокачественной опухолью перикарда можно применять:

- а) При необходимости повторные пункции перикарда.
- б) Введение в перикард цитостатиков и глюкокортикоидов.
- в) В некоторых случаях лучевую терапию.
- г) Все перечисленное.

064. Жизненно важным показанием для пункции перикарда является:

- а) Нарастание явлений тампонады сердца.
- б) Подозрение на гнойный характер экссудата.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

065. Показанием для плановой пункции перикарда является:

- а) Подозрение на гнойный характер экссудата.
- б) Медленное рассасывание экссудата.
- в) Невозможность установить точный диагноз другим методом.

- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

066. Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом без признаков сглавления сердца и недостаточности кровообращения можно охарактеризовать следующим образом:

- а) Трудоспособность может быть сохранена, если работа не связана с большими физическими нагрузками.
- б) Больные должны быть признаны инвалидами III группы.
- в) Больные должны быть признаны инвалидами II группы.

067. Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом и недостаточностью кровообращения II стадии можно оценить следующим образом:

- а) Больные должны быть признаны инвалидами III группы.
- б) Больные должны быть признаны инвалидами II группы.
- в) Больные должны быть признаны инвалидами I группы.

068. Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом и недостаточностью кровообращения III стадии можно оценить следующим образом:

- а) Больные должны быть признаны инвалидами III группы.
- б) Больные должны быть признаны инвалидами II группы.
- в) Больные должны быть признаны инвалидами I-II группы, им противопоказан всякий труд.

069. Боль в грудной клетке при остром перикардите, как правило, уменьшается в положении:

- а) Лежа на спине.
- б) Лежа на животе.
- в) Стоя.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

070. Боль в грудной клетке при остром перикардите, как правило, уменьшается:

- а) В положении лежа на спине.
- б) При наклоне вперед.
- в) При движениях туловищем.
- г) Во время вдоха.
- д) Правильно 1 и 4.

071. Боль в грудной клетке при остром перикардите усиливается:

- а) При перемене положения тела.
- б) Во время вдоха.
- в) При глотании.
- г) В положении лежа на спине.
- д) При всех перечисленных действиях.

072. Шум трения перикарда классически состоит из:

- а) Одного компонента.
- б) Двух компонентов.
- в) Трех компонентов.
- г) Четырех компонентов.

073. Чаще всего выслушивается при шуме трения перикарда:

- а) Систолический компонент.
- б) Ранний диастолический компонент.
- в) Пресистолический компонент.
- г) Почти всегда выслушиваются все 3 компонента.
- д) Любой из компонентов выслушивается примерно с одинаковой частотой.

074. Специфичным для острого перикардита изменением ЭКГ является:

- а) Инверсия зубца Т.
- б) Депрессия сегмента ST в большинстве отведений.
- в) Подъем сегмента ST в большинстве отведений.
- г) Подъем сегмента PQ в отведении aVR.
- д) Правильно 3 и 4.

075. При остром перикардите у большинства больных на ЭКГ отмечается:

- а) Подъем сегмента ST в большинстве отведений.
- б) Подъем сегмента PQ в отведении aVR.
- в) Депрессия сегмента PQ в большинстве отведений.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

076. Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

- а) Нитраты.
- б) Папаверин или (но-шпа).
- в) Нестероидные противовоспалительные препараты.
- г) Стероидные препараты.
- д) Наркотические анальгетики.

077. При медленном накоплении количество жидкости в полости перикарда может достигать:

- а) 0,5 л.
- б) 1,0 л.
- в) 1,5 л.
- г) 2,0-3,0 л.
- д) 4,0-5,0 л.

078. Симптоматика выпотного перикардита определяется следующими факторами:

- а) Объемом жидкости, накопившейся в полости перикарда.
- б) Скоростью накопления жидкости.

- в) Физическими характеристиками перикарда.
- г) Всем перечисленным.

079. Минимальное количество жидкости, которое может привести к тампонаде, при быстром накоплении составляет:

- а) 10-50 мл.
- б) 100-200 мл.
- в) 500-1000 мл.
- г) 1,5-2,0 л.
- д) Более 2,0 л.

080. Выпот в полость перикарда:

- а) Может не иметь никакой клиники.
- б) Всегда сопровождается появлением клинических симптомов.
- в) Может сопровождаться шумом трения перикарда.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

081. При физикальном обследовании больных с выпотным перикардитом может отмечаться:

- а) Ослабление дыхания ниже угла левой лопатки.
- б) Усиление голосового дрожания ниже угла левой лопатки.
- в) Приглушение тонов сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

082. Тампонада сердца начинается, когда давление в полости перикарда:

- а) Превышает давление в правом предсердии.
- б) Превышает конечно-диастолическое давление в правом желудочке.
- в) Превышает конечно-диастолическое давление в левом желудочке.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

083. У больных с тампонадой сердца при наблюдении за пульсацией вен шеи отмечается:

- а) Набухание на входе вен шеи.
- б) Полное отсутствие пульсации вен шеи.
- в) Характер пульсации вен такой же, как в норме.
- г) Правильно 1 и 2.

084. При тампонаде сердца наполнение правого предсердия происходит:

- а) Во время диастолы желудочков.
- б) Только во время систолы желудочков.
- в) Как во время диастолы, так и во время систолы желудочков.
- г) Только в самом начале диастолы.
- д) Правильно 1 и 4.

085. Для больных с тампонадой сердца характерны:

- а) Одышка при нагрузке.
- б) Ортопноэ.
- в) Приступы сердечной астмы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

086. При физикальном обследовании для больных с тампонадой сердца характерно:

- а) Набухание вен шеи.
- б) Тахикардия.
- в) Парадоксальный пульс.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

087. Признаком тампонады сердца при физикальном обследовании является:

- а) Систолический шум.
- б) Альтернирующий пульс.
- в) Парадоксальный пульс.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

088. Парадоксальный пульс может наблюдаться при:

- а) Фибринозном перикардите.
- б) Сдавливающим перикардите.
- в) Тампонаде сердца.
- г) Всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно 1 и 4.

089. Характерным признаком тампонады сердца у больных с выпотным перикардитом на электрокардиограмме является:

- а) Снижение вольтажа комплексов QRS.
- б) Альтернация комплексов QRS.
- в) Подъем сегмента ST в большинстве отведений.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

090. Диагностическими признаками тампонады сердца являются:

- а) Повышение внутрисердечного давления.
- б) Уменьшение диастолических объемов желудочков.
- в) Уменьшение внутрисердечного давления.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

091. Временной стабилизации гемодинамики при тампонаде сердца можно достичь:

- а) Инфузией плазмозамещающих растворов.
- б) Введением норадреналина.
- в) Введением добутамина.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно 2 и 3.

092. При констриктивном перикардите наполнение желудочков сердца происходит преимущественно во время:

- а) Систолы.
- б) Ранней диастолы.
- в) Поздней диастолы.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 1 и 3.

093. Осложнения при пункции перикарда наблюдаются чаще при:

- а) Травматическом гемоперикарде.
- б) Небольшом выпоте (менее 200 мл).
- в) Осумкованном выпоте.
- г) Всем перечисленным.

094. Характерными симптомами констриктивного перикардита являются:

- а) Высокое венозное давление.
- б) Асцит.
- в) Небольшие размеры сердца.
- г) Все перечисленное.

095. При физикальном обследовании у больных констриктивным перикардитом может отмечаться:

- а) Втяжение верхушечной точки.
- б) Громкий дополнительный тон в начале диастолы.
- в) Систолический щелчок.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

096. Оптимальным методом хирургического лечения больных констриктивным перикардитом является:

- а) Полная перикардэктомия.
- б) Частичная перикардэктомия.
- в) Эндоскопическая перикардэктомия.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 2 и 3.

097. Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

- а) Чаще наблюдаются у мужчин.
- б) Нередко рецидивируют (у 15-20%).
- в) Продолжаются около 2-х недель.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

098. Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

- а) Чаще всего заканчиваются переходом в хронический перикардит.
- б) Нередко приводят к летальному исходу.
- в) Чаще наблюдаются у женщин.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

099. У больных с острым перикардитом:

- а) Боль чаще всего локализуется слева от грудины.
- б) Болевые ощущения часто усиливаются при глубоком дыхании, кашле, движениях туловищем.
- в) Иногда боль отмечается только в трапециевидных мышцах.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

100. У больных с тампонадой сердца отмечается:

- а) Снижение систолического АД.
- б) Нормальное или повышенное диастолическое АД.
- в) Парадоксальный пульс.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

101. Наиболее выраженный болевой синдром отмечается у больных с:

- а) Вирусным и идиопатическим перикардитом.
- б) Уремическим перикардитом.
- в) Туберкулезным перикардитом.
- г) Перикардитом во время инфаркта миокарда (эпистенокардитическим).
- д) Правильно 2 и 3.

102. Причиной выпота в перикарде может быть:

- а) Микседема.
- б) Заболевания соединительной ткани.
- в) Опухоли.
- г) Заболевания крови.
- д) Все перечисленное.

Эталонные ответы:

001-Б	002-Б	003-Д	004-В	005-А	006-Д	007-А	008-Г	009-Г	010-Г
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

011-Г	012-А	013-А	014-А	015-Д	016-А	017-Д	018-Б	019-Д	020-В
021-Г	022-В	023-Г	024-Д	025-Г	026-В	027-Д	028-В	029-Д	030-Г
031-В	032-Д	033-Б	034-В	035-Г	036-В	037-Г	038-Г	039-А	040-Б
041-Д	042-В	043-Б	044-Г	045-Д	046-Г	047-А	048-Б	049-А	050-А
051-Г	052-Д	053-Г	054-Г	055-Д	056-В	057-А	058-Г	059-Г	060-Г
061-Б	062-Г	063-Г	064-В	065-Д	066-А	067-Б	068-В	069-Б	070-Б
071-Д	072-В	073-А	074-Д	075-А	076-В	077-Г	078-Г	079-Б	080-Г
081-Г	082-А	083-Г	084-Б	085-А	086-Г	087-В	088-В	089-Д	090-Г
091-Г	092-Б	093-Г	094-Г	095-В	096-В	097-Г	098-Д	099-Д	100-Г
101-А	102-Д								

Тема: Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся сердечным шумом

001. Причинами митрального стеноза могут быть:

- а) Синдром Марфана.
- б) Системная красная волчанка.
- в) Синдром Элерса-Данлоса.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни одна из перечисленных.

002. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

- а) Ревматизм.
- б) Атеросклероз.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все перечисленное.

003. Наиболее частой причиной трикуспидальной регургитации является:

- а) Пролапс створок клапана.
- б) Дилатация правого желудочка.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Ревматоидный артрит.

004. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

- а) Ревматизма.
- б) Инфекционного эндокардита.
- в) Системной красной волчанки.
- г) Атеросклероза.

005. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- а) 1-2 кв. см.
- б) 4-6 кв. см.
- в) 8-10 кв. см.
- г) Все ответы неправильные.

006. Систолическое артериальное давление в левом предсердии в норме составляет:

- а) 4-5 мм рт. ст.
- б) 8-10 мм рт. ст.
- в) 20-25 мм рт. ст.
- г) Все ответы неправильные.

007. При митральном стенозе тон (щелчок) открытия митрального клапана на ФКГ появляется после II тона через:

- а) 0,08-0,11 сек.
- б) 0,2-0,3 сек.
- в) 0,4-0,5 сек.
- г) 0,6-0,8 сек.

008. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:

- а) Не изменяется.
- б) Усиливается.
- в) Исчезает.
- г) Ослабевает.

009. При рентгенологическом исследовании с контрастированным пищеводом у больных митральным стенозом пищевод отклоняется по дуге:

- а) Малого радиуса.
- б) Большого радиуса.
- в) Как правило, не отклоняется.

010. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- а) Вверх и вправо.
- б) Вверх и влево.
- в) Влево.
- г) Правильного ответа нет.

011. Протодиастолический шум при митральном стенозе имеет:

- а) Убывающий характер.
- б) Нарастающий характер.
- в) Характер шума не изменяется в течение всей диастолы.

012. Пресистолический шум при митральном стенозе имеет:

- а) Нарастающий характер.
- б) Убывающий характер.
- в) Характер шума не изменяется в течение всей диастолы.

013. Характерными эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются:

- а) Однонаправленное движение створок митрального клапана.
- б) Отсутствие расширения полости левого желудочка.
- в) Расширение левого предсердия.
- г) Утолщение створок митрального клапана.
- д) Все ответы правильные.

014. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть:

- а) Ревматизм.
- б) Склеродермия.
- в) Ревматоидный полиартрит.
- г) Септический эндокардит.
- д) Все перечисленное.

015. У больных с недостаточностью митрального клапана при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- а) Вверх и влево.
- б) Влево.
- в) Не увеличена.
- г) Все ответы неправильные.

016. При недостаточности митрального клапана I-й тон:

- а) Усилен.
- б) Не изменен.
- в) Ослаблен.

017. У больных с выраженной недостаточностью митрального клапана 3-й тон выслушивается на верхушке сердца:

- а) Довольно часто.
- б) Очень редко.
- в) Всегда.

018. При рентгенологическом исследовании больных с недостаточностью митрального клапана контрастированный пищевод отклоняется по дуге:

- а) Малого радиуса.
- б) Большого радиуса.
- в) Не отклоняется.

019. При записи фонокардиограммы с верхушки сердца у больных с органической недостаточностью митрального клапана амплитуда 1-го тона:

- а) Увеличена.
- б) Уменьшена.
- в) Не изменена.

020. Синдром митральной регургитации при органической недостаточности митрального клапана включает:

- а) Систолический шум на верхушке.
- б) Ослабление 1-го тона.
- в) Наличие 3-го тона сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Все ответы неправильные.

021. Отек легких у больных с недостаточностью митрального клапана развивается:

- а) Более часто, чем у больных с митральным стенозом.
- б) Менее часто, чем у больных с митральным стенозом.
- в) Нет различий в частоте развития отека легких при митральном стенозе и митральной недостаточности.

022. Для синдрома пролапсирования митрального клапана характерно все перечисленное, кроме:

- а) Добавочного систолического тона.
- б) Систолического шума.
- в) Ослабления 1-го тона.

023. У больных с пролапсом митрального клапана могут быть:

- а) Недостаточность кровообращения.
- б) Инфекционный эндокардит.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Все ответы правильные.
- д) Все ответы неправильные.

024. Для синдрома пролапсирования митрального клапана характерно все перечисленное, кроме:

- а) Болей в грудной клетке.
- б) Экстрасистолии.
- в) Синусовой тахикардии.
- г) Синусовой брадикардии.

025. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

- а) Ревматизм.
- б) Атеросклероз.
- в) Врожденная патология клапана.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

026. При стенозе устья аорты продолжительность систолы левого желудочка:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не изменяется.

027. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Недостаточности митрального клапана.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Стенозе устья аорты.

028. При стенозе устья аорты ревматической этиологии 2-ой тон:

- а) Усилен.
- б) Ослаблен.
- в) Не изменен.

029. Характерными изменениями ЭКГ у больных со стенозом устья аорты являются все перечисленные, кроме:

- а) Блокады правой ножки пучка Гиса.
- б) Блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Гипертрофии левого желудочка.

030. Нехарактерным для фонокардиограммы больных со стенозом устья аорты является:

- а) Уменьшение амплитуды аортального компонента 2-го тона.
- б) Систолический шум ромбовидной формы.
- в) Увеличение амплитуды 1-го тона.

031. Самой частой причиной недостаточности аортального клапана является:

- а) Инфекционный эндокардит.
- б) Атеросклероз.
- в) Ревматизм.
- г) Сифилис.
- д) Травма грудной клетки.

032. Для больных с недостаточностью аортального клапана характерным является все перечисленное, кроме:

- а) Повышения систолического АД.
- б) Снижения диастолического АД.
- в) Увеличения пульсового АД.
- г) Повышения диастолического АД.

033. Шум Грэхема-Стилпа чаще всего может выслушиваться при:

- а) Митральном стенозе с легочной гипертензией.
- б) Коарктации аорты.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Недостаточности митрального клапана.

034. Признаком клапанного стеноза аорты, выявляемым при катетеризации левых отделов сердца, является:

- а) Отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой.
- б) Увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка.
- в) Значительное увеличение давления в левом предсердии.
- г) Значительное увеличение давления в легочной артерии.

035. Третий тон сердца не должен выслушиваться:

- а) У детей.
- б) При недостаточности митрального клапана.
- в) При недостаточности трикуспидального клапана.
- г) При митральном стенозе.

036. Наиболее часто первым симптомом митрального стеноза являются:

- а) Периферические отеки.
- б) Увеличение печени.
- в) Одышка.
- г) Желудочковые нарушения ритма сердца.

037. Нарушением ритма сердца, наиболее часто встречающимся у больных с митральным стенозом, является:

- а) Предсердная пароксизмальная тахикардия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Атриовентрикулярная диссоциация.
- г) Левопредсердный ритм.

038. Рентгенологическая картина дефекта межпредсердной перегородки включает в себя все перечисленное, кроме:

- а) Расширения легочной артерии.
- б) Расширения корней легких.
- в) Увеличения правого предсердия.
- г) Расширения дуги аорты.

039. Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Стенозе устья аорты.
- в) Недостаточности аортального клапана.
- г) Недостаточности митрального клапана.

040. У больных с недостаточностью аортального клапана:

- а) Систолическое артериальное давление повышается, а диастолическое снижается.
- б) Систолическое артериальное давление снижается, а диастолическое повышается.
- в) Систолическое артериальное давление не изменяется, а диастолическое повышается.
- г) Систолическое и диастолическое артериальное давление не изменяются.

041. Выслушивание "двойного" шума Дюроэе на бедренной артерии характерно для:

- а) Стеноза устья аорты.
- б) Недостаточности клапана легочной артерии.
- в) Недостаточности аортального клапана.

г) Недостаточности митрального клапана.

042. При недостаточности аортального клапана на фонокардиограмме (второе межреберье справа) регистрируется:

- а) Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум убывающей интенсивности.
- б) Увеличение амплитуды аортального компонента 2-го тона и диастолический шум возрастающей интенсивности.
- в) Снижение амплитуды аортального компонента 2-го тона и систолический шум убывающей интенсивности.

043. Для недостаточности аортального клапана не характерны:

- а) Усиленный, разлитой верхушечный толчок, смещенный вниз и влево.
- б) Распирение относительной сердечной тупости влево.
- в) Увеличение левого желудочка при рентгеноскопии, эхокардиографии.
- г) Признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ.
- д) Признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ.

044. Для недостаточности аортального клапана характерны следующие периферические симптомы, за исключением:

- а) Двойного тона Траубе и двойного шума Дюрозке.
- б) Высокого, быстрого пульса.
- в) Низкого диастолического артериального давления.
- г) Капиллярного пульса.
- д) Низкого систолического артериального давления.

045. Диастолический шум на верхушке сердца при недостаточности аортального клапана (шум Флинта) сочетается с:

- а) Усиленным 1-м тоном.
- б) Щелчком открытия митрального клапана.
- в) Значительно увеличенным левым предсердием.
- г) Правильного ответа нет.
- д) Все ответы правильные.

046. Для недостаточности трикуспидального клапана не характерны:

- а) Пульсация яремных вен.
- б) Пульсация сонных артерий.
- в) Пульсация печени.
- г) Наличие систолического шума у основания мечевидного отростка.

047. С митральным стенозом связаны следующие клинические симптомы, кроме:

- а) Боязнь за грудиной.
- б) Осиплости голоса.
- в) Капня.
- г) Кровохарканья.
- д) Повышения систолического артериального давления.

048. Уменьшение сердечного выброса может быть связано с:

- а) Микседемой.
- б) Митральным стенозом.
- в) Сердечной недостаточностью.
- г) Тахисистолической формой мерцательной аритмии.
- д) Всем перечисленным.

049. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме не могут быть:

- а) Широкий зубчатый зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка.
- б) Широкий зубчатый зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо.
- в) Широкий зубчатый зубец Р и признаки гипертрофии правого желудочка.
- г) Широкий зубчатый зубец Р и пароксизмальная мерцательная аритмия.

050. Целью назначения сердечных гликозидов у больных с митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии является:

- а) Восстановление синусового ритма.
- б) Замедление частоты мерцания предсердий.
- в) Замедление частоты сокращений желудочков.
- г) Снижение активности симпатической нервной системы.
- д) Подавление активности блуждающего нерва.

051. Пульсация печени может быть вызвана:

- а) Стенозом устья аорты.
- б) Митральным стенозом.
- в) Недостаточностью аортального клапана.
- г) Недостаточностью трехстворчатого клапана.

052. К увеличению сердечного выброса могут привести:

- а) Стеноз устья аорты.
- б) Сдавливающий перикардит.
- в) Митральный стеноз.
- г) Недостаточность аортального клапана.

053. Быстрый подъем пульсовой волны, а затем быстрое падение ее наступает при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Недостаточности митрального клапана.
- в) Стенозе устья аорты.
- г) Коарктации аорты.
- д) Недостаточности аортального клапана.

054. Среди клапанных пороков сердца чаще всего отмечается поражение:

- а) Аортального клапана.
- б) Митрального клапана.
- в) 3-х створчатого клапана.
- г) Клапана легочной артерии.

055. Среди клапанных пороков сердца врожденным чаще всего является стеноз:

- а) Аортального клапана.
- б) Митрального клапана.
- в) 3-х створчатого клапана.
- г) Клапана легочной артерии.

056. Ревматизм чаще всего приводит к развитию:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митрального стеноза.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Митральной недостаточности.

057. Для митрального стеноза характерны следующие изменения на ЭКГ:

- а) "Р - mitrале".
- б) Признаки гипертрофии правого желудочка.
- в) Признаки гипертрофии левого желудочка.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

058. "Критическим" считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до:

- а) 6 кв. см.
- б) 4 кв. см.
- в) 3 кв. см.
- г) 2 кв. см.
- д) 1 кв. см и менее.

059. При "критическом" митральном стенозе градиент давления между левым предсердием и левым желудочком во время диастолы составляет:

- а) Около 1-2 мм. рт. ст.
- б) Около 10 мм. рт. ст.
- в) Около 20 мм. рт. ст.
- г) Более 30 мм. рт. ст.

060. В норме градиент давления между левым предсердием и левым желудочком во время диастолы составляет:

- а) 1-2 мм. рт. ст.
- б) 5-6 мм. рт. ст.
- в) 8-10 мм. рт. ст.
- г) 14-16 мм. рт. ст.
- д) 20 мм. рт. ст.

061. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является:

- а) Спазм легочных артериол.
- б) Гипертрофия легочных артериол и артерий.
- в) Склероз легочных артериол и артерий.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

062. "Вторым барьером" при митральном стенозе называют:

- а) Венозную гипертензию.
- б) Артериальную легочную гипертензию.
- в) Сопутствующий стеноз аортального клапана.
- г) Сопутствующий стеноз 3-х створчатого клапана.
- д) Левое предсердие.

063. Возникновению отека легких при митральном стенозе способствует:

- а) Развитие мерцательной аритмии.
- б) Увеличение частоты сердечных сокращений.
- в) Увеличение притока крови.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

064. У больных с митральным стенозом выраженность одышки уменьшается при:

- а) Усилении венозного застоя в легких.
- б) Развитии активной легочной гипертензии.
- в) Появлении мерцательной аритмии.
- г) Появлении недостаточности правого желудочка.
- д) Правильно 2 и 4.

065. Кровохарканье у больных с митральным стенозом нередко исчезает после:

- а) Усиления венозного застоя в легких.
- б) Развития активной легочной гипертензии.
- в) Появления недостаточности правого желудочка.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

066. У больных с митральным стенозом после развития активной легочной гипертензии обычно наблюдается:

- а) Уменьшение выраженности ортопноэ.
- б) Уменьшение частоты приступов сердечной астмы и отека легких.
- в) Исчезновение кровохарканья.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

067. К аускультативным признакам митрального стеноза относится все перечисленное, за исключением:

- а) Усиления громкости первого тона.
- б) Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона).
- в) Щелчок открытия митрального клапана.

г) Пресистолический шум.

068. К аускультативным признакам митрального стеноза относится все перечисленное, за исключением:

- а) Появления 3-го тона.
- б) Щелчка открытия митрального клапана.
- в) Среднедиастилического шума (после щелчка открытия митрального клапана).
- г) Пресистолического шума.
- д) Усиления громкости I-го тона.

069. Громкость щелчка открытия митрального клапана и диастолического шума при митральном стенозе уменьшается после:

- а) Развития активной легочной гипертензии.
- б) Улучшения состояния больных на фоне эффективной терапии.
- в) Развития недостаточности правого желудочка.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

070. Признаком выраженного митрального стеноза является:

- а) Увеличение громкости диастолического шума.
- б) Увеличение громкости пресистолического компонента диастолического шума.
- в) Увеличение интервала 2-й тон - щелчок открытия митрального клапана.
- г) Уменьшение интервала 2-й тон - щелчок открытия митрального клапана.
- д) Правильно 2 и 3.

071. Пальпируемый систолический толчок слева от нижнего края грудины у больных митральным стенозом обычно является:

- а) Верхушечным толчком.
- б) Толчком увеличенного ("гигантского") левого предсердия.
- в) Толчком правого желудочка.
- г) Признаком сопутствующей митральной недостаточности.
- д) Признаком сопутствующего стеноза 3-х створчатого клапана.

072. Митральный стеноз может быть обусловлен развитием фиброзно-дегенеративных изменений на уровне:

- а) Створок митрального клапана.
- б) Подклапанных структур.
- в) Правильные ответы 1 и 2.
- г) На уровне митрального кольца.
- д) Все ответы правильные.

073. При рентгенологическом исследовании для больных с митральным стенозом характерно все перечисленное, за исключением:

- а) Увеличения второй дуги левого контура (ствол легочной артерии).
- б) Увеличения третьей дуги левого контура (ушко левого предсердия).
- в) Увеличения четвертой дуги по левому контуру.
- г) Признаков венозного застоя в легких.
- д) Признаков активной легочной гипертензии.

074. При проведении эхокардиографии для больных митральным стенозом характерно все перечисленное, кроме:

- а) Однонаправленного движения передней и задней створок митрального клапана.
- б) Систолического движения вперед передней створки митрального клапана.
- в) Уменьшения амплитуды движения митральных створок.
- г) Утолщения или кальциноза створок.

075. При эхокардиографическом исследовании у больных с митральным стенозом могут быть выявлены все признаки, кроме:

- а) Высокочастотного мелкоамплитудного "дрожания" передней митральной створки.
- б) Увеличения линейной скорости кровотока через митральный клапан (при доплерографии).
- в) Увеличения размеров левого предсердия.
- г) Дилатации правого желудочка.
- д) Признаков легочной гипертензии.

076. При возникновении одышки у больных митральным стенозом, в первую очередь, целесообразно оценить эффективность:

- а) Сердечных гликозидов.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Диуретиков.
- г) Вазодилаторов.

077. При митральной недостаточности нагрузка на левый желудочек во время систолы:

- а) Снижена.
- б) Такая же, как и без порока.
- в) Повышена.
- г) Могут быть все перечисленные варианты.

078. К аускультативным признакам хронической митральной недостаточности относится все перечисленное, кроме:

- а) Ослабления 2-го тона.
- б) Дующего пансистолического шума.
- в) 3-го тона.
- г) 4-го тона.

079. При митральной недостаточности уменьшение степени регургитации и улучшение состояния больных можно ожидать от назначения:

- а) Празозина.
- б) Апрессина.
- в) Каптоприла.
- г) Коринфара.
- д) Всего перечисленного.

080. При эхокардиографии признаком выраженного нарушения функции левого желудочка является все перечисленное, кроме:

- а) Степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка, равной 24%.
- б) Конечнo-систолического размера, равного 5 см.

- в) Конечно-диастолического размера, равного 5,5 см.
- г) Конечно-систолического объема, равного 90 мл.

081. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

- а) Во время систолы.
- б) В начале диастолы.
- в) В конце диастолы.
- г) Может быть в любой части сердечного цикла.

082. При пролабировании митрального клапана наиболее специфично выслушивание:

- а) Пансистолического шума.
- б) Раннего систолического шума.
- в) Позднего систолического шума.
- г) Среднедиастолического шума.
- д) Пресистолического шума.

083. Выраженность пролабирования митрального клапана и его аускультативных признаков уменьшается:

- а) В положении стоя.
- б) Во время натуживания при пробе Вальсальвы.
- в) После приема нитроглицерина.
- г) В положении лежа.
- д) Правильно 1 и 3.

084. У больных с пролабированием митрального клапана нередко наблюдается:

- а) Деформация позвоночника.
- б) Нейроциркуляторная дистония.
- в) Гипомастия у женщин.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

085. У больных с пролабированием митрального клапана часто отмечаются:

- а) Боли в груди.
- б) Сердцебиения или перебои в работе сердца.
- в) Чувство нехватки воздуха.
- г) Головокружение.
- д) Все перечисленное.

086. У больных с пролабированием митрального клапана:

- а) На ЭКГ возможно наличие "неспецифических" изменений сегмента ST или зубца T.
- б) Возможно наличие аритмий.
- в) Нередко выявляется наличие дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (различные варианты синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта).
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

087. Проплапс митрального клапана часто отмечается у больных с:

- а) Синдромом Марфана.
- б) Синдромом Элерса-Данлоса.
- в) Ревматизмом.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

088. К осложнениям пролабирования митрального клапана относится:

- а) Возникновение и прогрессирование митральной недостаточности.
- б) Инфекционный эндокардит.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

089. При возникновении неприятных ощущений в области сердца или нарушений ритма у больных с пролабированием митрального клапана в первую очередь целесообразно оценить эффект:

- а) Дигоксина.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Каптоприла.
- г) Кордарона.
- д) Антагонистов кальция.

090. У больных старше 60 лет аортальный стеноз чаще всего является:

- а) Врожденным.
- б) Ревматическим.
- в) Дегенеративным ("склеротическим").
- г) Вероятность всех 3-х вариантов примерно одинакова.

091. Критическим считается уменьшение площади аортального отверстия до:

- а) 6 кв. см.
- б) 4 кв. см.
- в) 2 кв. см.
- г) 1 кв. см.
- д) 0,5 кв. см.

092. При критическом аортальном стенозе градиент давления, как правило, превышает:

- а) 5 мм. рт. ст.
- б) 10 мм. рт. ст.
- в) 15 мм. рт. ст.
- г) 25 мм. рт. ст.

д) 50 мм. рт. ст.

093. К числу основных клинических симптомов аортального стеноза относятся:

- а) Стенокардия напряжения.
- б) Обмороки.
- в) Сердечная недостаточность.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

094. У больных с аортальным стенозом после появления стенокардии напряжения, обмороков и сердечной недостаточности продолжительность жизни в большинстве случаев не превышает:

- а) 1 года.
- б) 2-3 лет.
- в) 5-10 лет.
- г) 10-15 лет.

095. К прогностически неблагоприятным признакам у больных с аортальным стенозом относятся:

- а) Стенокардия напряжения.
- б) Обмороки.
- в) Выраженная одышка при физической нагрузке.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

096. При проведении физикального обследования для больных аортальным стенозом характерно:

- а) Усиление предсердной волны веного пульса (волны "а").
- б) Малый медленный пульс на сонных артериях.
- в) Увеличение продолжительности верхушечного толчка (вплоть до 2-го тона).
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

097. Систолический шум при аортальном стенозе:

- а) Является практически среднесистолическим.
- б) На фонокардиограмме имеет ромбовидную форму.
- в) Иррадирует на сонные артерии.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильны 2 и 3.

098. К признакам выраженного аортального стеноза относится все перечисленное, за исключением:

- а) Увеличения предсердной волны веного пульса (волны "а").
- б) Парадоксального расщепления 2-го тона.
- в) Увеличения продолжительности верхушечного толчка (до 2-го тона)
- г) Усиления громкости систолического шума.
- д) Выраженной гипертрофии левого желудочка на ЭКГ.

099. Дующий пансистолический шум характерен для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Недостаточности 3-х створчатого клапана.
- д) Правильно 2 и 4.

100. Грубый среднесистолический шум характерен для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Стеноза легочной артерии.
- г) Недостаточности 3-х створчатого клапана.
- д) Правильно 1 и 3.

101. Признаком сохранения подвижности створок аортального клапана у больных аортальным стенозом является:

- а) Регистрация 4-го тона.
- б) Регистрация систолического тона изгибания.
- в) Парадоксальное расщепление 2-го тона.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

102. При возникновении сердечной недостаточности у больных аортальным стенозом отмечается все перечисленное, кроме:

- а) Уменьшения громкости систолического шума.
- б) Уменьшения продолжительности систолического шума.
- в) Увеличения продолжительности систолического шума.
- г) Уменьшения амплитуды пульсации сонной артерии.
- д) Парадоксального расщепления 2-го тона.

103. При рентгенологическом исследовании признаками аортального стеноза является все перечисленное, за исключением:

- а) Расширения восходящей аорты.
- б) Кальциноза аортального клапана.
- в) Увеличения 3-й дуги по левому контуру (ушко левого предсердия).
- г) Увеличения 4-й дуги по левому контуру.

104. При выраженном аортальном стенозе, сопровождающемся появлением клинических симптомов:

- а) Абсолютно показано хирургическое лечение.
- б) Возможна стабилизация состояния с помощью назначения диуретиков и вазодилататоров.
- в) Фармакологическое лечение почти всегда эффективно и может привести к ухудшению состояния.
- г) Как правило, эффективно назначение сердечных гликозидов.
- д) Правильно 1 и 3.

105. Ревматизм является практически единственной причиной:

- а) Аортального стеноза.
- б) Аортальной недостаточности.
- в) Митрального стеноза.
- г) Митральной недостаточности.
- д) Правильно 3 и 4.

106. Причиной "чистой" аортальной недостаточности может быть все перечисленное, кроме:

- а) Сифилитического аортита.
- б) Ревматоидного артрита.
- в) Кальцификации аортальных створок.
- г) Идиопатического расширения аорты.
- д) Расширения аорты при артериальной гипертензии.

107. Наиболее вероятной причиной развития сочетанного аортального порока из перечисленного является:

- а) Сифилитический аортит.
- б) Ревматоидный артрит.
- в) Ревматизм.
- г) Инфекционный эндокардит.
- д) Синдром Марфана.

108. Самые большие размеры сердца ("бычье сердце") отмечаются у больных с:

- а) Аортальным стенозом.
- б) Аортальной недостаточностью.
- в) Митральным стенозом.
- г) Митральной недостаточностью.
- д) Правильно 1 и 3.

109. Для больных с "чистой" аортальной недостаточностью характерно все перечисленное, кроме:

- а) Гиперемии кожных покровов.
- б) Бледности кожных покровов.
- в) Теплой влажной кожи.
- г) Усиления пульсации сонных артерий.
- д) Правильно 1 и 3.

110. Для больных аортальной недостаточностью характерно все перечисленное, кроме:

- а) Усиления пульсации сонных артерий.
- б) Повышения систолического артериального давления.
- в) Повышения диастолического артериального давления.
- г) Снижения диастолического давления.
- д) Выявления капиллярного пульса.

111. К аускультативным признакам аортальной недостаточности относится:

- а) Двойной тон Траубе (над бедренными артериями).
- б) Двойной шум Дюроэе (над бедренными артериями).
- в) Ранний нежный диастолический шум с максимумом в точке Боткина.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 2 и 3.

112. К признакам выраженной аортальной недостаточности относится:

- а) Выслушивание 3-го тона сердца.
- б) Увеличение продолжительности диастолического шума.
- в) Выслушивание шума Аугстина-Флинта (грубый диастолический шум в середине диастолы).
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

113. Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения всего перечисленного, кроме:

- а) Апрессина.
- б) Кантоприла.
- в) Коринфара.
- г) Обзидана.
- д) Празозина.

114. К основным причинам острой митральной недостаточности относится:

- а) Инфекционный эндокардит.
- б) Ишемия миокарда.
- в) Инфаркт миокарда.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

115. К основным причинам острой аортальной недостаточности относится:

- а) Инфекционный эндокардит.
- б) Расслоение аорты.
- в) Травмы грудной клетки.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

116. У больных с митральным стенозом признаками сопутствующего стеноза 3-х створчатого клапана является все перечисленное, за исключением:

- а) Венозного застоя в большом круге.
- б) Выраженной легочной гипертензии.
- в) Отсутствия легочной гипертензии.
- г) Отсутствия признаков гипертрофии правого желудочка.
- д) Увеличения предсердной волны венозного пульса.

117. Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается:

- а) Дефект межпредсердной перегородки.
- б) Аномалия Эбштейна.
- в) Стеноз легочной артерии.
- г) Тетрада Фалло.
- д) Комплекс Эйзенменгера.

118. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся все перечисленные, за исключением:

- а) Фиксированного расщепления 2-го тона.
- б) Ослабления пульмонального компонента 2-го тона.
- в) Среднесистолического шума над легочной артерией.
- г) Пальпируемого толчка правого желудочка.
- д) Усиления пульмонального компонента 2-го тона.

119. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся все перечисленные, кроме:

- а) Неполной блокады правой ножки пучка Гиса на ЭКГ.
- б) Увеличения правых отделов сердца.
- в) Гиперволемии малого круга.
- г) Гиповолемии малого круга.
- д) Расширения и усиления пульсации легочной артерии.

120. Сброс крови слева - направо при дефекте межпредсердной перегородки можно выявить с помощью:

- а) Допплерэхокардиографии.
- б) Цветового доплеровского картирования.
- в) Радионуклидной вентрикулографии.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильно 2 и 3.

121. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно все перечисленное, кроме:

- а) Грубого систолического шума.
- б) Выслушивания 3-го тона.
- в) Пальпируемого систолического дрожания.
- г) Соответствия интенсивности шума величине дефекта.
- д) Повышенного риска инфекционного эндокардита.

122. Для открытого артериального протока характерно все перечисленное, кроме:

- а) Увеличения амплитуды пульсации сонных артерий.
- б) Снижения диастолического АД.
- в) Уменьшения пульсового давления.
- г) Непрерывного систоло-диастолического шума.
- д) Увеличения левого желудочка.

123. Для стеноза легочной артерии характерно все перечисленное, за исключением:

- а) Усиления предсердной волны венозного пульса.
- б) Грубого систолического шума.
- в) Усиления пульмонального компонента 2-го тона.
- г) Ослабления пульмонального компонента 2-го тона.
- д) Расщепления 2-го тона.

124. При аномалии Эбштейна отмечается:

- а) Увеличение правого предсердия.
- б) Увеличение правого желудочка.
- в) Уменьшение правого желудочка.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 1 и 3.

125. Частое возникновение пароксизмальных тахикардий характерно для больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Открытым артериальным протоком.
- г) Аномалией Эбштейна.
- д) Комплексом Эйзенменгера.

126. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта чаще всего выявляется у больных с:

- а) Дефектом межпредсердной перегородки.
- б) Дефектом межжелудочковой перегородки.
- в) Открытым артериальным протоком.
- г) Аномалией Эбштейна.
- д) Тетрадой Фалло.

127. На вдохе могут усиливаться:

- а) Только систолические шумы.
- б) Только диастолические шумы.
- в) Как систолические, так и диастолические шумы.
- г) Ни те, и ни другие.

128. На выдохе могут усиливаться:

- а) Только систолические шумы.
- б) Только диастолические шумы.
- в) Как систолические, так и диастолические шумы.
- г) Ни те, и ни другие.

129. На вдохе происходит:

- а) Увеличение ударного объема правого желудочка.
- б) Увеличение ударного объема левого желудочка.
- в) Увеличение ударного объема левого и правого желудочков.

- г) Уменьшение ударного объема правого желудочка и увеличение ударного объема левого желудочка.
- д) Увеличение ударного объема правого желудочка и уменьшение ударного объема левого желудочка.

130. Расщепление II тона на вдохе обусловлено:

- а) Увеличением венозного возврата к правому желудочку.
- б) Уменьшением венозного возврата к правому желудочку.
- в) Ротацией сердца.
- г) Увеличением венозного возврата к правому желудочку и снижением заполнения левого желудочка.

131. На вдохе может наблюдаться усиление:

- а) Диастолического шума пульмональной регургитации.
- б) Диастолического шума трикуспидального стеноза.
- в) Систолического шума пульмонального стеноза.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

132. Аускультативные признаки пролапса митрального клапана на вдохе:

- а) Усиливаются.
- б) Ослабляются.
- в) Не изменяются.

133. Диастолический шум аортальной регургитации во время глубокого длительного выдоха:

- а) Усильвается.
- б) Ослабляется.
- в) Не изменяется.

134. При переходе из горизонтального положения в вертикальное становится более выраженной аускультативная симптоматика при:

- а) Гипертрофической кардиомиопатии.
- б) Пролапсе митрального клапана.
- в) Митральном стенозе.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильные ответы 1 и 2.

135. Переход из горизонтального в вертикальное положение сопровождается усилением аускультативной симптоматики:

- а) Митральной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Стенозе аорты.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

136. При переходе из вертикального положения в положение "на корточках" усиливается звучность шума при:

- а) Субаортальном стенозе.
- б) Пролапсе митрального клапана.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

137. При переходе из вертикального положения в положение "на корточках" усиливается звучность шумов при:

- а) Аортальной регургитации.
- б) Пролапсе митрального клапана.
- в) Субаортальном стенозе.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

138. Переход из вертикального положения в положение "на корточках" - прием, используемый при динамической аускультации сердца, сопровождается:

- а) Увеличением венозного возврата крови к сердцу.
- б) Увеличением системного сосудистого сопротивления.
- в) Как увеличением венозного возврата к сердцу, так и увеличением системного сосудистого сопротивления.
- г) Увеличением венозного возврата крови к сердцу и снижением системного сосудистого сопротивления.
- д) Уменьшением венозного возврата крови к сердцу и снижением системного сосудистого сопротивления.

139. Изометрическая нагрузка у больных с пороками сердца приводит к:

- а) Усилению шума при аортальном стенозе.
- б) Ослаблению шума митральной регургитации.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

140. При изометрической нагрузке усиливаются шумы при:

- а) Митральном стенозе.
- б) Аортальной регургитации.
- в) Митральной регургитации.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

141. Шум аортальной регургитации усиливается:

- а) После приема нитроглицерина.
- б) При выполнении статической нагрузки.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

142. Шум аортальной регургитации усиливается при:

- а) Изометрической нагрузке.
- б) Переходе в положение "на корточках".
- в) Наклоне вперед в положении сидя.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

143. После приема нитроглицерина усиливается звучность шумов при:

- а) Гипертрофической обструктивной кардиомиопатии.
- б) Протазисе митрального клапана.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

144. Задержка распространения пульсовой волны характерна для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Клапанного стеноза аорты.
- в) Трикуспидального стеноза.
- г) Коарктации аорты.
- д) Всего перечисленного.

145. Медленно наполняющийся малый пульс характерен для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Аортальной недостаточности.
- в) Аортального стеноза.
- г) Митральной недостаточности.

146. Быстрое увеличение амплитуды пульсовой волны характерно для:

- а) Митральной недостаточности.
- б) Митрального стеноза.
- в) Стеноза устья аорты.
- г) Стеноза легочной артерии.

147. Быстрое увеличение амплитуды пульсовой волны характерно для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) Стеноза устья аорты.
- г) Недостаточности клапана легочной артерии.

148. Пульсовая волна, характеризующаяся быстрым начальным наполнением с последующим быстрым спадением в систолу, характерна для:

- а) Аортального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- г) Аортальной недостаточности.
- д) Трикуспидальной недостаточности.

149. Причиной шума Грэхема-Стилла является:

- а) Стеноз устья аорты.
- б) Стеноз устья легочной артерии.
- в) Недостаточность аортального клапана.
- г) Относительная недостаточность клапана легочной артерии.

150. Рентгенологическими признаками артериальной легочной гипертензии при митральном стенозе являются все перечисленные, кроме:

- а) Выбухания дуги легочной артерии.
- б) Симптома "ампутации" корней легких.
- в) Прослеживания легочного рисунка до периферии легочных сосудов.

151. При auscultation сердца у больных с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки выслушивается:

- а) Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины.
- б) Усиление 2-го тона над легочной артерией.
- в) Ослабление второго тона над легочной артерией.
- г) Правильные ответы 1 и 2.
- д) Правильные ответы 1 и 3.

152. При auscultation сердца у больных с дефектом межпредсердной перегородки выслушивается:

- а) Систолический шум с эпицентром во 2-3-м межреберье по левому краю грудины.
- б) Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины.
- в) Усиление 2-го тона над легочной артерией.
- г) Правильные ответы 1 и 3.
- д) Правильные ответы 2 и 3.

153. Наиболее распространенным врожденным пороком сердца из нижеперечисленных является:

- а) Дефект межпредсердной перегородки.
- б) Дефект межжелудочковой перегородки.
- в) Изолированный стеноз легочной артерии.

Этапоны ответов:

001-Б	002-Д	003-Б	004-А	005-Б	006-Б	007-А	008-Б	009-А	010-А
011-А	012-А	013-Д	014-Д	015-А	016-Б	017-А	018-Б	019-Б	020-Г
021-Б	022-В	023-Г	024-Г	025-Г	026-А	027-Г	028-Б	029-А	030-В
031-В	032-Г	033-А	034-Б	035-Г	036-Б	037-Б	038-Г	039-В	040-А
041-В	042-А	043-Д	044-Д	045-Г	046-Б	047-Д	048-Д	049-А	050-В
051-Г	052-Г	053-Д	054-Б	055-Г	056-Б	057-Г	058-Д	059-В	060-А
061-Г	062-Б	063-Г	064-Д	065-Г	066-Г	067-Б	068-А	069-Г	070-Г
071-В	072-В	073-В	074-Б	075-А	076-Б	077-В	078-Г	079-Д	080-В
081-А	082-В	083-Г	084-Г	085-Д	086-Г	087-Д	088-Г	089-Б	090-В
091-Д	092-Д	093-Г	094-Б	095-Г	096-Г	097-Г	098-Г	099-Д	100-Д
101-Б	102-В	103-В	104-Д	105-В	106-В	107-В	108-Б	109-Б	110-В
111-Г	112-Г	113-Г	114-Г	115-Г	116-Б	117-А	118-Б	119-Г	120-Г
121-Г	122-В	123-В	124-Д	125-Г	126-Г	127-В	128-Б	129-Д	130-Г
131-Г	132-А	133-А	134-Д	135-Д	136-Г	137-А	138-В	139-Г	140-Г

141-Б	142-Г	143-В	144-Г	145-В	146-А	147-Б	148-Г	149-Г	150-В
151-Г	152-Г	153-Б							

Тема: Нарушения ритма сердца: экстрасистолии, суправентрикулярные тахикардии. Мерцательная аритмия. CCCY. Предсердно-желудочковые блокады. Блокада ножек и ветвей пучка Гиса. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических средств.

001. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:

- а) Экстрасистолия.
- б) Атриовентрикулярная диссоциация.
- в) Ускоренные эктопические ритмы сердца.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Ни одно из перечисленных.

002. Экстрасистолией называют:

- а) Преждевременные импульсы.
- б) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

003. К высказывающим сокращениям относят:

- а) Эктопические импульсы.
- б) Преждевременные импульсы.
- в) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

004. Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

- а) Пучок Джеймса.
- б) Пучок Махайма.
- в) Пучок Кента.

005. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- в) Желудочковая тахикардия.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Правильно 2 и 4.

006. Дополнительные пути проведения импульсов часто сочетаются с:

- а) Другими врожденными заболеваниями сердца.
- б) Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей.
- в) И то, и другое.
- г) Правильного ответа нет.

007. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:

- а) Укорочение интервала PR.
- б) "Дельта-волна".
- в) Уширение комплекса QRS.
- г) Дискордантное смещение сегмента ST.

008. Наиболее опасным вариантом тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта является:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- в) Правильного ответа нет.
- г) И то, и другое.

009. Основным показанием для назначения длительного мониторирования ЭКГ при заболеваниях сердца является:

- а) Выявление бессимптомных аритмий.
- б) Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

010. Основное назначение проведения чреспищеводной электростимуляции сердца у больных с пароксизмальными тахикардиями:

- а) Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии.
- б) Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахикардиями.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

011. Желудочковая экстрасистолия:

- а) Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца.
- б) Может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

012. Антиаритмические препараты могут вызвать аритмогенный эффект - учащение аритмии или появление нового вида нарушения ритма. В этом случае:

- а) Вероятность возникновения аритмогенного эффекта составляет примерно 10% при назначении любого антиаритмического препарата.
- б) Чем тяжелее аритмия - тем выше вероятность аритмогенного эффекта.
- в) Вследствие аритмогенного эффекта может быть даже развитие фибрилляции желудочков и внезапная смерть больного.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

013. Средние эффективные суточные дозы анаприлина (обзидана) составляют:

- а) 10-20 мг.
- б) 30-40 мг.

- в) 50-60 мг.
- г) 80-200 мг.
- д) 400 мг и более.

014. Средние эффективные суточные дозы кинилентина составляют:

- а) 125-250 мг.
- б) 375-500 мг.
- в) 750-1000 мг.
- г) 1500-2000 мг.
- д) Более 2000 мг.

015. Средние эффективные суточные дозы этmozина составляют:

- а) 200-300 мг.
- б) 400-500 мг.
- в) 600-800 мг.
- г) 1000-1500 мг.
- д) Более 1500 мг.

016. Средние эффективные суточные дозы этагизина составляют:

- а) 50-100мг.
- б) 150-200мг.
- в) 250-300мг.
- г) 350-400мг.
- д) Более 400мг.

017. Средние эффективные суточные дозы аллапинина составляют:

- а) 25-50 мг.
- б) 75-150 мг.
- в) 200-250 мг.
- г) 300-350 мг.
- д) Более 350 мг.

018. Средние эффективные суточные дозы новокаиамида составляют:

- а) 500-750 мг.
- б) 1-1,5 г.
- в) 2-3 г.
- г) 4-6 г.
- д) Более 6 г.

019. Средние суточные дозы кордарона при длительном приеме (после периода насыщения) составляют:

- а) 200-400мг.
- б) 600-800мг.
- в) 1000-1200мг.
- г) Более 1200мг.

020. Во время мерцания предсердий возможно все перечисленное ниже, кроме:

- а) Полной нерегулярности сердечных сокращений.
- б) Волн "f".
- в) Зубцов Р, отличающихся по форме от УсинусовыхФ.
- г) Правильного ответа нет.

021. Для урежения частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии назначают все нижеперечисленные препараты, кроме:

- а) Финоптоина.
- б) Дигоксина.
- в) Хинидина.
- г) Кордарона.
- д) Анаприлина.

022. При возникновении приступа мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта противопоказано введение:

- а) Новокаиамида.
- б) Финоптоина.
- в) Кордарона.
- г) Хинидина.
- д) Ритмилена.

023. Наиболее эффективен в купировании приступов наджелудочковой тахикардии:

- а) Строфантин.
- б) Финоптин.
- в) Обзидан.
- г) Лидокаин.
- д) Мезатон.

024. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь следует назначить:

- а) Финоптин.
- б) Лидокаин.
- в) Сердечные гликозиды.
- г) Обзидан.

025. Признаком дисфункции синусового узла является:

- а) Выраженная синусовая брадикардия.
- б) Мерцательная аритмия.
- в) Предсердная экстрасистолия.
- г) Атриовентрикулярная блокада I степени.
- д) Все перечисленное.

026. При атриовентрикулярной блокаде 1-й степени на ЭКГ отмечается:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Удлинение интервала PR.
- в) Атриовентрикулярная диссоциация.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

027. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Удлинение интервала PR.
- в) Уширение комплексов QRS.
- г) Все перечисленное.

028. При атриовентрикулярной блокаде 3 степени на ЭКГ отмечается:

- а) Выпадение комплексов QRS.
- б) Резкое удлинение интервала PR.
- в) Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

029. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа I ("Мобитц-I") характерно:

- а) Постоянство интервала PR.
- б) Прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS.
- в) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Все перечисленное.

030. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2") характерно:

- а) Прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов.
- б) Постоянство интервала PR.
- в) Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Все перечисленное.

031. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм с нормальными (неуширенными) комплексами QRS позволяет предположить развитие блокады:

- а) На уровне АВ-узла или пучка Гиса.
- б) На уровне ветвей пучка Гиса.
- в) На любом уровне.

032. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм с широкими комплексами QRS дает основание предположить развитие блокады:

- а) На уровне АВ-узла.
- б) На уровне пучка Гиса.
- в) На уровне ветвей пучка Гиса.
- г) На любом уровне.

033. Если при полной атриовентрикулярной блокаде (АВ-блокаде 3-й степени) регистрируется выскальзывающий ритм с уширенными комплексами QRS с частотой сердечных сокращений и равной 30 в 1 мин, наиболее вероятно, что локализация блокады:

- а) На уровне АВ-узла.
- б) На уровне пучка Гиса.
- в) На уровне ветвей пучка Гиса.

034. Признаком синоатриальной (СА) блокады II степени является:

- а) Эпизодическое выпадение комплексов QRS.
- б) Эпизодическое исчезновение зубцов Р.
- в) Отсутствие выскальзывающих сокращений во время паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

035. Абсолютным показанием для имплантации искусственного водителя ритма сердца является:

- а) Наличие признаков дисфункции синусового узла на ЭКГ.
- б) Атриовентрикулярные блокады 2-3-й степени (даже без симптомов).
- в) Возникновение предобморочных состояний или эпизодов потери сознания (приступов Морганьи-Эдемса-Стокса) у больных с дисфункцией синусового узла или АВ-блокадой 2-3-й степени.
- г) Все перечисленное.

036. Причиной выскальзывающих импульсов являются:

- а) Повышение частоты сердечных сокращений.
- б) Возникновение пауз (эпизодов асистолии).
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

037. Эктопическим ритмом называют:

- а) Любой ритм, кроме синусового.
- б) Ритмы с частотой менее 60 в мин.
- в) Ритмы с частотой более 100 в мин.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

038. Ускоренными эктопическими ритмами сердца называют:

- а) Выскальзывающие ритмы сердца.
- б) Эктопические ритмы с частотой менее 60 в мин.
- в) Эктопические ритмы с частотой более 60 в мин, но менее 100 в мин.
- г) Правильного ответа нет.

039. Высказывающие ритмы сердца:

- а) Необходимо устранять с помощью антиаритмических препаратов.
- б) Можно ускорить с помощью симпатомиметиков и/или холинолитиков.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

040. Уширение комплексов QRS на ЭКГ может наблюдаться при:

- а) Эктопическом образовании импульса в желудочках.
- б) Нарушении внутрижелудочковой проводимости.
- в) Синдроме предвозбуждения желудочков.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Правильно 2 и 3.

041. Причинами возникновения атриовентрикулярной диссоциации являются:

- а) Полная атриовентрикулярная блокада.
- б) Ускоренный ритм или тахикардия из атриовентрикулярного соединения.
- в) Ускоренный идиовентрикулярный ритм или желудочковая тахикардия.
- г) Все перечисленное.

042. Полная компенсаторная пауза:

- а) Бывает при желудочковой экстрасистолии.
- б) Может быть при наджелудочковой экстрасистолии.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

043. Признаками парасистолии являются:

- а) Изменяющийся интервал сцепления преждевременных комплексов.
- б) Наличие "сливных" комплексов.
- в) Возможность вычисления общего делителя для всех межэктопических интервалов.
- г) Все перечисленное.

044. При урежении частоты основного ритма у больных с парасистолией можно ожидать:

- а) Увеличения частоты парасистолических комплексов.
- б) Уменьшения частоты парасистолических комплексов.
- в) Отсутствия изменений частоты парасистолических комплексов.
- г) Правильно 1 и 3.

045. Клиническое значение, прогноз и лечебные мероприятия при экстрасистолии и парасистолии:

- а) Примерно одинаковы.
- б) Парасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма.
- в) Экстрасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма.

046. Тахикардия с уширенными комплексами QRS:

- а) Всегда является желудочковой.
- б) Может быть наджелудочковой - при нарушении внутрижелудочковой проводимости.
- в) Может быть наджелудочковой - у больных с синдромом предвозбуждения желудочков.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

047. При частом ритме с широкими комплексами QRS, признаками желудочковой тахикардии являются:

- а) Наличие "сливных" и/или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов").
- б) Наличие атриовентрикулярной диссоциации.
- в) Наличие ретроградных зубцов Р.
- г) Отсутствие зубцов Р.
- д) Правильно 1 и 2.

048. При наджелудочковой тахикардии с "тахизависимым" нарушением внутрижелудочковой проводимости комплексы QRS чаще всего:

- а) Имеют форму блокады правой ножки пучка Гиса.
- б) Имеют форму блокады левой ножки пучка Гиса.
- в) Уширены более 0,14 сек.
- г) Уширены менее 0,14 сек.
- д) Правильно 1 и 4.

049. При регистрации на ЭКГ наджелудочковой тахикардии с отсутствием зубцов Р наиболее вероятно, что у больного :

- а) Атриовентрикулярная узловая тахикардия.
- б) Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердная тахикардия.
- г) Вероятность всех трех вариантов одинакова.

050. При регистрации во время наджелудочковой тахикардии предсердных комплексов в области сегмента ST или зубца Т наиболее вероятно, что у больного:

- а) Атриовентрикулярная узловая тахикардия.
- б) Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердная тахикардия.
- г) Вероятность всех трех вариантов примерно одинакова.

051. Развитие атриовентрикулярной блокады II степени без прерывания пароксизма тахикардии наиболее характерно для:

- а) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- б) Наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения.
- в) Предсердной тахикардии.
- г) Правильно 1 и 2.

052. Прекращение приступа после применения вагусных приемов (проба Вальсальвы, массаж сонной артерии) наиболее вероятно при:

- а) Предсердной тахикардии.
- б) Мерцательной аритмии.
- в) Атриовентрикулярной узловой тахикардии или наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения.

г) Желудочковой тахикардии.

053. Полная нерегулярность ритма желудочковых сокращений наиболее характерна для:

- а) Предсердной тахикардии.
- б) Мерцания предсердий.
- в) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- г) Желудочковой тахикардии.

054. Признаки предвозбуждения желудочков на ЭКГ могут имитировать:

- а) Крупноочаговые рубцовые изменения.
- б) Блокады ветвей п. Гиса.
- в) И то, и другое.
- г) Ничего из перечисленного.

055. Нормализация уширенных желудочковых комплексов во время физической нагрузки или после введения новокаинамида может наблюдаться у больных с:

- а) Предвозбуждением желудочков.
- б) Крупноочаговыми рубцовыми изменениями.
- в) Блокадой ветвей п. Гиса.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из перечисленных состояний.

056. Показаниями к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца являются:

- а) Субъективно плохая переносимость сердцебиения и/или перебоев в работе сердца.
- б) Выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией.
- в) Неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

057. Согласно наиболее распространенной классификации антиаритмические препараты разделяют на:

- а) 2 класса.
- б) 3 класса.
- в) 4 класса.
- г) 5 классов.
- д) 6 классов.

058. Наибольшее количество антиаритмических препаратов относится:

- а) К 1-му классу.
- б) Ко 2-му классу.
- в) К 3-му классу.
- г) К 4-му классу.

059. Какой из классов антиаритмических препаратов дополнительно разделяют на подклассы "А", "В", "С":

- а) 1-й.
- б) 2-й.
- в) 3-й.
- г) 4-й.

060. Самым опасным осложнением, связанным с приемом хинидина является:

- а) Головокружение.
- б) Нарушение функции желудочно-кишечного тракта.
- в) Возникновение желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- г) Возникновение фиброза легких.
- д) Ничего из перечисленного.

061. Фактором риска возникновения желудочковой тахикардии типа "пируэт" на фоне приема хинидина, новокаинамида или дизопирамида является:

- а) Исходное удлинение интервала QT.
- б) Гипокалисемия.
- в) Брадикардия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

062. Самым опасным осложнением, связанным с приемом кордарона, является:

- а) Нарушение функции щитовидной железы.
- б) Возникновение фиброза легких.
- в) Фотосенсибилизация.
- г) Периферические нейропатии.
- д) Паркинсонизм.

063. Среди антиаритмических препаратов холинолитическое действие в наибольшей степени выражено у:

- а) Хинидина.
- б) Новокаинамида.
- в) Дизопирамида (ритмилена).
- г) Этmozина.
- д) Этацизина.

064. Общее периферическое сопротивление повышают:

- а) Хинидин и новокаинамид.
- б) Анаприлин (обзидан) и дизопирамид (ритмилен).
- в) Кордарон и верапамил (финонтин).

065. Противопоказаниями к назначению бета-блокаторов являются:

- а) Выраженная брадикардия (ЧСС менее 50/мин).
- б) Перемежающаяся хромота, синдром Рейно.

- в) Бронхиальная астма.
- г) Декомпенсированный сахарный диабет.
- д) Все перечисленное.

066. В меньшей степени урежают частоту сердечных сокращений в покое:

- а) Анаприлин (обзидан) .
- б) Спесикор (метопролол) .
- в) Вискен (пиндолол) .
- г) Правильный ответ 2 и 3.

067. Назначение лидокаина показано при:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- в) Желудочковой тахикардии.
- г) При всех перечисленных аритмиях.

068. Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать:

- а) Купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- б) Купирование приступа мерцательной аритмии.
- в) Урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии.
- г) Урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- д) Правильно 1 и 3.

069. Средняя доза верапамила (финоптина) при в/в введении составляет:

- а) 10 мг.
- б) 20 мг.
- в) 30 мг.
- г) 40 мг.

070. Средняя доза новокаинамида для купирования мерцательной аритмии при в/в введении составляет:

- а) 0,25 г (2,5 мл 10% раствора) .
- б) 1 г (10 мл 10% раствора) .
- в) 2 г (20 мл 10% раствора) .
- г) 3 г (30 мл 10% раствора) .

071. Рекомендуемая скорость в/в введения 1 г (10 мл 10% раствора) новокаинамида составляет:

- а) 2 мин (500 мл/мин.) .
- б) 5-10 мин (100-200 мл/мин.) .
- в) 10-20 мин (50-100 мл/мин.) .

072. Самым частым осложнением при в/в введении новокаинамида (особенно при очень быстром введении) является:

- а) Резкая брадикардия.
- б) Гипотония.
- в) Тошнота.
- г) Головная боль.

073. Рекомендуемая скорость в/в введения обзидана:

- а) 1 мл/мин.
- б) 2 мл/мин.
- в) 3 мл/мин.
- г) 5 мл/мин.

074. При мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта противопоказано в/в введение:

- а) Новокаинамида.
- б) Ритмилена (диэтипирамида).
- в) Верапамила (финоптина).
- г) Этмозина.
- д) Кордарона.

075. Верапамил является средством выбора при:

- а) Полиморфной желудочковой тахикардии.
- б) Желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- в) Идиопатической желудочковой тахикардии, при которой форма комплексов QRS напоминает блокаду правой ножки п. Гиса с отклонением электрической оси влево.
- г) Двунправленной желудочковой тахикардии.

076. Средством выбора для устранения гипотонии, возможной при в/в введении верапамила (финоптина) , является:

- а) Мезатон.
- б) Хлористый кальций (или глюконат кальция) .
- в) Плазмозамещающие растворы.
- г) Сердечные гликозиды.

077. Повышение концентрации сердечных гликозидов в крови вызывают:

- а) Хинидин и корларон.
- б) Новокаинамид и ритмилен.
- в) Анаприлин (обзидан).
- г) Верапамил (финоптин).
- д) Правильно 1 и 4.

078. Наиболее распространенной схемой назначения кордарона внутрь является:

- а) Насыщение по 3-6 табл. в день в течение 7-10 дней.
- б) Насыщение по 10 табл. в день в течение недели.
- в) Насыщение по 6-8 табл. в день в течение 2-4 недель.

079. При назначении комбинации антиаритмических препаратов в уменьшенных дозах в большинстве случаев:

- а) Наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений.
- б) Отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата.
- в) Правильного ответа нет.
- г) Наблюдается снижение эффективности.

080. Следствием интоксикации сердечными гликозидами могут быть:

- а) Предсердная тахикардия с атриовентрикулярной блокадой II степени.
- б) "Непароксизмальная тахикардия из атриовентрикулярного соединения".
- в) Двухнаправленная желудочковая тахикардия.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

081. Вероятность возникновения аритмогенного эффекта при назначении антиаритмических препаратов более высока у больных с:

- а) Экстрасистолией.
- б) Наджелудочковыми аритмиями.
- в) Тяжелыми желудочковыми аритмиями.
- г) Выраженным поражением миокарда.
- д) Правильно 3 и 4.

082. Частота возникновения аритмогенного эффекта при приеме любого антиаритмического препарата составляет:

- а) Около 5-10%.
- б) 20% - 30%.
- в) 40% - 50%.
- г) Более 50%.

083. Для проведения электрической дефибрилляции при фибрилляции желудочков целесообразно использовать разряд мощностью:

- а) 2 кв.
- б) 3 кв.
- в) 4 кв.
- г) 5 кв и более.

084. Для восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, как правило, необходим разряд мощностью более 3 кв при:

- а) Мерцании предсердий.
- б) Трепетании предсердий.
- в) Наджелудочковых тахикардиях.
- г) Желудочковых тахикардиях.
- д) При всех перечисленных.

085. Для обезболивания перед проведением электроимпульсной терапии используют:

- а) Реланиум (седуксен) .
- б) Тиопентал натрия.
- в) Гексенал.
- г) Все перечисленное.

086. Применение электрической стимуляции сердца для купирования пароксизмальных тахикардий наиболее эффективно при:

- а) Мерцании предсердий.
- б) Пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях.
- в) Пароксизмальных желудочковых тахикардиях.
- г) Всех перечисленных тахикардиях.
- д) Ни при одном из перечисленных.

087. С помощью электрической стимуляции невозможно купировать:

- а) Мерцание предсердий.
- б) Трепетание предсердий.
- в) Пароксизмальную наджелудочковую тахикардию.
- г) Пароксизмальную желудочковую тахикардию.

088. Имплантированные кардиостимуляторы можно использовать для:

- а) Предупреждения эпизодов асистолии.
- б) Купирования пароксизмальных тахикардий.
- в) Предупреждения возникновения тахикардий.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

089. "Синдром кардиостимулятора" может наблюдаться у больных с электростимуляцией:

- а) Предсердий.
- б) Желудочков.
- в) Двухкамерной стимуляции.
- г) При всем перечисленном.

090. Признаками "синдрома кардиостимулятора" является:

- а) Общая слабость и быстрая утомляемость.
- б) Ощущения дискомфорта за грудиной, "кома в горле".
- в) Головокружения и обмороки.
- г) Одышка при нагрузке.
- д) Все перечисленное.

091. Причиной "синдрома кардиостимулятора" является:

- а) Отсутствие синхронизации сокращений предсердий и желудочков (атриовентрикулярная диссоциация) .
- б) Ретроградное проведение импульсов к предсердиям при электростимуляции желудочков.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

092. "Физиологической" стимуляцией сердца называют все перечисленные виды стимуляции, кроме:

- а) Стимуляции предсердий.

б) Стимуляции желудочков.

в) Двухкамерной стимуляции ("Р-синхронизированная" и последовательная предсердно-желудочковая стимуляция).

093. Имплантация кардиостимулятора считается показанной даже при отсутствии клинических симптомов у больных с:

а) Синусоватриальной блокадой 2-й степени.

б) Атриовентрикулярной блокадой 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2").

в) Приобретенной полной атриовентрикулярной блокадой.

г) Врожденной полной атриовентрикулярной блокадой.

д) Правильно 2 и 3.

094. У больных с имплантированным кардиостимулятором в режиме "деманд" во время восстановления синусового ритма нередко отмечаются инверсия зубца Т и/или депрессия сегмента ST. Эти изменения:

а) Всегда являются отражением ишемии миокарда.

б) Могут быть обусловлены чисто "электрическими" влияниями (так называемый "постстимуляционный" или "постдеполяризационный" синдром).

в) Правильного ответа нет.

095. При лечении больных с опасными для жизни желудочковыми тахикардиями с помощью электрических приборов, наилучших результатов удалось достичь при имплантации:

а) Кардиостимуляторов.

б) Кардиовертеров.

в) Кардиовертеров-дефибрилляторов.

096. Наилучшие результаты хирургического лечения тахикардий достигнуты у больных с:

а) Синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

б) Желудочковыми тахикардиями.

в) Мерцательной аритмией.

г) Все ответы правильные.

097. При хирургическом лечении желудочковой тахикардии у больных с постинфарктным кардиосклерозом используют:

а) Аневризмэктомию (или удаление постинфарктного рубца).

б) Циркулярную (окружающую) венектомия.

в) Эндокардиальную резекцию по данным эндокардиального картирования.

г) Все перечисленное.

д) Правильно 1 и 3.

098. Для лечения нарушений ритма используют:

а) Деструкцию атриовентрикулярного соединения с последующей имплантацией кардиостимулятора.

б) Деструкцию дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта).

в) Деструкцию аритмогенного фокуса в предсердиях.

г) Деструкцию аритмогенного фокуса в желудочках.

д) Все перечисленное.

099. Частая и/или групповая предсердная или желудочковая экстрасистолия:

а) Может указывать на наличие органического поражения сердечно-сосудистой системы.

б) Может регистрироваться и у лиц без других признаков поражения сердца.

в) Оба ответа правильные.

г) Правильного ответа нет.

100. Клиническое значение экстрасистолии и прогноз у лиц с этой аритмией:

а) Прежде всего зависит от характера основного заболевания и степени поражения миокарда.

б) Без признаков органического поражения сердца, как правило, не представляют опасности.

в) Оба ответа правильные.

г) Правильного ответа нет.

101. Регистрация частой и/или групповой желудочковой экстрасистолии на ЭКГ:

а) Является показанием для назначения антиаритмических препаратов.

б) Экстрасистолия сама по себе не является показанием для проведения специального антиаритмического лечения.

в) Правильного ответа нет.

102. В отношении лечения желудочковой экстрасистолии у больных ИБС:

а) Доказано, что эффективное лечение антиаритмическими препаратами первой группы улучшает прогноз.

б) Показано, что назначение бета-блокаторов способно улучшить прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда.

в) В некоторых исследованиях наблюдалось увеличение летальности в группе "эффективно леченных" антиаритмическими препаратами первой группы больных по сравнению с контрольной группой больных (принимавших плацебо).

г) Правильно 2 и 3.

103. У больных с сердечной недостаточностью заметное уменьшение экстрасистолии может быть достигнуто при назначении:

а) Диуретиков.

б) Сердечных гликозидов.

в) Каптоприла (капотена).

г) Коринфара (нифедипин, кордафен).

104. Ускоренные эктопические ритмы сердца могут наблюдаться при:

а) Миокардите.

б) Инфаркте миокарда.

в) Интоксикации сердечными гликозидами.

г) Приеме симпатомиметиков.

д) При всех перечисленных состояниях.

105. При тахикардии с узкими комплексами QRS источник ритма может находиться в любом из перечисленных отделов сердца, кроме:

а) Предсердий.

б) Атриовентрикулярного узла.

в) Пучка Гиса.

г) Ветвей пучка Гиса.

106. При наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) циркуляция импульса происходит:

- а) В пределах предсердий.
- б) В атриовентрикулярном узле.
- в) Включает предсердия, АВ-узел, пучок Гиса и одну из его ветвей, и пучок Кента.
- г) Правильно 1 и 2.

107. Среди перечисленных пароксизмальных аритмий наиболее часто встречается:

- а) Мерцание предсердий.
- б) Трепетание предсердий.
- в) Тахикардия из атриовентрикулярного соединения.
- г) Желудочковые тахикардии.

108. Причинами синусовой тахикардии, не связанной с физической нагрузкой, могут быть:

- а) Тиреотоксикоз.
- б) Анемия.
- в) Феохромоцитома.
- г) Миокардит.
- д) Все перечисленное.

109. Кроме синусовой тахикардии "синусовая" (нормальная) форма зубцов Р может наблюдаться при:

- а) Предсердной тахикардии из верхней части правого предсердия.
- б) Синоатриальной реципрокной тахикардии.
- в) Атриовентрикулярной тахикардии у больного с дополнительным путем АВ-проведения (при локализации предсердной части дополнительного пути в верхней части правого предсердия).
- г) При всех перечисленных тахикардиях.

110. Атриовентрикулярная блокада II степени во время наджелудочковой тахикардии чаще всего возникает при:

- а) Предсердных тахикардиях.
- б) Атриовентрикулярной узловой тахикардии.
- в) Атриовентрикулярных тахикардиях с участием дополнительных путей проведения.
- г) Правильно 2 и 3.

111. Полиморфная предсердная тахикардия:

- а) Чаще всего возникает у больных с тяжелыми заболеваниями легких.
- б) Возникает на фоне приема симпатомиметиков, эуфиллина.
- в) Считается прогностически неблагоприятным признаком.
- г) Все ответы правильные.

112. При высокой частоте ритма во время мерцательной аритмии препаратом выбора для урежения частоты сокращений желудочков является:

- а) Хинидин.
- б) Верапамил (финоптин).
- в) Дизопирамид (ритмилен).
- г) Новокаинамид.
- д) Этацизин.

113. Возникновение мерцания предсердий:

- а) Практически не влияет на показатели центральной гемодинамики.
- б) У большинства больных приводит к снижению ударного объема и сердечного выброса.
- в) У больных с идиопатической мерцательной аритмией часто приводит к увеличению ударного объема.

114. Тромбозмболии при постоянной форме мерцательной аритмии наиболее часто возникают у больных:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Митральным пороком сердца.
- в) Артериальной гипертензией.
- г) С идиопатической мерцательной аритмией.
- д) Правильно 1 и 3.

115. Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при:

- а) Синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- б) Тиреотоксикозе.
- в) Синдроме укороченного интервала PR.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 3.

116. Ускорение частоты сокращений желудочков во время мерцательной аритмии (у больных без признаков предвозбуждения желудочков) может вызвать применение любого из нижеперечисленных препаратов, кроме:

- а) Хинидина.
- б) Новокаинамида.
- в) Дизопирамида (ритмилена).
- г) Верапамила (финоптина).

117. Признаком отсутствия повышенного риска внезапной смерти у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта считается:

- а) Максимальная частота сердечных сокращений во время пароксизма мерцательной аритмии более 240 в мин.
- б) Максимальная частота сердечных сокращений во время пароксизма мерцательной аритмии менее 240 в мин.
- в) Правильного ответа нет.

118. Для оценки риска высокой частоты сердечных сокращений во время мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта используют:

- а) Индукцию мерцательной аритмии или частую стимуляцию предсердий на фоне инфузии изопроterenола (изадрина).
- б) Индукцию мерцательной аритмии или частую стимуляцию предсердий во время пробы с физической нагрузкой.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

119. Если приступ мерцательной аритмии сопровождается такими симптомами как сердечная астма, резкая гипотония, стенокардия, то наиболее эффективным является:

- а) Введение сердечных гликозидов.
- б) Введение новокаинамида.
- в) Проведение электроимпульсной терапии.
- г) Все перечисленное.

120. Минимальная мощность разряда для купирования мерцания предсердий с помощью электроимпульсной терапии, как правило, составляет:

- а) 1 кв.
- б) 3-4 кв.
- в) 5-6 кв.
- г) Более 6 кв.

121. При электроимпульсной терапии трепетания предсердий:

- а) Как правило, достаточно разряда мощностью в 2-3 кв. .
- б) Необходимо использование разряда мощностью не менее 4 кв. .
- в) Необходимо использование разряда мощностью более 5 кв. .

122. Для купирования приступа трепетания предсердий можно использовать:

- а) Электроимпульсную терапию.
- б) Частую стимуляцию предсердий.
- в) Антиаритмические препараты.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

123. Для восстановления синусового ритма при пароксизме мерцательной аритмии используют:

- а) Хинидин.
- б) Новокаинамид.
- в) Дизопирамид (ритмилен) .
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

124. Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

- а) Хинидин.
- б) Новокаинамид.
- в) Кордарон.
- г) Анаприлин (обзидан) .
- д) Финоптин.

125. При восстановлении синусового ритма у больных с постоянной формой мерцательной аритмии вероятность возникновения так называемых "нормализационных" тромбозов повышена у больных с:

- а) Тромбозомиями в анамнезе.
- б) Митральным пороком сердца.
- в) Выраженной кардиомегалией.
- г) При всем перечисленном.
- д) Правильно 1 и 3.

126. Больным с повышенным риском возникновения тромбозов при проведении электроимпульсной терапии по поводу постоянной формы мерцательной аритмии непрямыми антикоагулянтами назначают:

- а) В течение 3-х дней до и после восстановления ритма.
- б) В течение 2-3-х недель до и после восстановления синусового ритма.
- в) Не менее, чем в течение месяца до и после восстановления ритма.
- г) Только в течение 1-2-х недель до попытки восстановления синусового ритма.

127. При возникновении атриовентрикулярной блокады 2-й степени из перечисленных пароксизмальных наджелудочковых тахикардий всегда прекращается:

- а) Предсердная тахикардия.
- б) АВ - узловая тахикардия.
- в) Атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей АВ-проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта) .
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

128. При возникновении приступа устойчивого сердцебиения в пользу того, что тахикардия желудочковая, свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме:

- а) Купирования приступа с помощью вагусных приемов.
- б) Инфаркта миокарда в анамнезе (и возникновение приступов только после инфаркта) .
- в) Появления нерегулярных усиленных волн венного пульса (на венах шеи) .

129. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь используют:

- а) Новокаинамид.
- б) Лидокаин.
- в) Обзидан.
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Строфантин.

130. Для купирования приступа желудочковой тахикардии при отсутствии эффекта от лидокаина, применяют:

- а) Новокаинамид.
- б) Мезатон.
- в) Обзидан.
- г) Верапамил (финоптин) .
- д) Строфантин.

131. Подбор профилактической антиаритмической терапии при желудочковых тахикардиях с помощью повторной электростимуляции желудочков (электрофизиологическое исследование сердца) показан больным с:

- а) Очень частыми пароксизмами желудочковой тахикардии (например, ежедневно или через 1-2 дня) .

- б) Редкими легкопротекающими приступами желудочковой тахикардии.
- в) Редкими, но очень тяжело протекающими приступами желудочковой тахикардии.
- г) При всем перечисленном.

132. Для купирования и предотвращения желудочковой тахикардии типа "пируэт" у больных с приобретенным удлинением интервала QT кроме отмены препарата, являющегося причиной этого состояния, используют:

- а) Электрокардиостимуляцию с частотой 90-120 в мин.
- б) Инфузию изопроterenола (изадрина).
- в) Введение сернокислой магнезии.
- г) Устранение гипокалиемии.
- д) Все перечисленное.

133. Для лечения желудочковой тахикардии типа "пируэт" у больных с врожденным синдромом удлинения интервала QT применяют:

- а) Постоянный прием бета-блокаторов.
- б) Удаление левого звездчатого ганглия.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

134. У больных с аритмогенной дисплазией правого желудочка:

- а) Комплексы QRS во время желудочковой тахикардии, как правило, изменены по типу блокады левой ножки п. Гиса.
- б) Может быть увеличение размеров правого желудочка.
- в) На ЭКГ во время синусового ритма могут регистрироваться отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях и признаки блокады правой ножки п. Гиса.
- г) Может быть все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

135. "Идиопатическая" форма пароксизмальной желудочковой тахикардии:

- а) Как правило, не вызывает заметных нарушений гемодинамики.
- б) Больные с идиопатической желудочковой тахикардией почти всегда имеют благоприятный прогноз жизни.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

136. У больных с идиопатической пароксизмальной желудочковой тахикардией при изменении комплексов QRS во время тахикардии по типу блокады правой ножки п. Гиса с резким отклонением электрической оси влево наиболее эффективно назначение:

- а) Хинидина.
- б) Анаприлина (обзидана).
- в) Верапамила (финоптина).
- г) Кордарона.

137. Средством выбора в лечении желудочковой тахикардии, возникающей во время физической нагрузки, является:

- а) Хинидин.
- б) Анаприлин (обзидан).
- в) Кордарон.
- г) Дифенин.

138. При проведении реанимационных мероприятий у больных с рефрактерной фибрилляцией желудочков кроме повторных попыток дефибрилляции показано введение:

- а) Адреналина.
- б) Хлористого кальция.
- в) Глюкокортикоидных гормонов.
- г) Всего перечисленного.

139. При остановке сердца вследствие асистолии или электро-механической диссоциации эффективность реанимационных мероприятий:

- а) Такая же, как и при фибрилляции желудочков.
- б) Гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков.
- в) Гораздо ниже, чем при фибрилляции желудочков.
- г) Правильного ответа нет.

140. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:

- а) Асистолия желудочков.
- б) Фибрилляция желудочков.
- в) Электро-механическая диссоциация.
- г) Правильно 1 и 2.

141. Для оценки эффективности антиаритмической терапии у лиц, реанимированных после внезапной смерти, используют:

- а) Длительное мониторирование ЭКГ.
- б) Повторные пробы с физической нагрузкой.
- в) Повторное проведение электростимуляции желудочков.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 3.

142. Основными клиническими симптомами синдрома слабости синусового узла являются:

- а) Головокружения и обмороки.
- б) Стенокардия и сердцебиение.
- в) Одышка и слабость.
- г) Ничего из перечисленного.

143. При наличии признаков синдрома слабости синусового узла на ЭКГ:

- а) Больные без клинических симптомов не нуждаются в специальном лечении и обследовании.
- б) Прогноз у больных без клинических симптомов вполне благоприятный.
- в) Прогноз у больных с обмороками и/или головокружениями прежде всего зависит от основного заболевания и степени поражения миокарда.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно 1 и 2.

144. Проведение пробы с частой стимуляцией предсердий при синдроме слабости синусового узла:

- а) Показано только больным с обмороками и/или головокружениями неясной этиологии, если синдром слабости синусового узла является возможной причиной этих симптомов.
- б) Отрицательные результаты пробы (нормальные показатели функции синусового узла) не исключают диагноз синдрома слабости синусового узла.
- в) Не показано больным без клинических симптомов с признаками дисфункции синусового узла на ЭКГ.
- г) Все ответы правильные.

145. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме "деманд") :

- а) Показана всем больным с ЭКГ- признаками синдрома слабости синусового узла.
- б) Показана только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения) .
- в) Показана больным с синоатриальной блокадой 2-ой степени.
- г) Правильно 2 и 3.

146. Для урежения частоты сердечных сокращений во время пароксизмальной мерцательной аритмии у больных с синдромом слабости синусового узла наиболее целесообразно использовать:

- а) Верапамил (финоптин) .
- б) Анаприлин (обзидан) .
- в) Дигоксин.
- г) Кордарон.
- д) Правильно 1 и 2.

147. Блокады ветвей п. Гиса:

- а) Могут быть "идиопатическими" - у лиц без признаков сердечно-сосудистых заболеваний.
- б) Прогноз у больных с блокадами ветвей п. Гиса прежде всего зависит от характера основного заболевания.
- в) Прогноз у лиц с "идиопатическими" блокадами ветвей п. Гиса, как правило, вполне благоприятный.
- г) Все ответы правильные.

148. У больных с ЭКГ - признаками хронической блокады 2-х ветвей п. Гиса:

- а) Резко повышен риск развития полной атриовентрикулярной блокады.
- б) Даже при отсутствии симптомов целесообразна "профилактическая" имплантация кардиостимулятора.
- в) "Профилактическая" имплантация кардиостимулятора нецелесообразна, т. к. ни в одном исследовании не выявлено увеличения продолжительности жизни после имплантации кардиостимулятора у больных с блокадой ветвей п. Гиса.
- г) Правильно 1 и 2.

149. При постоянной атриовентрикулярной блокаде I степени:

- а) Показано специальное лечение, направленное на уменьшение степени блокады.
- б) Не требуется специального лечения.
- в) Назначение препаратов, замедляющих проведение в АВ-узле (верапамил, анаприлин, дигоксин и т. п.) , абсолютно противопоказано.
- г) При наличии показаний возможно осторожное применение препаратов, замедляющих проведение в АВ-узле.
- д) Правильно 2 и 4.

150. Периодическое прогрессивное укорочение интервалов RR (или PP) на протяжении нескольких циклов с последующей паузой (внезапное удлинение интервала RR или PP) характерно для:

- а) Синоатриальной блокады II степени тип I.
- б) Синоатриальной блокады II степени тип II.
- в) Атриовентрикулярной блокады II степени тип I.
- г) Атриовентрикулярной блокады II степени тип II.
- д) Правильно 1 и 3.
- е) Правильно 2 и 4.

151. Уменьшение выраженности блокады или восстановление проведения под влиянием физической нагрузки или введения атропина возможно при:

- а) АВ-блокаде II степени тип I.
- б) АВ-блокаде II степени тип II.
- в) Полной АВ-блокаде на уровне АВ-узла.
- г) Полной АВ-блокаде на уровне системы Гиса-Пуркинье.
- д) Правильно 1 и 3.
- е) Правильно 2 и 4.

152. Уменьшение выраженности блокады или восстановление проведения во время массажа каротидного синуса или после введения обзидана возможно при:

- а) АВ-блокаде II степени тип I.
- б) АВ-блокаде II степени тип II.
- в) Полной АВ-блокаде на уровне АВ-узла.
- г) Полной АВ-блокаде на уровне системы Гиса-Пуркинье.
- д) Правильно 1 и 3.
- е) Правильно 2 и 4.

153. Постоянная атриовентрикулярная блокада III степени на уровне АВ-узла:

- а) Как правило, является врожденной.
- б) Как правило, является приобретенной.
- в) Является абсолютным показанием для имплантации кардиостимулятора.
- г) Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами и/или резкой брадикардией.
- д) Правильно 1 и 4.

154. Постоянная атриовентрикулярная блокада III степени на уровне системы Гиса-Пуркинье:

- а) Как правило, является приобретенной.
- б) Является показанием для имплантации кардиостимулятора.
- в) Имплантация кардиостимулятора показана только больным с клиническими симптомами (приступами Морганьи-Эдемса-Стокса) .
- г) Правильно 1 и 2.

155. При внезапном возникновении выраженных брадиаритмий рационально использовать все перечисленное, кроме:

- а) Внутривенного введения атропина.
- б) Инфузии изопроterenopa (изадрина) , алулента, астмолента.
- в) Внутривенного введения преднизолона и фуросемида.

г) Временной электрокардиостимуляции.

156. Потенциалом покоя называют:

- а) Разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время систолы.
- б) Разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время диастолы.
- в) Максимальный диастолический потенциал в клетках синусового и атриовентрикулярного узлов.
- г) Разность концентраций ионов натрия внутри клеток и в межклеточной среде.
- д) Правильно 2 и 4.

157. Потенциалом действия называют:

- а) Быструю деполяризацию клеточной мембраны.
- б) Деполяризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны.
- в) Вход ионов натрия в клетку после достижения порогового потенциала.
- г) Правильно 2 и 3.
- д) Правильного ответа нет.

158. Автоматизм клеток синусового узла обеспечивается:

- а) Спонтанной диастолической деполяризацией.
- б) Работой так называемой натрий-калиевой помпы.
- в) Преобладанием во время диастолы ионного тока внутрь клетки над током наружу.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

159. Скорость проведения в миокарде:

- а) Зависит от скорости нулевой фазы потенциала действия.
- б) Зависит от уровня потенциала покоя.
- в) Выше при проведении вдоль волокон миокарда.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильно только 1 и 3.

160. С помощью электрокардиостимуляции можно вызвать тахикардию, обусловленную механизмом:

- а) Повторного входа волны возбуждения.
- б) Ранних постдеполяризаций.
- в) Поздних постдеполяризаций.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 1 и 3.

161. Усиленные ("гигантские") нерегулярные волны венного пульса могут наблюдаться при:

- а) Полной атриовентрикулярной блокаде.
- б) Желудочковой тахикардии.
- в) Ускоренном ритме из атриовентрикулярного соединения.
- г) При всех перечисленных аритмиях.
- д) Правильно только 1 и 2.

162. Регистрация поздних потенциалов желудочков является:

- а) Отражением участков замедленного проведения в миокарде.
- б) Признаком наличия аритмогенного фокуса в миокарде.
- в) Отражением участка полной блокады проведения в миокарде.
- г) Всем перечисленным.

163. Скорость проведения в миокарде желудочков в наибольшей степени замедляет:

- а) Хинидин.
- б) Обзидан.
- в) Кордарон.
- г) Этацизин.
- д) Финоптин.

164. Скорость проведения в атриовентрикулярном узле в максимальной степени замедляет:

- а) Хинидин.
- б) Этмозин.
- в) Ритмилен.
- г) Финоптин.
- д) Дифенин.

165. Продолжительность потенциала действия в наибольшей степени увеличивает:

- а) Хинидин.
- б) Этмозин.
- в) Этацизин.
- г) Кордарон.
- д) Финоптин.

166. Ускорение реполяризации в миокарде желудочков может вызывать:

- а) Хинидин.
- б) Ритмилен.
- в) Лидокаин.
- г) Кордарон.
- д) Этацизин.

167. Потенциально наиболее вероятной причиной аритмогенного действия препаратов является:

- а) Замедление скорости проведения.
- б) Удлинение рефрактерных периодов.
- в) Укорочение рефрактерных периодов.
- г) Ускорение проведения в сочетании с удлинением рефрактерных периодов.
- д) Замедление проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов.

168. Теоретически антиаритмическое действие препаратов наиболее вероятно обусловлено:

- а) Замедлением скорости проведения.
- б) Удлинением рефрактерных периодов.
- в) Укорочением рефрактерных периодов.
- г) Ускорением проведения в сочетании с удлинением рефрактерных периодов.
- д) Замедлением проведения в сочетании с укорочением рефрактерных периодов.

169. Предположительно наибольшей "антифибрилляторной" активностью обладает:

- а) Хинидин.
- б) Обзидан.
- в) Этmozин.
- г) Этацизин.
- д) Финоптин.

170. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает:

- а) Хинидин.
- б) Ритмилен.
- в) Кордарон.
- г) Этmozин.
- д) Мекситил.

171. Вазоконстрикторным действием обладает:

- а) Хинидин.
- б) Ритмилен.
- в) Кордарон.
- г) Этmozин.
- д) Мекситил.

172. Возникновение желудочковой тахикардии типа "пируэт" чаще всего отмечено на фоне приема:

- а) Хинидина.
- б) Этmozина.
- в) Этацизина.
- г) Корларона.
- д) Финоптина.

173. Возникновение аритмогенного эффекта чаще всего отмечено при приеме:

- а) Хинидина.
- б) Ритмилена.
- в) Препаратов подкласса I "С" (флекаинид, энкаинид и др.).
- г) Корларона.
- д) Финоптина.

174. Удлинение интервала QT, не связанное с уширением комплекса QRS, отмечается на фоне приема:

- а) Хинидина.
- б) Этmozина.
- в) Корларона.
- г) Все перечисленного.
- д) Правильно 1 и 3.

175. Возникновение волчаночного синдрома отмечено на фоне приема:

- а) Хинидина.
- б) Новокаинамида.
- в) Ритмилена.
- г) Корларона.
- д) Этmozина.

176. Для устранения гипотензивного действия при внутривенном введении финоптина наиболее рационально использовать:

- а) Мезатон.
- б) Кордиамин.
- в) Хлористый кальций.
- г) Ничего из перечисленного.

177. Применение внутривенного введения сернокислой магнезии нередко эффективно при лечении:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Пароксизмальных атриовентрикулярных тахикардий.
- в) Мономорфной и полиморфной желудочковой тахикардии.
- г) Желудочковой тахикардии типа "пируэт".
- д) При всех перечисленных аритмиях.

178. Применение быстрого внутривенного введения АТФ эффективно при купировании:

- а) Мерцательной аритмии.
- б) Пароксизмальной АВ-узловой тахикардии.
- в) Наджелудочковой тахикардии с участием дополнительного пути проведения.
- г) Желудочковой тахикардии.
- д) Правильно 2 и 3.

179. Физиологической называют электрокардиостимуляцию:

- а) При локализации стимулирующего электрода в предсердиях.
- б) "Р-управляемую" стимуляцию желудочков.
- в) Двухкамерную (последовательную предсердно-желудочковую) стимуляцию сердца.
- г) Все перечисленные варианты.
- д) Правильно только 2 и 3.

180. Имплантируемые электрокардиостимуляторы с автоматически изменяемой частотой стимуляции при физической активности пациента реагируют на изменение:

- а) Интервала Q-T.
- б) Температуры крови.
- в) Частоты дыхания.
- г) Механического сотрясения тела.
- д) Всего перечисленного.

181. Появление глубоких отрицательных зубцов Т при прекращении стимуляции желудочков во время восстановления собственного ритма:

- а) Всегда вызвано ишемией миокарда.
- б) Часто обусловлено так называемым постстимуляционным синдромом, не связанным с ишемией миокарда.
- в) Может сохраняться до 2-х месяцев.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

182. При хирургическом лечении больных с желудочковыми тахикардиями наиболее эффективно применение:

- а) Циркулярной вентрикулотомии.
- б) Эндокардиальной резекции.
- в) Аневризмэктомии.
- г) Эффективность перечисленных методов примерно одинакова.

183. В ряде исследований показано снижение смертности у больных с постинфарктным кардиосклерозом и аритмиями на фоне приема:

- а) Ритмилена.
- б) Кордарона.
- в) Этмизина.
- г) Всех перечисленных препаратов.

184. Причинами ускоренных эктопических ритмов сердца могут быть все перечисленные, за исключением:

- а) Миокардита.
- б) Острого инфаркта миокарда.
- в) Приема симпатомиметических препаратов.
- г) Приема бета-блокаторов.
- д) Интоксикации сердечными гликозидами.

185. Фармакологическая или хирургическая блокада АВ-узла может быть способом паллиативного лечения:

- а) Хронической предсердной тахикардии.
- б) Желудочковой тахикардии.
- в) Ускоренного желудочкового ритма.
- г) Всех перечисленных состояний.

186. Одновременное развитие АВ-блокады 2-3-й степени и ускоренного ритма из АВ-соединения может наблюдаться при приеме:

- а) Хинидина.
- б) Новокаинамида.
- в) Дигоксина.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Правильно только 2 и 3.

187. Причиной синусовой тахикардии может быть все перечисленное, кроме:

- а) Анемии.
- б) Нейроциркуляторной дистонии.
- в) Гипотиреоза.
- г) Сердечной недостаточности.

188. Сино-атриальную реципрокную тахикардию отличает от синусовой тахикардии:

- а) Возможность индукции электрокардиостимуляцией.
- б) Внезапное начало и прекращение приступов.
- в) Возможность развития АВ-блокады во время тахикардии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

189. Тромбозомболия в сосуды мозга у больных с мерцательной аритмией:

- а) Чаще возникают при пароксизмальной форме, чем при постоянной.
- б) Чаще всего возникают в течение первого месяца после установления постоянной формы аритмии.
- в) Чаще всего возникают через несколько лет после установления постоянной формы аритмии.
- г) Не отмечено какой-либо разницы в частоте возникновения тромбозомболий у больных с разной продолжительностью аритмии.
- д) Правильно 1 и 2.

190. Причиной очень высокой частоты сердечных сокращений во время мерцательной аритмии могут быть:

- а) Синдром преждевременного возбуждения желудочков.
- б) Электрофизиологические особенности АВ узла (так называемое "улучшенное" проведение по АВ-узлу).
- в) Прием препаратов класса I (хинидин, ритмилен и т. п.).
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

191. Препаратом, урежающим частоту сердечных сокращений при мерцательной аритмии как у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта, так и без предвозбуждения желудочков, является:

- а) Новокаинамид.
- б) Ритмилен.
- в) Корларон.
- г) Аллапинин.
- д) Лидокаин.

192. Показанием для восстановления синусового ритма при постоянной форме мерцательной аритмии является:

- а) Возникновение тромбозомболий.
- б) Возникновение или усугубление сердечной недостаточности.
- в) Устранение предполагаемой причины мерцательной аритмии (хирургическая коррекция порока сердца, лечение тиреотоксикоза).
- г) Все перечисленное.

д) Ничего из перечисленного.

193. Уменьшение частоты сердечных сокращений во время мерцания предсердий наблюдается под влиянием приема:

- а) Дигоксина.
- б) Обзидана.
- в) Финоптина.
- г) Корларона.
- д) Всех перечисленных препаратов.

194. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии:

- а) Может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам.
- б) Может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям.
- в) Развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии".
- г) Правильно 1 и 2.

195. Во время реципрокной атриовентрикулярной тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта:

- а) Может отмечаться блокада проведения импульса к желудочкам.
- б) Может отмечаться блокада проведения импульса к предсердиям.
- в) Возникновение блокады проведения импульса к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "реципрокной АВ-тахикардии".
- г) Правильно 1 и 2.

196. Причиной возникновения двунаправленной желудочковой тахикардии чаще всего является:

- а) Острый инфаркт миокарда.
- б) Острый миокардит.
- в) Прием симпатомиметиков.
- г) Интоксикация сердечными гликозидами.

197. Двунаправленная желудочковая тахикардия:

- а) Чаще всего наблюдается при интоксикации сердечными гликозидами.
- б) Желудочковые комплексы в отведении V1 типа блокады правой ножки.
- в) В отведениях от конечностей отмечается альтернация электрической оси (влево- вправо) .
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

198. При аритмической дисплазии правого желудочка:

- а) Желудочковые комплексы во время тахикардии изменены по типу блокады правой ножки.
- б) Желудочковые комплексы во время тахикардии изменены по типу блокады левой ножки.
- в) Часть миокарда правого желудочка замещена жировой или фиброзной тканью.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

199. У больных с аритмогенной дисплазией правого желудочка при инструментальном исследовании выявляется:

- а) Отсутствие признаков органического поражения миокарда.
- б) Увеличение размеров правого желудочка, участки гипокинезии или дискинезии.
- в) Снижение фракции выброса правого желудочка.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

200. Повысить эффективность закрытого массажа сердца можно с помощью:

- а) Снижения частоты надавливаний на грудину до 30-40 в мин.
- б) Повышения частоты надавливаний до 80-100 в мин.
- в) Уменьшения продолжительности фазы компрессии грудины.
- г) Правильно 1 и 3.
- д) Правильно 2 и 3.

201. Для повышения эффективности повторных попыток электрической дефибрилляции рекомендуется внутривенное введение:

- а) Адреналина.
- б) Бета-блокаторов.
- в) Хлористого кальция.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Правильно 1 и 2.

202. Для повышения эффективности повторных попыток электрической дефибрилляции рекомендуется внутривенное введение:

- а) Лидокаина.
- б) Глюкокортикоидных гормонов.
- в) Сердечных гликозидов.
- г) Всех перечисленных препаратов.
- д) Правильно 1 и 2.

203. При остановке сердца вследствие асистолии:

- а) Очень эффективно применение электрокардиостимуляции.
- б) Очень эффективно введение хлористого кальция.
- в) Эффективность реанимационных мероприятий не превышает 10-15%.
- г) Эффективность реанимационных мероприятий гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков.

204. При остановке сердца вследствие электро-механической диссоциации:

- а) Очень эффективно применение электрокардиостимуляции.
- б) Очень эффективно введение хлористого кальция.
- в) Эффективность реанимационных мероприятий гораздо выше, чем при фибрилляции желудочков.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

205. У внезапно умерших :

- а) В большинстве случаев выявляют ишемическую болезнь сердца.

- б) Нередко имеется постинфарктный кардиосклероз.
в) В 20-40% случаев выявляют признаки острого инфаркта миокарда.
г) Все ответы правильные.

206. Основным признаком повышенного риска внезапной смерти является:

- а) Регистрация желудочковых экстрасистол "высоких градаций".
б) Выраженное нарушение функции левого желудочка (снижение фракции выброса менее 40-30%).
в) Наличие ишемической болезни сердца.
г) Все перечисленные признаки имеют примерно одинаковую прогностическую ценность.

207. Применение сердечных гликозидов у пациентов с наличием дополнительного пути предсердно-желудочкового проведения (пучок Кента):

- а) Может уменьшить его рефрактерность.
б) Как правило, увеличивает его рефрактерность.
в) Влияния сердечных гликозидов на его рефрактерность не отмечено.

208. Частота повторения фибрилляции желудочков после успешной реанимации:

- а) Составляет примерно 5% в течение 1-2 лет.
б) Составляет примерно 25% в течение 1-2 лет.
в) Составляет примерно 50% в течение 1-2 лет.
г) Составляет примерно 75% в течение 1-2 лет.

209. Снижение частоты рецидива фибрилляции желудочков у реанимированных больных удается достичь:

- а) С помощью подбора антиаритмических препаратов во время электрофизиологического исследования.
б) При имплантации автоматических кардиовертеров-дефибрилляторов.
в) При использовании хирургических способов лечения желудочковых аритмий.
г) Правильно 1 и 3.
д) Все ответы правильные.

210. Повышение смертности на фоне эффективного устранения экстрасистолии у постинфарктных больных отмечено при приеме:

- а) Хинидина.
б) Этмозина.
в) Флекаинида и энкаинида.
г) Правильно 1 и 3.
д) Все ответы правильные.

Этапы ответов:

001-Б	002-А	003-В	004-В	005-Б	006-В	007-Б	008-А	009-В	010-Б
011-В	012-Г	013-Г	014-В	015-В	016-Б	017-Б	018-В	019-А	020-В
021-В	022-Б	023-Б	024-Б	025-А	026-Б	027-А	028-В	029-Б	030-Г
031-А	032-Г	033-В	034-Д	035-В	036-Б	037-А	038-В	039-Б	040-Г
041-Г	042-В	043-Г	044-А	045-А	046-Г	047-Д	048-Д	049-А	050-Б
051-В	052-В	053-Б	054-В	055-А	056-Г	057-В	058-А	059-А	060-В
061-Г	062-Б	063-В	064-Б	065-Д	066-В	067-В	068-Д	069-А	070-Б
071-В	072-Б	073-А	074-В	075-В	076-Б	077-Д	078-А	079-Б	080-Г
081-Д	082-А	083-Г	084-А	085-Г	086-Б	087-А	088-Г	089-Б	090-Д
091-В	092-Б	093-Д	094-Б	095-В	096-А	097-Г	098-Д	099-В	100-В
101-Б	102-Г	103-В	104-Д	105-Г	106-В	107-А	108-Д	109-В	110-А
111-Г	112-Б	113-Б	114-Б	115-Г	116-Г	117-Б	118-В	119-В	120-Б
121-А	122-Г	123-Г	124-В	125-Г	126-Б	127-В	128-А	129-Б	130-А
131-В	132-Д	133-В	134-Г	135-В	136-В	137-Б	138-А	139-В	140-Б
141-Г	142-А	143-Г	144-Г	145-Б	146-В	147-Г	148-В	149-Д	150-Д
151-Д	152-Е	153-Д	154-Г	155-В	156-Б	157-Б	158-Г	159-Г	160-Д
161-Г	162-А	163-Г	164-Г	165-Г	166-В	167-Д	168-Г	169-Б	170-Б
171-Б	172-А	173-В	174-Д	175-Б	176-В	177-Г	178-Д	179-Г	180-Д
181-Д	182-Б	183-Б	184-Г	185-А	186-В	187-В	188-Г	189-Б	190-Г
191-В	192-Г	193-Д	194-Г	195-В	196-Г	197-Г	198-Д	199-Д	200-Б
201-А	202-А	203-В	204-Д	205-Г	206-Б	207-А	208-Б	209-Г	210-Д

Тема: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Тактика ведения пациентов с ХСН. Дифференциальная диагностика при болях в области сердца.

001. Причинами сердечной недостаточности являются:

- а) Повреждение миокарда.
б) Перегрузка сердца давлением или объемом.
в) Нарушение диастолической функции.
г) Все перечисленное.
д) Правильно 1 и 2.

002. На величину сердечного выброса влияют:

- а) Частота сердечных сокращений.
б) Сократимость миокарда.
в) Преднагрузка.
г) Постнагрузка.
д) Все перечисленное.

003. На величину преднагрузки влияют:

- а) Величина венозного притока к сердцу.
б) Тонус артериол.
в) И то, и другое.
г) Ни то, и ни другое.

004. Постнагрузка больше всего зависит от:

- а) Величины венозного возврата к сердцу.
б) Эластичности миокарда.

- в) Общего периферического сопротивления сосудов.
- г) Всего перечисленного.
- д) Правильного ответа нет.

005. Повышению сердечного выброса способствует:

- а) Увеличение преднагрузки.
- б) Увеличение постнагрузки.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

006. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) Слабость.
- б) Приступы сердечной астмы.
- в) Отеки ног.
- г) Венозный застой в большом круге кровообращения.
- д) Все перечисленное.

007. Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) Слабость.
- б) Одышка.
- в) Приступы сердечной астмы.
- г) Венозный застой в большом круге кровообращения.
- д) Все перечисленное.

008. При физикальном обследовании у больных с сердечной недостаточностью могут отмечаться:

- а) Альтернирующий пульс.
- б) 3-й тон сердца.
- в) Смещение верхушечного толчка влево и вниз.
- г) Повышение уровня пульсации внутренней яремной вены.
- д) Все перечисленное.

009. Появление приступов сердечной астмы является признаком недостаточности кровообращения:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) III стадии.
- г) Любой из стадий.
- д) Правильно 2 и 3.

010. Появление ортопноэ является признаком недостаточности кровообращения:

- а) I стадии.
- б) II стадии.
- в) III стадии.
- г) Любой из стадий.
- д) Правильно 2 и 3.

011. При выявлении четких критериев недостаточности кровообращения I стадии возможно применение одного из следующих препаратов:

- а) Сердечных гликозидов.
- б) Диуретиков.
- в) Периферических вазодилаторов.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

012. Основными способами лечения недостаточности кровообращения I стадии являются:

- а) Нормализация веса тела и ограничение употребления соли.
- б) Назначение сердечных гликозидов.
- в) Назначение диуретиков.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 2 и 3.

013. При недостаточности кровообращения с выраженными периферическими отеками в сочетании с тахисистолической формой мерцательной аритмии прежде всего назначают:

- а) Сердечные гликозиды.
- б) Диуретики.
- в) Периферические вазодилаторы.

014. Если основной жалобой больного является резко выраженная одышка (при физической нагрузке, ортопноэ, приступы сердечной астмы), наибольшего эффекта можно ожидать от назначения:

- а) Сердечных гликозидов.
- б) Диуретиков.
- в) Вазодилаторов.
- г) Любого из этих препаратов.
- д) Правильно 2 и 3.

015. Из нижеперечисленных симптомов наиболее эффективно облегчаются или устраняются назначением диуретиков:

- а) Слабость, быстрая утомляемость.
- б) Одышка.
- в) Периферические отеки.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Правильно 2 и 3.

016. Наиболее эффективно облегчается или устраняется назначением венозных вазодилаторов:

- а) Слабость.
- б) Приступы одышки.
- в) Периферические отеки.
- г) Быстрая утомляемость.

017. Наибольшего эффекта от назначения артериальных вазодилататоров можно ожидать при:

- а) Кардиомегалии.
- б) Исходно относительно низком артериальном давлении.
- в) Наличии стенозов клапанов.
- г) Наличии недостаточности клапанов.
- д) Правильно 1 и 4.

018. К признакам, позволяющим ожидать эффект от назначения сердечных гликозидов, относятся:

- а) Тахикардия.
- б) Наличие 4-го тона сердца.
- в) Наличие 3-го тона сердца.
- г) Все перечисленное
- д) Правильно 1 и 3.

019. Препаратом, преимущественно расширяющим вены, является:

- а) Сиднофарм (молсидомин).
- б) Апрессин.
- в) Празозин.
- г) Каптоприл.

020. Препаратом, преимущественно расширяющим артериолы, является:

- а) Нитросорбид.
- б) Сиднофарм.
- в) Апрессин.
- г) Празозин.
- д) Каптоприл.

021. Средние поддерживающие дозы триампура в большинстве случаев составляют:

- а) 1 табл. в сутки.
- б) 2-4 табл. в сутки.
- в) 5-8 табл. в сутки.

022. Средние поддерживающие дозы дигоксина составляют:

- а) 0,125 мг в сутки.
- б) 0,125 мг - 0,5 в сутки.
- в) 0,75 - 1,0 мг в сутки.

023. У больных с выраженной недостаточностью кровообращения отмечено увеличение продолжительности жизни на фоне приема:

- а) Сердечных гликозидов.
- б) Диуретиков.
- в) Эналаприла (и каптоприла).
- г) Нитросорбида в сочетании с апрессином.
- д) Правильно 3 и 4.

024. Антиаритмическое действие при лечении больных с сердечной недостаточностью отмечено при назначении:

- а) Диуретиков.
- б) Нитратов.
- в) Коринфара.
- г) Каптоприла.
- д) Допамина.

025. Антагонистом ангиотензин-превращающего фермента является:

- а) Апрессин.
- б) Нитросорбид.
- в) Сиднофарм.
- г) Каптоприл.
- д) Празозин.

026. Максимальные суточные дозы фуросемида у больных сердечной недостаточностью достигают:

- а) 100 мг.
- б) 200 мг.
- в) 300 мг.
- г) 500 мг.
- д) 600 мг и более.

027. Критерием легочного сердца является:

- а) Гипертрофия правого желудочка.
- б) Дилатация правого желудочка.
- в) Легочная гипертензия.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

028. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- а) Пневмония.
- б) Астматическое состояние.
- в) Тромбоз легочной артерии.
- г) Спонтанный пневмоторакс.
- д) Легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

029. Причиной острого легочного сердца могут быть:

- а) Пневмония.
- б) Астматическое состояние.
- в) Тромбоз легочной артерии.
- г) Все перечисленное.

д) Только 1 и 2.

030. Причиной хронического легочного сердца могут быть:

- а) Хроническое неспецифическое заболевание легких.
- б) Интерстициальные заболевания легких.
- в) Сосудистые заболевания легких.
- г) Деформации грудной клетки и нарушения нейро-мышечного аппарата.
- д) Все перечисленное.

031. В подавляющем большинстве случаев причиной хронического легочного сердца являются:

- а) Хронические неспецифические заболевания легких.
- б) Интерстициальные заболевания легких.
- в) Сосудистые заболевания легких.
- г) Деформация грудной клетки, ожирение, нарушения нейро-мышечного аппарата.

032. При хронических неспецифических заболеваниях легких наиболее часто развитие легочного сердца отмечается у больных:

- а) Хроническим бронхитом.
- б) Бронхиальной астмой.
- в) Бронхоэктазами.
- г) Может быть с равной степенью вероятности при всех перечисленных состояниях.

033. В норме сосудистое сопротивление в малом круге меньше, чем в большом, примерно в:

- а) 2 раза.
- б) 5 раз.
- в) 10 раз.
- г) 20 раз.

034. Самый мощный стимул для вазоконстрикции в легких:

- а) Гипоксия.
- б) Ацидоз.
- в) Гиперкапния.
- г) Все перечисленные факторы примерно в равной степени вызывают вазоконстрикцию в легких.

035. Рефлекторная вазоконстрикция в легких при альвеолярной гипоксии:

- а) Является частью нормальной саморегуляции функции легких.
- б) В норме способствует сохранению соответствия вентиляции и перфузии легких.
- в) Способствует уменьшению степени шунтирования крови.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

036. Наиболее важным фактором, способствующим развитию легочного сердца, является:

- а) Уменьшение количества функционирующих шунтов.
- б) Легочная гипертензия.
- в) Гиперкапния и ацидоз.
- г) Ишемия миокарда правого желудочка.
- д) Все перечисленное.

037. Пониженная реакция на гипоксию (отсутствие одышки или нерезко выраженная одышка) свойственна больным:

- а) Хроническим бронхитом.
- б) Эмфиземой.
- в) Бронхиальной астмой.
- г) Бронхоэктатической болезнью.
- д) Наблюдается при всех перечисленных состояниях.

038. Повышенная реакция на гипоксию (выраженная одышка) чаще всего наблюдается у больных:

- а) Хроническим бронхитом.
- б) Эмфиземой.
- в) Бронхиальной астмой.
- г) Бронхоэктатической болезнью.
- д) Встречается с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

039. Причиной повышения ЦВД и периферических отеков у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких могут быть:

- а) Правожелудочковая недостаточность.
- б) Повышение внутригрудного давления.
- в) Резко выраженная легочная гипертензия.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все перечисленное.

040. Цианоз появляется, когда содержание восстановленного гемоглобина начинает превышать уровень:

- а) 1 г%.
- б) 5 г%.
- в) 10 г%.
- г) 15 г%.
- д) 20 г%.

041. Причиной головной боли у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких при наличии дыхательной недостаточности чаще всего является:

- а) Гипоксия.
- б) Гипокапния.
- в) Гиперкапния.
- г) Полицитемия.
- д) Легочная гипертензия.

042. Гиперкапния может быть причиной появления:

- а) Головной боли.

- б) Тремора.
- в) Комы.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

043. Для больных эмфиземой характерно все перечисленное, кроме:

- а) Набухания вен шеи.
- б) Уменьшения экскурсии грудной клетки и легочных краев.
- в) Ослабления дыхания.
- г) Ослабления голосового дрожания.
- д) Усиления верхушечного толчка.

044. Для больных легочным сердцем характерны все нижеперечисленные признаки, кроме:

- а) Повышения центрального венозного давления.
- б) Пальпируемого толчка правого желудочка.
- в) Систолического шума трехстворчатой недостаточности.
- г) Усиления 2-го тона.
- д) Выраженного расщепления 2-го тона.

045. У больных эмфиземой на ЭКГ часто регистрируются все нижеперечисленные признаки, кроме:

- а) Снижения вольтажа.
- б) Высокого зубца Р в отведениях II, III, aVF.
- в) Смещения переходной зоны влево.
- г) Отрицательные зубцы Т в правых грудных отведениях.

046. При проведении рентгенологического исследования для больных эмфиземой характерно все нижеперечисленное, кроме:

- а) Повышения прозрачности легочных полей.
- б) Уплотнения диафрагмы.
- в) Тенденции к горизонтальному расположению ребер.
- г) Часто наличие увеличенных размеров сердца.

047. Для больных легочным сердцем характерно все нижеперечисленное, кроме:

- а) Увеличения количества эритроцитов.
- б) Анемии.
- в) Повышения содержания гемоглобина.
- г) Гипоксемии.
- д) Гиперкапнии.

048. При возникновении хронической дыхательной недостаточности, как правило, отмечается все нижеперечисленное, кроме:

- а) Гипоксемии.
- б) Гипокапнии.
- в) Респираторного ацидоза.

049. Увеличение продолжительности выдоха больше всего характерно для больных:

- а) Эмфиземой.
- б) Хроническим бронхитом.
- в) Бронхоэктатической болезнью.
- г) Саркоидозом.
- д) Пневмокониозом.

050. Лечение хронических неспецифических заболеваний легких включает:

- а) Лечение обострений бронхо-легочной инфекции.
- б) Применение бронходилататоров.
- в) Применение средств, разжижающих мокроту.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

051. Для уменьшения степени бронхиальной обструкции используют:

- а) Бета-2-стимуляторы.
- б) Эуфиллин.
- в) Глюкокортикоидные гормоны.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно 1 и 2.

052. К глюкокортикоидным гормональным препаратам относятся все перечисленные, за исключением:

- а) Беклометазона.
- б) Триамсинолона.
- в) Бетаметазона.
- г) Тербуталина.

053. К бета-2-стимуляторам относятся все перечисленные препараты, за исключением:

- а) Сальбутамола.
- б) Тербуталина.
- в) Беротек.
- г) Интала.
- д) Альбутерола.

054. Самым частым симптомом первичной легочной гипертензии является:

- а) Одышка.
- б) Кашель.
- в) Обмороки.
- г) Кровохарканье.
- д) Боли в грудной клетке.

055. Продолжительность жизни больных с первичной легочной гипертензией после установления диагноза в большинстве случаев:

- а) Не превышает 2-х лет.
- б) От 2-х до 5 лет.
- в) Более 5 лет.
- г) Более 10 лет.
- д) Более 20 лет.

056. Для больных первичной легочной гипертензией характерны все перечисленные физикальные признаки, за исключением:

- а) Систолического шума трехстворчатой недостаточности.
- б) Усиления легочного компонента 2-го тона.
- в) Выраженного расщепления 2-го тона.
- г) Пальпируемого толчка правого желудочка.
- д) Правожелудочкового 3-го тона.

057. При проведении рентгенологического исследования для больных первичной легочной гипертензией характерно:

- а) Увеличение ствола легочной артерии.
- б) Увеличение правого желудочка.
- в) Увеличение главных ветвей легочной артерии.
- г) Сужение периферических артерий.
- д) Все перечисленное.

058. На ЭКГ у больных первичной легочной гипертензией крайне редко наблюдается:

- а) Отклонение электрической оси вправо.
- б) Отклонение электрической оси влево.
- в) Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
- г) Увеличение зубца R в V1.
- д) Увеличение зубца S в V6.

059. Наиболее эффективными препаратами при лечении первичной легочной гипертензии являются:

- а) Гликозиды.
- б) Диуретики.
- в) Вазодилататоры.
- г) Ингаляции кислорода.

060. Для лечения первичной легочной гипертензии чаще всего назначают:

- а) Нитраты.
- б) Апрессин.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Реджитин.
- д) Изалдин.

061. Препаратами для патогенетического лечения первичной легочной гипертензии, кроме вазодилататоров, предположительно считаются:

- а) Гликозиды.
- б) Диуретики.
- в) Антикоагулянты.
- г) Все перечисленные.
- д) Правильно 1 и 2.

062. Легочная гипертензия распознается у больных, которые имеют:

- а) Систолическое АД в легочной артерии выше 20 мм рт. ст.
- б) Систолическое давление выше 30 мм рт. ст.
- в) Систолическое давление выше 50 мм рт. ст.
- г) Среднее давление выше 20 мм рт. ст.
- д) Правильно 2 и 4.

063. Для лечения первичной легочной гипертензии используют следующие вазодилататоры:

- а) Папаверин.
- б) Эуфиллин.
- в) Нифедипин, верапамил.
- г) Каптоприл, эналаприл.
- д) Правильно 3 и 4.

064. Увеличить продолжительность жизни больных первичной легочной гипертензией можно, применяя:

- а) Вазодилататоры.
- б) Антикоагулянты.
- в) Трансплантацию "сердце-легкие".
- г) Все перечисленное.
- д) Научных доказательств недостаточно.

065. Положительный инотропный эффект сердечных гликозидов проявляется в:

- а) Увеличении силы и скорости сокращения сердечной мышцы.
- б) Увеличении сердечного выброса.
- в) Уменьшении конечно-диастолического объема.
- г) Уменьшении конечно-систолического объема.
- д) Все перечисленное.

066. При применении сердечных гликозидов концентрация ионов кальция внутри миоцита:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не меняется.

067. При применении сердечных гликозидов рефрактерный период АВ-соединения:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не меняется.
- г) Возможны все варианты.

068. Замедление АВ-проводимости под влиянием сердечных гликозидов обусловлено:

- а) Прямым действием на проводящую систему.
- б) Экстракардиальным влиянием через блуждающий нерв.
- в) И тем, и другим.
- г) Ни тем, ни другим.

069. Влияние гликозидов на волокна Пуркине заключается в:

- а) Укорочении потенциала действия.
- б) Укорочении рефрактерного периода.
- в) Повышении скорости диастолической деполяризации.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

070. При применении сердечных гликозидов может происходить:

- а) Увеличение эктопической активности желудочков.
- б) Уменьшение эктопической активности.
- в) Ни то, ни другое.
- г) Правильно 1 и 2.

071. При лечении сердечными гликозидами продолжительность интервала QT на ЭКГ:

- а) Уменьшается.
- б) Увеличивается.
- в) Не меняется.
- г) Возможны все варианты.

072. Диуретический эффект сердечных гликозидов обусловлен:

- а) Увеличением минутного объема и улучшением почечной циркуляции.
- б) Непосредственной блокадой реабсорбции натрия в канальцах почек.
- в) И тем, и другим.
- г) Ни тем, ни другим.

073. К токсическому действию сердечных гликозидов можно отнести появление:

- а) Нарушений зрения.
- б) Парестезии.
- в) Психоза.
- г) Всего перечисленного.
- д) Ничего из перечисленного.

074. Постнагрузка (сопротивление опорожнению желудочков сердца) при использовании сердечных гликозидов в случаях нормальной инотропной функции миокарда может:

- а) Увеличиться.
- б) Уменьшиться.
- в) Возможны оба варианта.

075. Постнагрузка (сопротивление опорожнению желудочков сердца) при использовании сердечных гликозидов у больных с недостаточностью кровообращения обычно:

- а) Увеличивается.
- б) Уменьшается.
- в) Не меняется.

076. Сердечные гликозиды уменьшают число сердечных сокращений вследствие:

- а) Увеличения влияния блуждающего нерва.
- б) Увеличения минутного объема сердца и рефлексорного снижения уровня катехоламинов.
- в) Удлинения рефрактерного периода и замедления проводимости в АВ-соединении.
- г) Всего перечисленного.

077. Наиболее рациональным у большинства больных хронической недостаточностью кровообращения в условиях стационара следует считать использование гликозидов:

- а) Per os (внутрь).
- б) Путем внутривенных капельных вливаний.
- в) Путем внутривенных струйных вливаний.

078. При хронической почечной недостаточности у больных, страдающих хронической недостаточностью кровообращения, наиболее целесообразно назначение:

- а) Строфантина.
- б) Изоланида.
- в) Дигоксина.
- г) Дигитоксина.

079. К аритмогенному действию сердечных гликозидов предрасполагает:

- а) Гипокалиемия.
- б) Гиперкальциемия.
- в) Гипомагниемия.
- г) Все перечисленное.

080. В наибольшей степени белками плазмы связывается:

- а) Дигоксин.
- б) Изоланид.
- в) Дигитоксин.
- г) Коргликон.

081. Не может служить признаком эффективной терапии сердечными гликозидами:

- а) Увеличение диуреза.
- б) Уменьшение размеров печени.

- в) Уменьшение отеков.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

082. При дигитализации быстрым темпом эффект достигается:

- а) В течение 1 суток.
- б) На 3-и сутки.
- в) На 5-ые сутки.

083. При дигитализации умеренно быстрым темпом эффект обычно достигается:

- а) В течение 1 суток.
- б) На 3-и сутки.
- в) На 7 сутки.

084. При дигитализации медленным темпом эффект обычно достигается:

- а) В течение 1 суток.
- б) На 3-и сутки.
- в) В более поздние сроки.

085. Период полувыведения строфантина составляет:

- а) Около 1 суток после прекращения лечения.
- б) Около 2 суток после прекращения лечения.
- в) Около 5-10 суток после прекращения лечения.

086. Период полувыведения дигоксина составляет:

- а) Около 1 суток после прекращения лечения.
- б) Около 1,5-2 суток после прекращения лечения.
- в) Около 7 суток после прекращения лечения.

087. Период полувыведения дигитоксина составляет:

- а) Около 5 суток после отмены.
- б) Около 7-9 суток после отмены.
- в) Около 21-25 дней после отмены.

088. Скорость инактивации сердечных гликозидов увеличивается при сочетании их с:

- а) Фенобарбиталом.
- б) Неомицином.
- в) Дифенином.
- г) Ни с одним из перечисленных средств.
- д) Со всеми перечисленными средствами.

089. Декомпенсация больных, получающих сердечные гликозиды, всегда связана с:

- а) Обострением основного патологического процесса.
- б) Недостаточной поддерживающей дозой препарата.
- в) Нерациональными сочетаниями с другими препаратами, используемыми в комплексной терапии.
- г) Правильный ответ 1 и 2.
- д) Все ответы правильные.

090. Факторами, предрасполагающими к гликозидной интоксикации, являются все перечисленные, кроме:

- а) Гипотиреоза.
- б) Электролитных расстройств.
- в) Легочной недостаточности, легочного сердца.
- г) Правильного ответа нет.

091. Фактором, предрасполагающим к гликозидной интоксикации, не является:

- а) Пожилой возраст.
- б) Почечная недостаточность.
- в) Нарушение баланса электролитов (калия, магния).
- г) Дилатация камер сердца.
- д) Правильного ответа нет.

092. Проявлением интоксикации сердечными гликозидами не является:

- а) Отсутствие аппетита.
- б) Тошнота, рвота.
- в) Нарушение зрения.
- г) Появление суправентрикулярных тахикардий.
- д) Правильного ответа нет.

093. Для лечения больных с интоксикацией сердечными гликозидами используются:

- а) Дифенин.
- б) Фуросемид.
- в) Соли калия.
- г) Правильный ответ 1 и 3.
- д) Все ответы правильные.

094. Для лечения больных с интоксикацией сердечными гликозидами можно использовать:

- а) Лидокаин.
- б) Соли калия.
- в) Дифенин.
- г) Все перечисленное.

Эталонные ответы:

001-Г	002-Д	003-А	004-В	005-А	006-Б	007-Г	008-Д	009-Д	010-Д
011-Г	012-А	013-А	014-Д	015-Д	016-Б	017-Д	018-Д	019-А	020-В
021-Б	022-Б	023-Д	024-Г	025-Г	026-Д	027-Г	028-В	029-Г	030-Д
031-А	032-А	033-В	034-А	035-Г	036-Б	037-А	038-Б	039-А	040-Б

041-Б	042-Г	043-Д	044-Д	045-Б	046-Г	047-Б	048-Б	049-Б	050-Г
051-Г	052-Г	053-Г	054-А	055-Б	056-Б	057-Д	058-Б	059-Б	060-Б
061-Б	062-Д	063-Д	064-Д	065-Д	066-А	067-А	068-Б	069-Д	070-Г
071-А	072-Б	073-Д	074-А	075-Б	076-Г	077-А	078-Г	079-Г	080-Б
081-Д	082-А	083-Б	084-Б	085-А	086-Б	087-А	088-Д	089-Д	090-А
091-Д	092-Г	093-Г	094-Д						

**Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов
по дисциплине «Кардиология»**

1. Артериальная гипертензия может быть заподозрена по следующим клиническим признакам и проявлениям:

- а) кратковременные эпизоды потери сознания
- б) нарушения сердечного ритма и проводимости
- в) наличие периферических отеков
- г) боль в теменной и затылочной областях
- д) нарушение ритма дыхания

2. Основным признаком нефрогенной гипертензии является:

- а) уменьшение размеров почек
- б) дистопия почек
- в) нарушение функции почек
- г) сужение почечной артерии на 20%
- д) наличие признаков конкрементов в лоханке

3. Эндокринная гипертензия с дефицитом гормональной продукции является:

- а) гипертензией при сахарном диабете
- б) гипертензией при синдроме Кона
- в) гипертензией при гиперпаратиреозе
- г) гипертензией при феохромоцитоме
- д) гипертензией при болезни Иценко-Кушинга

4. Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:

- а) ишемии внутренних органов ниже места сужения
- б) тромбоза вен нижних конечностей
- в) недостаточности мозгового кровообращения
- г) присоединения атеросклероза магистральных артерий
- д) нарушения микроциркуляции в коронарных артериях

5. Повышение АД при феохромоцитоме и параганглиомах имеет характер:

- а) изолированного диастолического
- б) с асимметрией на верхних и нижних конечностях
- в) кризового
- г) изолированного систолического

6. Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

- а) увеличение АД на нижних конечностях
- б) гипотензия при измерении АД на верхних конечностях
- в) брадикардия высоких градаций
- г) гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты
- д) увеличение ОЦК

7. Вазоренальная гипертензия развивается вследствие:

- а) стеноза почечной артерии
- б) фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии
- в) фиброваскулярной дисплазии почечной артерии
- г) тромбоза почечной артерии
- д) правильно все

8. Снижение уровня АД при асимметрии АД на правой и левой руках до нормальных цифр опасно в плане:

- а) развития коронарного тромбоза
- б) развития острой аневризмы грудного отдела аорты
- в) нарушения функции пищевода и желудка
- г) развития ишемического инсульта и инфаркта миокарда
- д) снижения эритропоэтинсинтезирующей функции почек

9. Абсолютным диагностическим критерием артериальной гипертензии при феохромоцитоме является:

- а) наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов
- б) увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
- в) высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты
- г) низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрации в моче
- д) отсутствие гипотензивного эффекта бета-адреноблокаторов

10. Гормоном с высокой прессорной активностью является:

- а) кальцитонин
- б) адреналин
- в) инсулин
- г) альдостерон
- д) пролактин

11. В пульмонологической практике препаратами, вызывающими развитие артериальной гипертензии, являются:

- а) пенициллины
- б) бронхолитики
- в) кромогликат натрия
- г) препараты из солодки

12. При лечении хронических артритов развитие артериальной гипертензии может вызвать:

- а) кризанол
- б) делагил
- в) аспирин
- г) ибупрофен
- д) гидрокортизон

13. Эндокринная гипертензия у женщин может быть следствием приема:

- а) эстрогена
- б) бромкриптина
- в) нон-овлона
- г) прогестерона

14. Основными недостатками гипотензивной терапии бета-адреноблокатором празозином является:

- а) рефлекторная тахикардия
- б) брадикардия
- в) нарушение обмена калия
- г) дислиппротеидемия

д) ортостатическая гипотензия

15. Положительным эффектом антагонистов кальциевых каналов, кроме гипотензивного, является:

- а) коронаролитический
- б) снижение уровня мочевой кислоты в крови
- в) диуретический

16. Длительность гипотензивной терапии при эссенциальной гипертензии определяется:

- а) наличием сосудистых осложнений
- б) состоянием органов, регулирующих артериальное давление
- в) устранением патогенетических механизмов гипертензии

17. Какой из перечисленных гипотензивных препаратов может вызвать гемолитическую анемию при длительном приеме?

- а) клонидин
- б) резерпин
- в) празозин
- г) метилдопа

18. Какой из гипотензивных препаратов даже в умеренных дозах может вызвать лекарственный люпус-синдром?

- а) клонидин
- б) метилдопа
- в) резерпин
- г) гидралазин
- д) празозин

19. Какой из гипотензивных препаратов при длительном применении может вызвать депрессию?

- а) резерпин
- б) гидралазин
- в) празозин

20. Какие цифры артериального давления у взрослых принимаются за границу нормы?

- а) систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое равно или ниже 90 мм рт. ст
- б) систолическое давление ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое ниже 90 мм рт. ст
- в) систолическое давление ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст

21. Выберите наиболее значимые факторы риска развития артериальной гипертензии:

- а) избыточная масса тела
- б) потребление алкогольных напитков
- в) избыточное потребление белка
- г) уровень ежегодного потребления поваренной соли

22. Перечислите признаки ЭКГ, характерные для больных гипертонической болезнью:

- а) остроконечный зубец Р в отведениях II, III
- б) гипертрофия левого желудочка
- в) блокада правой ножки пучка Гиса
- г) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II

23. Какие изменения в анализе мочи характерны для больных гипертонической болезнью?

- а) снижение удельного веса
- б) лейкоцитурия
- в) микрогематурия
- г) повышение удельного веса

24. Какие изменения глазного дна характерны для больных артериальной гипертензией? 1) сужение вен 2) извитость сосудов 3) расширение артерий сетчатки 4) кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 2, 4
- г) 1, 3

25. Какие из указанных классов липопротеидов являются атерогенными?

- а) ЛПВП
- б) ЛПОНП
- в) ХМ

26. При каком типе гиперлиппротеидемии повышено содержание в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП?

- а) I
- б) IIА
- в) IIВ
- г) III
- д) IV

27. Какой тип гиперпротеидемии обусловлен недостаточностью фермента липопротеидлипазы?

- а) I
- б) IIА
- в) IIВ
- г) III
- д) IV

28. Потребление каких из перечисленных продуктов приводит к повышению содержания триглицеридов в крови?

- а) мяса
- б) кондитерских изделий
- в) икры лосося
- г) куриных яиц

29. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном сидячем положении?

- а) напряжения
- б) покоя

- в) вариантной
- г) напряжения и покоя

30. Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ИБС?

- а) артериальная гипоксемия
- б) недостаточное поступление кислорода
- в) снижение утилизации кислорода

31. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?

- а) патологический зубец Q
- б) депрессии сегмента ST
- в) появление отрицательного зубца T
- г) переходящая блокада ножек пучка Гиса

32. Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии?

- а) заболевания пищевода
- б) диафрагмальная грыжа
- в) язвенная болезнь желудка
- г) хронический колит
- д) острый панкреатит

33. Какие признаки позволяют диагностировать левостороннюю межреберную невралгию?

- а) резкая боль при надавливании в межреберных промежутках
- б) ослабление болей на вдохе
- в) положительный эффект после приема нитроглицерина

34. Каков механизм действия нитратов при стенокардии?

- а) увеличение диастолического объема желудочков сердца
- б) улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда
- в) увеличение внешней работы сердца

35. При каких патологических состояниях гипоксия миокарда обусловлена нарушением биохимических процессов в миокарде?

- а) гипонатриемия
- б) гипокалиемия
- в) гипокальциемия

36. Для ангиоспастической стенокардии характерно:

- а) подъем ST в период болей
- б) появление отрицательного зубца T в период боли

37. Какие признаки при стенокардии напряжения дают основания заподозрить возникновение инфаркта миокарда?

- а) длительность боли более 15 мин
- б) появление страха смерти
- в) падение АД
- г) боль сильнее таковой во время предыдущих приступов
- д) все перечисленное

38. Каков механизм действия бета-адреноблокаторов?

- а) уменьшение венозного возврата

- б) увеличение сердечного выброса
- в) снижение воздействия эндогенных катехоламинов

39. Назовите наиболее эффективные из перечисленных ниже лекарственных средств, применяемых при стенокардии:

- а) нитраты
- б) антагонисты кальция
- в) антикоагулянты
- г) антиоксиданты

40. Что является показанием для назначения дезагрегантов при стенокардии:

- а) гипокоагуляция
- б) повышение агрегации тромбоцитов
- в) снижение агрегации тромбоцитов

41. Назовите критерии положительной пробы с дозированной физической нагрузкой:

- а) одышка
- б) усталость
- в) подъем сегмента ST на 2 мм.

42. Показания к оперативному лечению стенокардии:

- а) I-II фк
- б) прогрессирующая стенокардия
- в) отсутствие эффекта от антиангинальной терапии

43. Признаками нестабильной стенокардии являются:

- а) изменение длительности и интенсивности болевых приступов
- б) нарушение ритма и проводимости
- в) снижение АД без гипотензивной терапии
- г) появление патологического зубца Q на ЭКГ

44. Признаками стабильной стенокардии высокого функционального класса являются:

- а) изменение фракции выброса
- б) ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке
- в) повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме
- г) снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 Вт
- д) снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле ниже 120 Вт

45. ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются:

- а) удлинение интервала QT
- б) удлинение интервала PQ
- в) зубец Q с амплитудой больше трети R и длительностью более 0,03 с
- г) изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца T
- д) застывший подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии

46. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:

- а) развития инфаркта миокарда
- б) тромбоэмболии мозговых сосудов
- в) развития фатальных нарушений ритма сердца
- г) развития легочной гипертензии
- д) развития венозной недостаточности

47. Какие факторы способствуют развитию приступа стенокардии?

- а) катехоламиновый спазм коронарных артерий
- б) гиперагрегация тромбоцитов
- в) повышение внутриполостного давления в левом желудочке
- г) пароксизмы тахикардии
- д) правильно все

48. Причинойми вариантной стенокардии (типа Принцметала) являются:

- а) поражение мелких сосудов коронарных артерий
- б) спазм крупной коронарной артерии
- в) спазм мелких сосудов коронарной артерии
- г) тромбоз коронарной артерии

49. Проба с бета-адреностимулятором изадринном применяется у больных со следующими целями:

- а) для диагностики скрытых нарушений атриовентрикулярной проводимости
- б) для оценки класса коронарной недостаточности
- в) для выявления скрытой коронарной недостаточности
- г) для диагностики синдрома слабости синусового узла

50. Наиболее тяжелое течение стенокардии наблюдается у больных со следующими поражениями:

- а) стенозом основного ствола левой коронарной артерии
- б) проксимальным поражением задней коронарной артерии
- в) дистальным поражением огибающей артерии
- г) проксимальным поражением огибающей артерии
- д) при сочетании проксимального сужения левой и огибающей артерий

51. Пороговая частота пульса по критериям ВОЗ для возрастной группы 50-59 лет:

- а) 170 в мин
- б) 175 в мин
- в) 180 в мин
- г) 140 в мин
- д) менее 120 в мин

52. Предельная реакция АД при проведении велоэргометрической пробы у больных со стенокардией:

- а) повышение АД до 160 мм рт.ст.
- б) повышение АД до 170 мм рт.ст.
- в) повышение АД до 180 мм рт.ст.
- г) повышение АД до 200 мм рт.ст.
- д) повышение АД до 220 мм рт.ст.

53. Синдром "обкрадывания" у больных со стенокардией развивается при использовании следующих групп препаратов:

- а) тринитраты
- б) моонитраты
- в) динитраты
- г) бета-адреноблокаторы
- д) вазодилататоры

54. Эффективность антиангинального действия тринитратов у больных стенокардией снижается в результате таких причин, как:

- а) снижение числа рецепторов к нитратам в миоцитах
- б) интенсификация образования свободных радикалов
- в) повышение агрегации тромбоцитов
- г) снижение уровня эндотелий-релаксирующего фактора

55. Из бета-блокаторов наибольшей антиангинальной активностью обладают такие препараты, как:

- а) пиндолол (вискен)
- б) пропранолол
- в) транзикор (окспренолол)
- г) целипролол
- д) надолол (коргард)

56. Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладают такие препараты, как:

- а) дипиридамол
- б) обзидан
- в) корватон
- г) изосорбид-динитрат

57. Антиангинальное действие у больных стенокардией за счет торможения агрегации или дезагрегации тромбоцитов вызывают:

- а) дипиридамол
- б) гепарин
- в) фенилин
- г) стрептодеказа
- д) корватон

58. При локальном стенозе крупной коронарной артерии оптимальным методом лечения стенокардии является:

- а) консервативная терапия коронаролитическими препаратами
- б) транслюминальная ангиопластика коронарных артерий
- в) разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном
- г) операция аорто-коронарного шунтирования
- д) пересадка сердца

59. Какие из указанных изменений на ЭКГ характерны для инфаркта миокарда?

- а) патологический зубец Q
- б) конкордантный подъем сегмента ST
- в) низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях

60. Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда?

- а) креатинфосфокиназа
- б) лактатдегидрогеназа
- в) аминотрансферазы
- г) щелочная фосфатаза

61. Какие эхокардиографические признаки характерны для инфаркта миокарда?

- а) диффузный гиперкинез

- б) диффузный гипокинез
- в) локальный гипокинез
- г) локальный гиперкинез

62. Какое лечение показано в первые 6 часов инфаркта миокарда?

- а) тромболитическая терапия
- б) дигитализация
- в) терапия антагонистами кальция

63. Какие осложнения возможны при проведении тромболитической терапии в остром периоде инфаркта миокарда?

- а) гипотензия
- б) анафилактический шок
- в) геморрагический шок
- г) гематурия
- д) все перечисленное

64. Какие признаки характерны для кардиогенного шока? 1) артериальная гипотензия 2) пульсовое давление более 30 мм рт.ст. 3) брадикардия 4) олигурия. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 1, 4
- г) 2, 4

65. Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока? 1) мезатон 2) допамин 3) преднизолон 4) бикарбонат натрия. Выберите:

- а) 1, 2, 3
- б) 2, 3, 4
- в) 1, 3, 4
- г) 1, 2, 4

66. Что характерно для мерцательной аритмии?

- а) частота желудочковых комплексов более 120 в мин
- б) отсутствие зубцов Р
- в) наличие преждевременных комплексов QRS
- г) укорочение интервалов PQ
- д) наличие дельта-волны

67. ЭКГ-критерии, характерные для желудочковой экстрасистолы: 1) преждевременный комплекс QRS 2) экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован 3) наличие полной компенсаторной паузы 4) измененный Р перед экстрасистолическим комплексом.

- а) 1, 2, 3
- б) 2, 3, 4
- в) 1, 3, 4
- г) 1, 2, 4

68. Какие ЭКГ-критерии характерны для наджелудочковой экстрасистолы?

- а) преждевременный комплекс QRS
- б) экстрасистолический комплекс похож на основной
- в) наличие неполной компенсаторной паузы

- г) наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим комплексом
- д) правильно все

69. При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия? 1) гипертрофическая кардиомиопатия 2) митральный стеноз 3) тиреотоксикоз 4) миокардит. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 1, 3
- в) 2, 3
- г) 1, 4

70. При каких заболеваниях встречаются приступы Морганьи-Эдамса-Стокса?

- а) желудочковая экстрасистолия
- б) фибрилляция желудочков
- в) мерцательная аритмия
- г) атриовентрикулярная блокада

71. Препараты для купирования пароксизмальной наджелудочковой тахикардии:

- а) ритмилен
- б) финоптин
- в) гилуритмал
- г) кордарон
- д) все перечисленное

72. Препараты для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии:

- а) ритмилен
- б) дигоксин
- в) финоптин
- г) гилуритмал

73. Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии?

- а) тромбоэмболический синдром
- б) инфаркт миокарда
- в) гипертонический криз

74. Наиболее неблагоприятный прогностический признак у больных с острым инфарктом миокарда:

- а) мерцательная аритмия
- б) ранняя желудочковая экстрасистолия
- в) групповые желудочковые экстрасистолы
- г) политопные желудочковые экстрасистолы
- д) наджелудочковые экстрасистолы

75. Какие признаки характерны для синдрома слабости синусового узла?

- а) желудочковые экстрасистолы
- б) синоаурикулярная (синоатриальная) блокада
- в) атриовентрикулярная блокада

76. Для лечения пароксизмальных наджелудочковых тахикардий при синдроме Вольф-Паркинсона-Вайта наилучшим средством считается:

- а) дигоксин
- б) анаприлин

- в) новокаиномид
- г) кордарон

77. Какое из осложнений инфаркта миокарда является самым частым, самым ранним и самым опасным?

- а) кардиогенный шок
- б) отек легких
- в) фибрилляция желудочков
- г) разрыв сердца
- д) асистолия

78. Как изменяется систолический шум при дефекте межжелудочковой перегородки с возрастом?

- а) существенно не изменяется
- б) увеличивается
- в) уменьшается

79. Как изменяется пресистолический шум у больных митральным стенозом при возникновении мерцательной аритмии?

- а) значительно усиливается
- б) незначительно усиливается
- в) не изменяется
- г) исчезает
- д) уменьшается

80. Какие из перечисленных признаков характерны для митрального стеноза?

- а) систолический шум на вершине сердца, усиливающийся на выдохе
- б) акцент и раздвоение второго тона над аортой
- в) систолический шум на вершине сердца, усиливающийся на вдохе
- г) дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от второго тона на 0,07-0,12 сек.

81. При митральном стенозе наблюдается:

- а) отклонение пищевода по дуге большого радиуса
- б) отклонение пищевода по дуге малого радиуса
- в) увеличение левого желудочка
- г) расширение восходящей аорты

82. Больные с митральным стенозом предъявляют жалобы на:

- а) головокружения и обмороки
- б) сжимающие боли за грудиной при ходьбе
- в) кровохарканье

83. Причиной митрального стеноза может быть:

- а) ревматизм
- б) инфекционный эндокардит
- в) ревматоидный артрит
- г) муковисцидоз

84. Хирургическое лечение при аортальном стенозе показано:

- а) асимптоматическим больным при трансаортальном максимальном систолическом градиенте давления более 50 мм рт. ст и площади аортального отверстия менее 0,75 см²

б) больным в возрасте не старше 60 лет

85. Причиной органического поражения трикуспидального клапана является:

- а) ревматизм
- б) инфекционный эндокардит
- в) аномалия Эбштейна
- г) травма
- д) все перечисленное

86. Клиническим проявлением трикуспидальной регургитации является:

- а) асцит
- б) гепатомегалия
- в) отеки
- г) пансистолический шум над мечевидным отростком
- д) все перечисленное

87. При рентгенографии у больных с трикуспидальной регургитацией могут быть выявлены следующие изменения:

- а) плевральный выпот
- б) высокое стояние диафрагмы
- в) дилатация правых отделов сердца
- г) все перечисленное

88. Аускультативными признаками сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия являются:

- а) усиление первого тона на верхушке сердца
- б) тон открытия митрального клапана
- в) апикальный систолический шум, связанный с первым тоном
- г) мезодиастолический шум
- д) все перечисленное

89. Аускультативными признаками сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности являются:

- а) ослабление первого и второго тонов сердца
- б) четвертый тон
- в) аортальный тон изгнания
- г) систолический и протодиастолический шум
- д) все перечисленное

90. Клапанная митральная недостаточность диагностируется в случае:

- а) расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
- б) неполного смыкания створок митрального клапана из-за их органического изменения
- в) дисфункции папиллярных мышц
- г) разрыва хорды
- д) кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте

91. Симптомы, характерные для аускультативной картины недостаточности митрального клапана:

- а) систолический шум у основания сердца
- б) хлопающий первый тон
- в) мезодиастолический шум

г) систолический шум на верхушке

92. Какие из перечисленных симптомов позволяют заподозрить при наличии митрального стеноза сопутствующую ему митральную недостаточность?

- а) высокочастотный систолический шум, непосредственно примыкающий к первому тону
- б) тон открытия митрального клапана
- в) громкий первый тон.

93. Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок?

- а) диастолический шум на верхушке
- б) систоло-диастолический шум
- в) шум Флинта
- г) систолический шум на верхушке
- д) шум Грехема-Стилла

94. Какой из перечисленных признаков характерен для митральной недостаточности?

- а) пульсация печени
- б) астеническая конституция
- в) увеличение сердца влево
- г) систолическое дрожание во втором межреберье справа
- д) дрожание у левого края грудины

95. Какой симптом характерен для больных со стенозом устья аорты?

- а) диффузный цианоз кожных покровов
- б) акроцианоз
- в) бледность кожных покровов
- г) симптом "Мюссе"
- д) "пляска каротид"

96. При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?

- а) недостаточность аортального клапана
- б) стеноз устья аорты
- в) недостаточность митрального клапана
- г) стеноз митрального клапана
- д) недостаточность трикуспидального клапана

97. Как изменяется пульсовое давление при стенозе устья аорты?

- а) не изменяется
- б) увеличивается
- в) уменьшается

98. Какие заболевания могут привести к недостаточности аортального клапана?

- а) ревматизм
- б) инфекционный эндокардит
- в) сифилис
- г) атеросклероз аорты
- д) все перечисленное

99. Какой из симптомокомплексов типичен для инфекционного эндокардита?

- а) лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия
- б) лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия
- в) лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз
- г) лихорадка, панцитопения, гепатоспленомегалия, асцит, желтуха, носовые кровотечения
- д) лихорадка, потливость, кожный зуд, увеличение лимфоузлов, гепатоспленомегалия

100. При инфекционном эндокардите:

- а) ультразвуковое исследование часто позволяет выявить вегетации
- б) вегетации обнаруживаются даже в тех случаях, когда лечение было успешным
- в) эхокардиография и доплеровское исследование позволяют выявить изменения гемодинамики
- г) все верно

101. Какое лечение следует назначить больному инфекционным эндокардитом при отрицательных результатах посева крови?

- а) пенициллин
- б) пенициллин+аминогликозиды
- в) цефалоспорины
- г) цефалоспорины+аминогликозиды
- д) хирургическое лечение

102. Какой вид поражения почек наиболее часто встречается у больных при инфекционном эндокардите?

- а) очаговый нефрит
- б) диффузный нефрит
- в) амилоидоз
- г) инфаркт почек
- д) апостематозный нефрит

103. Назовите основную причину миокардитов:

- а) инфекция
- б) паразитарные инвазии
- в) неинфекционные агенты (лекарственные вещества, вакцины, сыворотки, термические и радиохимические воздействия)
- г) коллагенозы
- д) идиопатические факторы

104. В какой период инфекционного заболевания наиболее часто развивается миокардит?

- а) в первые дни, на высоте лихорадочного периода
- б) в фазе ранней реконвалесценции (конец первой недели или на второй неделе от начала заболевания)
- в) в фазе поздней реконвалесценции (3 неделя и позже)

105. Для миокардита наиболее характерны жалобы на:

- а) боли в области сердца, сердцебиения, одышку
- б) боли в области сердца, сердцебиения, обмороки
- в) боли в области сердца, одышку, асцит
- г) боли в области сердца, головокружения, одышку
- д) боли в области сердца, температуру, сухой кашель

106. Какие из перечисленных ЭКГ-признаков наиболее характерны для миокардита?

- а) низкий вольтаж ЭКГ, ширина комплекса PQ=0,22 с, QRS=0,12 с
- б) смещение сегмента ST ниже изолинии и отрицательный T
- в) конкордантный подъем сегмента ST
- г) дискордантный подъем сегмента ST

107. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является общим для миокардита и экссудативного перикардита?

- а) кардиомегалия
- б) отсутствие дуг по контурам сердечной тени
- в) отсутствие застоя в легких
- г) преобладание поперечника сердца над длинником
- д) укорочение тени сосудистого пучка

108. Назовите наиболее частую причину констриктивного перикардита:

- а) травма
- б) коллагеноз
- в) оперативное вмешательство на сердце
- г) туберкулез
- д) уремия

109. Какие признаки характерны для констриктивного перикардита?

- а) снижение сердечного выброса
- б) наличие парадоксального пульса
- в) нормальные размеры сердца
- г) кальциноз перикарда
- д) все перечисленное

110. Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?

- а) пункция перикарда
- б) измерение ЦВД
- в) рентгенография грудной клетки
- г) ФКГ
- д) УКГ

111. К аутоиммунным перикардитам относится:

- а) посттравматический
- б) постинфарктный (синдром Дресслера)
- в) посткомиссуральный
- г) постперикардитомный
- д) все перечисленное

112. Заболевания, с которыми чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит:

- а) диафрагмальная грыжа
- б) острый панкреатит
- в) пептическая язва пищевода
- г) инфаркт миокарда
- д) миокардит

113. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для сердечной недостаточности, обусловленной экссудативным перикардитом?

- а) кардиомегалия
- б) характерная поза с наклоном тела вперед или колено-локтевое положение
- в) отсутствие шумов в сердце
- г) асцит, отеки

114. Для экссудативного перикардита характерно:

- а) сглаженность дуг
- б) снижение пульсации контуров
- в) преобладание поперечника над длинником
- г) укорочение сосудистого пучка
- д) все перечисленное

115. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

- а) тампонада сердца
- б) подозрение на гнойный процесс
- в) замедленное рассасывание экссудата
- г) диагностическая пункция
- д) все перечисленное

116. Ваша тактика при перикардитах неясного генеза:

- а) пробное противоревматическое лечение
- б) лечение антибиотиками широкого спектра действия
- в) пробное лечение противотуберкулезными препаратами
- г) пробное лечение кортикостероидами

117. Подъем сегмента ST - характерный признак:

- а) сухого перикардита
- б) экссудативного перикардита
- в) констриктивного перикардита

118. Решающее значение в дифференциальной диагностике между ИБС и дилатационной кардиомиопатией имеет:

- а) возраст и пол больного
- б) высокий уровень липидов в плазме
- в) эхокардиография
- г) коронарография

119. Какие аускультативные данные типичны для идиопатического гипертрофического аортального стеноза?

- а) усиление первого тона на верхушке и диастолический шум
- б) ослабление первого тона на верхушке, систолический шум по левому краю грудины и на верхушке
- в) ослабление первого тона на верхушке и систолический шум над аортой
- г) нормальный первый тон и отсутствие шумов над аортой
- д) "металлический" второй тон над аортой и диастолический шум

120. Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является:

- а) стенокардия напряжения
- б) развитие сердечной недостаточности

- в) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- г) желудочковая аритмия

121. Для лечения аритмий при гипертрофической кардиомиопатии наиболее показано:

- а) хинидин
- б) новокаинамид
- в) изоптин
- г) индерал
- д) кордарон

122. Суточные дозы бета-блокаторов при гипертрофической кардиомиопатии:

- а) 40-80 мг
- б) 120-240 мг
- в) 320-480 мг

Правильный ответ: в

123. Назовите наиболее частую причину хронической сердечной недостаточности в настоящее время:

- а) ревматические пороки сердца
- б) ИБС
- в) артериальная гипертензия
- г) кардиомиопатия
- д) миокардиты и кардиомиодистрофии

124. При каких заболеваниях сердца развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда?

- а) инфаркт миокарда
- б) гипертрофическая кардиомиопатия
- в) дилатационная кардиомиопатия

125. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является наиболее ранним признаком застоя при сердечной недостаточности?

- а) перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов
- б) интерстициальный отек легких с образованием линий Керли
- в) альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких
- г) плевральный выпот, чаще справа

126. Фуросемид оказывает следующие эффекты:

- а) обладает венодилатирующим свойством
- б) увеличивает диурез
- в) увеличивает хлорурез
- г) увеличивает натрийурез
- д) все ответы верные

127. В каких случаях верапамил может быть использован при лечении сердечной недостаточности?

- а) нетяжелая сердечная недостаточность типа ИБС
- б) больные с неизменным сердечным выбросом и нарушением диастолической функции сердца
- в) частая желудочковая экстрасистолия даже при тяжелой сердечной недостаточности

- г) частая наджелудочковая экстрасистолия даже при тяжелой сердечной недостаточности
- д) дигиталисная интоксикация

128. Какие из побочных эффектов ингибиторов АПФ, как правило, требуют прекращения лечения?

- а) ангионевротический отек, кожные реакции в виде эритемы
- б) кашель
- в) потеря вкусовых ощущений
- г) падение АД после первого приема

129. Какой антиаритмический препарат является наименее безопасным и достаточно эффективным при лечении тахикардий, вызванных дигиталисной интоксикацией?

- а) новокаинамид
- б) лидокаин
- в) изоптин
- г) индерал
- д) хинидин

130. У спортсмена $t\ 39^{\circ}\text{C}$, озноб, одышка в покое. Кожа бледно-желтая, петехии на ногах. В легких немного влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в т. Боткина. ЧСС 106, АД 120/40. Печень + 5см, болезненная. Голени пастозны. О чем можно думать?

- а) миокардит
- б) пневмония
- в) инфекционный эндокардит
- г) цирроз печени
- д) ревмокардит

131. У больного инфекционным эндокардитом на фоне лечения антибиотиками температура тела нормализовалась, но нарастают явления выраженной сердечной недостаточности. Больной получает диуретики, сердечные гликозиды. Пульс 112 уд/мин. АД 140/20. Тактика:

- а) увеличить дозу антибиотиков
- б) произвести плазмаферез
- в) увеличить дозу диуретиков
- г) направить на хирургическое лечение
- д) добавить ингибиторы АПФ

132. У больного 47 лет перебои в работе сердца, боли в крупных суставах. За 3 недели до этого лихорадка 38,5 боли в животе и жидкий стул 10 дней. На ЭКГ PQ=0,24-0,34 сек с выпадением QRS, лейкоциты 12,9 СОЭ 35, сиаловая кислота 270 ед. Диагноз?

- а) ИБС
- б) ревматический миокардит
- в) инфекционно-аллергический миокардит
- г) дизентерийный миокардит
- д) йерсиниозный миокардит

133. У больного через 3 недели после ангины слабость, АД 90/60, боли в области сердца. Появились пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии. Выявлена кардиомегалия. Через 5 недель появилась гнусавость голоса. О каком заболевании следует думать?

- а) инфекционно-аллергический миокардит

- б) дифтерия, инфекционно-токсический миокардит
- в) ревматический миокардит
- г) дилатационная кардиомиопатия
- д) экссудативный перикардит

134. У больного 47 лет одышка при нагрузке, отеки ног, сердцебиения. Гиперемия лица, кардиомегалия, контрактура Дюпюитрена, гепатомегалия, 3х-членный ритм на верхушке сердца. Повышение АЛТ и АСТ, холестерин крови 4,5. Клапаны не поражены. Диагноз?

- а) дилатационная кардиомиопатия
- б) ИБС
- в) митральный стеноз
- г) гипертрофическая кардиомиопатия
- д) алкогольное поражение сердца

135. У 6-ной 40 лет боли в сердце при нагрузке, иррадиирующие в левую руку. Длительность 15 мин, снимаются валокардином. АД в норме. Кардиомегалия, систолический шум на верхушке. При ЭхоКГ: толщина МЖП 1,5см, гипокинез перегородки, полость левого желудочка уменьшена, клапаны интактны. Ваш диагноз:

- а) ИБС, стенокардия напряжения
- б) нейроциркуляторная дистония
- в) миокардит
- г) гипертрофическая кардиомиопатия
- д) коарктация аорты

136. У 6-го 52 лет порок сердца и левожелудочковая недостаточность. Систолический и диастолический шумы в т. Боткина и во 2-м межреберье справа. Систолический шум грубый, проводится в яремную ямку и сонную артерию. Систолическое дрожание во 2-м межреберье справа от грудины. 1 и 2 тоны ослаблены. Диагноз: сочетанный порок. Признаки недостаточности аортального клапана?

- а) систолический шум
- б) диастолический шум
- в) систолическое дрожание во втором межреберье справа
- г) ослабление второго тона

137. У 6-го 15 лет смещение верхушечного толчка влево, границы смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. На верхушке ослабление 1 тона, систолический шум, акцент 2 тона над легочной артерией. При р-графии увеличение левых отделов сердца. Диагноз:

- а) сужение левого атриовентрикулярного отверстия
- б) недостаточность митрального клапана
- в) недостаточность устья аорты
- г) стеноз устья аорты

138. У больного с острым трансмуральным переднеперегородочным инфарктом миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из перечисленных препаратов необходимо ему ввести?

- а) строфантин
- б) лидокаин
- в) обзидан
- г) финоптин

д) дигоксин

139. У больного острый трансмуральный переднеперегородочный инфаркт миокарда, развилась фибрилляция желудочков. Ваша тактика:

- а) ввести строфантин
- б) произвести кардиоверсию
- в) ввести обзидан
- г) ввести кордарон

140. У больного постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахикардии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика:

- а) назначить хинидин
- б) назначить новокаинамид
- в) провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма
- г) назначить дигоксин
- д) провести временную кардиостимуляцию

141. У больного 47 лет через 6 м. после лобэктомии по поводу периферического рака легкого и рецидивирующей ТЭЛА в связи с мигрирующим тромбофлебитом нижних конечностей усиление одышки, выявлено увеличение тени сердца, снижение вольтажа ЭКГ, при ЭхоКГ - сепарация листков перикарда 2-2,2 см и около 1 литра жидкости в полости перикарда. Гистологический вариант опухоли - аденокарцинома. В связи с установкой кава-фильтра постоянно принимал фенилин по 1-2 табл. в день; протромбин 60%. Причина накопления жидкости в перикарде:

- а) неинфекционный гидроперикардит
- б) инфекционный выпотной перикардит (неспецифический или туберкулезный)
- в) метастатическое поражение перикарда
- г) гемиперикард как осложнение терапии антикоагулянтами

142. У больного 39 лет, перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКШ на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличились размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины:

- а) гидроперикард
- б) гемоперикард
- в) повторный инфаркт миокарда
- г) инфекционный экссудативный перикардит

143. У больного с ОИМ (трансмуральным) на 2-е сутки систолический шум в области абсолютной сердечной тупости, шум усиливается от нажатия стетоскопа и имеет скребущий характер. Состояние больного не изменилось. О каком осложнении инфаркта следует думать?

- а) разрыв миокарда
- б) перфорация межжелудочковой перегородки
- в) отрыв сосочковых мышц митрального клапана
- г) эпистенокардитический перикардит
- д) синдром Дресслера

144. У 6-го 45 лет с ОИМ (переднеперегородочного) через 10 часов замирание в работе сердца, головокружение. На ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 78, периодически по

2-3 широких желудочковых комплекса, неправильной формы, затем полная пауза.

Осложнение инфаркта?

- а) полная атриовентрикулярная блокада
- б) желудочковая тахикардия
- в) узловая экстрасистолия
- г) суправентрикулярная тахикардия
- д) желудочковая экстрасистолия

145. У 6-го 68 лет ОИМ (задний). Потерял сознание, покрылся холодным потом. Состояние тяжелое, кожа бледная, холодная. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 180. АД 80/40. На ЭКГ широкие желудочковые комплексы неправильной формы.

Осложнение инфаркта?

- а) фибрилляция желудочков
- б) желудочковая экстрасистолия
- в) узловая тахикардия;
- г) частичная атриовентрикулярная блокада
- д) желудочковая тахикардия

146. У больной 55 лет боли за грудиной, не купируются нитроглицерином. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс 96. АД 110/70. Внезапно потеряла сознание, захрипела, тонические судороги, дыхания нет, пульс нет. На ЭКГ волнообразная кривая. Терапия?

- а) введение норадреналина
- б) введение адреналина и хлористого кальция внутрисердечно
- в) электроимпульсная терапия
- г) эндокардиальная электростимуляция
- д) непрямой массаж сердца

147. У 6-ной 75 лет головокружение 3 дня. Акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 56. АД 110/70. На ЭКГ ритм синусовый, PQ=0,26 сек, патологический зубец Q в отведениях I, II, снижение сегмента ST и (-) зубец T в отведениях V₁-V₃. Диагноз?

- а) острый передний инфаркт миокарда, осложненный блокадой передней ветви левой ножки пучка Гиса
- б) рубцовые изменения миокарда в передней стенке левого желудочка, атриовентрикулярная блокада первой степени
- в) постмиокардитический кардиосклероз, полная атриовентрикулярная блокада с периодами Морганьи-Эдамса-Стокса
- г) постинфарктный кардиосклероз без нарушения атриовентрикулярной проводимости
- д) острый переднеперегородочный инфаркт миокарда, осложненный атриовентрикулярной блокадой первой степени

148. У больного 67 лет острый задний инфаркт миокарда. При мониторинговании установлено, что интервал PQ прогрессирующе увеличивался от цикла к циклу с последующим выпадением комплекса QRS. ЧСС=56 в мин. Рекомендуемое лечение:

- а) временная кардиостимуляция
- б) постоянная кардиостимуляция
- г) ко-фактор синтеза нуклеиновых кислот
- д) индерал

149. У больного 65 лет острый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. При мониторинговании выявлено, что интервал PQ увеличен до 0,4 сек с выпадением

комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС 40 в мин. Диагноз:

- а) атриовентрикулярная блокада второй степени типа Мобитц II
- б) синдром Фредерика
- в) мерцательная аритмия, брадикардическая форма
- г) атриовентрикулярная блокада второй степени типа Мобитц I
- д) синоаурикулярная блокада III степени

150. У больной 80 лет ОИМ (задний). Периодически возникают эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием типа Чейн-Стокса. На ЭКГ зубцы Р не связаны с комплексами QRS, продолжительность интервала PP 0,8 сек, RR 1,5 сек. ЧСС 35 в мин. Диагноз:

- а) эпилепсия
- б) полная атриовентрикулярная блокада
- в) брадикардическая форма мерцания предсердий
- г) фибрилляция желудочков
- д) синусовая тахикардия

151. У больного 54 лет повторный инфаркт миокарда. Бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких мелкопузырчатые хрипы в нижне-задних отделах. ЧСС 110. ЧД 24. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс слабый. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен. Диагноз:

- а) острый соматогенный психоз
- б) транзиторная гипотензия
- в) кардиогенный шок, торпидная фаза
- г) начинающийся отек легких
- д) кардиогенный шок, эректильная фаза

152. Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом острый задний инфаркт миокарда. В первые сутки наблюдения внезапно потерял сознание. Пульс и давление не определяется. На ЭКГ - синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков. Лечение:

- а) дефибрилляция
- б) внутрисердечное введение симпатомиметиков
- в) индерал внутривенно
- г) ганглиоблокаторы

153. У больного 50 лет распространенный передний инфаркт миокарда. после 2-х суток лечения стал жаловаться на чувство нехватки воздуха, сухой кашель. при обследовании выявлен систолический шум на верхушке и в т. Боткина, ранее не выслушивавшийся. Диагноз:

- а) тромбоэмболия легочной артерии
- б) крупозная пневмония
- в) постинфарктный перикардит
- г) отрыв сосочковой мышцы
- д) синдром Дресслера

154. У больного 48 лет ОИМ (задний). На 3-и сутки стала нарастать одышка, появились боли и чувство распираания в правом подреберье, отеки на ногах. Бледность кожи, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧД 24. Тоны сердца глухие, ритмичные, пансистолический шум по парастеральной линии, определяется систолическое дрожание. ЧСС 96. АД 100/60 Печень + 6 см. Диагноз:

- а) ревматический порок сердца
- б) пролапс митрального клапана
- в) разрыв межжелудочковой перегородки
- г) отек легких
- д) тромбоэмболия легочной артерии

155. У больного уровень артериального давления без гипотензивной терапии не снижается ниже 180/100 мм рт.ст. Имеется изменение сосудов глазного дна типа салюс II. Индекс гипертрофии миокарда Соколова составляет 48 мм. Какая стадия заболевания по ВОЗ?

- а) первая стадия
- б) вторая стадия
- в) третья стадия
- г) пограничная гипертензия

156. При измерении АД у пациентки 35 лет в положении сидя и лежа зарегистрированы значения ад 150/85 мм рт.ст. В ортостазе уровень АД 160/90 мм рт.ст. Какое заключение можно сделать по результатам измерений?

- а) у больной пограничная артериальная гипертензия
- б) у пациентки нормальная реакция ад на ортостаз
- в) у больной имеется указание на ортостатическую гипертензию
- г) у больной артериальная гипертензия II стадии
- д) у больной артериальная гипертензия III стадии

157. Пациент по поводу артериальной гипертензии систоло-диастолического типа обследовался в стационаре. Обнаружены гиперкальциемия, кальциурия, конкременты в обеих почечных лоханках. Исследование гормонов не проводилось. Какова причина гипертензии?

- а) гипертоническая болезнь
- б) коарктация аорты
- в) альдостерома надпочечников
- г) гипертиреоз
- д) гиперпаратиреоз

158. У больного сахарный диабет второго типа 3 года. Около года регистрируются цифры АД выше 200/120, гипотензивный эффект гипотензивных препаратов низкий. Уровень альбумина в моче соответствует микропротеинурии (не выше 150 мг/л). Причины гипертензии?

- а) хронический гломерулонефрит
- б) хронический пиелонефрит
- в) синдром Киммельстиль-Вильсона
- г) эссенциальная гипертензия
- д) стеноз почечной артерии

159. У пациента 22 лет изолированная систолическая гипертензия с максимумом АД 200/90. Пульсация артерий стоп снижена, АД на ногах не измерялась. На флюорографии грудной клетки изменения по типу узурации ребер. Какова причина гипертензии?

- а) гипертоническая болезнь
- б) стеноз сонной артерии
- в) гипертиреоз
- г) эссенциальная гипертензия

д) коарктация аорты

160. У женщины 32 лет боли в сердце, сердцебиения, тахикардия до 130. Диагностирована НЦД по гипертоническому типу. Максимальное АД 160/80. Исследование гормонов не проводилось. Возможная причина нарушений функции сердечно-сосудистой системы:

- а) пролактинсинтезирующая аденома гипофиза
- б) миокардит
- в) феохромоцитома
- г) гипертиреоз
- д) кортикостерома надпочечников

161. У пациента 18 лет с девятилетнего возраста артериальная гипертензия с привычными цифрами 160/100. Аускультативных признаков стеноза почечной артерии нет. При ренорадиографии резкое удлинение секреторной фазы правой почкой. Механизм гипертензии:

- а) гипертоническая болезнь
- б) эссенциальная гипертензия
- в) атеросклеротический стеноз почечной артерии
- г) тромбоз почечной артерии
- д) фиброваскулярная дисплазия почечной артерии

162. У больного уровень АД на руках различается на 50 мм рт.ст. Два года назад лечился по поводу тонзиллогенного сепсиса. При исследовании шумы на бедренных и правой сонной артериях. С какой нозологией, скорее всего, связана асимметрия давления?

- а) коарктация аорты
- б) стеноз правой сонной артерии атеросклеротического генеза
- в) узелковый периартериит
- г) неспецифический аортоартериит
- д) синдром Марфана

163. При митральном стенозе:

- а) возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка
- б) возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка
- в) выслушивается диастолический шум в точке Боткина

164. Щелчок открытия митрального клапана:

- а) возникает через 0,06-0,12 сек после закрытия аортальных клапанов
- б) характерен для митральной недостаточности
- в) характерен для аортального стеноза
- г) лучше всего выслушивается в точке Боткина

165. Какое из приведенных положений верно в отношении митральной недостаточности?

- а) всегда ревматической этиологии
- б) пролапс митрального клапана самая частая причина неревматической митральной недостаточности
- в) первый тон на верхушке усилен

166. Если у больного имеется поздний систолический шум на верхушке и поздний систолический щелчок, вы можете заподозрить:

- а) митральный стеноз
- б) митральную недостаточность ревматической этиологии
- в) сочетанный митральный порок
- г) пролапс митрального клапана
- д) разрыв сухожильных хорд

167. Какое из приведенных положений верно в отношении синдрома пролапса митрального клапана? 1) чаще выявляется у молодых женщин 2) обусловлен миксоматозной дегенерацией соединительной ткани 3) встречается при синдроме Марфана 4) всегда определяется митральной регургитацией. Выберите:

- а) 1, 2, 3
- б) 2, 3, 4
- в) 1, 3, 4
- г) 1, 2, 4

168. Обструкция выхода из левого желудочка может быть связана с:

- а) митральным стенозом
- б) идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом
- в) стенозом легочной артерии
- г) митральной недостаточностью

169. Для аортального стеноза характерно:

- а) мерцательная аритмия
- б) синкопальные состояния
- в) кровохарканье

170. Большинство больных с клапанным аортальным стенозом умирает:

- а) внезапной смертью
- б) в течение 4-5 лет от момента возникновения порока
- в) в течение 4-5 лет от момента возникновения болей в сердце, одышки, синкопальных состояний и сердечной недостаточности
- г) от инфаркта миокарда
- д) от инфекционного эндокардита

171. Если у больного с длительно существующим митральным пороком уменьшились одышка и симптомы легочной гипертензии и стали нарастать отеки, гепатомегалия, асцит, следует думать о:

- а) прогрессировании митрального стеноза
- б) прогрессировании митральной недостаточности с развитием сердечной недостаточности
- в) развитии трикуспидальной недостаточности и правожелудочковой недостаточности
- г) развитии аортального порока

172. Назовите причины митральной недостаточности: 1) ревматизм 2) миксоматозная дегенерация 3) сифилис 4) травма. Выберите:

- а) 1, 2, 3
- б) 2, 3, 4
- в) 1, 2, 4
- г) 1, 3, 4

173. Какие изменения на ЭКГ характерны для гипертрофической кардиомиопатии?

- а) синдром WPW

- б) блокада правой ножки пучка Гиса
- в) атриовентрикулярная блокада
- г) мерцательная аритмия
- д) глубокий Q в V5-V6

174. Какие эхокардиографические признаки характерны для идиопатического гипертрофического субаортального стеноза?

- а) симметричная гипертрофия стенок левого желудочка
- б) переднее систолическое движение передней створки митрального клапана
- в) утолщение створок аортального клапана

175. Шум Флинта обусловлен:

- а) относительной митральной недостаточностью
- б) относительным митральным стенозом
- в) высокой легочной гипертензией, относительной недостаточностью клапана легочной артерии

176. Шум Грэхема-Стилла характерен для :

- а) пролапса митрального клапана
- б) митрального стеноза
- в) ХНЗА
- г) аортальной недостаточности

177. Одной из патофизиологических аномалий при стенозе митрального клапана является:

- а) увеличенное наполнение левого желудочка
- б) увеличенное давление в левом предсердии
- в) увеличенный сердечный выброс
- г) снижение давления в правом желудочке
- д) градиент давления между левым желудочком и аортой

178. Какое из положений верно для больного с заболеванием сердца, относящегося к первому функциональному классу?

- а) симптомы заболевания сердца выявляются только инструментальными методами в условиях максимальной физической нагрузки
- б) обычная физическая активность не вызывает утомления, сердцебиения, одышки, ангинозных болей
- в) обычная физическая активность приводит к утомлению, сердцебиению, одышке, ангинозным болям
- г) утомление, сердцебиение, одышка, ангинозные боли возникают при физической активности, меньше обыкновенной
- д) пациент не способен к выполнению какой бы то ни было физической нагрузки без возникновения дискомфорта

179. Что предпочтительнее при сердечной недостаточности на почве митральной регургитации?

- а) нитросорбид внутрь
- б) нитроглицерин внутривенно
- в) каптоприл внутрь
- г) дигоксин внутривенно с переходом на поддерживающий прием внутрь
- д) фуросемид внутрь

180. Что является самой частой причиной легочной эмболии?

- а) тромбоз тазовых вен
- б) тромбоз венозного сплетения предстательной железы
- в) тромбоз в правом предсердии
- г) тромбоз вен нижних конечностей
- д) тромбоз вен верхних конечностей

181. Через 6 часов после начала болей при остром инфаркте миокарда может быть повышен уровень:

- а) креатинфосфокиназы
- б) лактатдегидрогеназы
- в) аспаратаминотрансферазы
- г) альдолазы
- д) альфа-гидроксibuтиратдегидрогеназы

182. Какая патология ассоциирована с диастолической гипертензией?

- а) тяжелая анемия
- б) тиреотоксикоз
- в) коарктация аорты
- г) бери-бери
- д) системные артериовенозные фистулы

183. Факторами риска ИБС являются:

- а) артериальная гипертензия
- б) курение
- в) сахарный диабет
- г) ожирение
- д) все перечисленное

184. Эквивалентом стенокардии может служить следующий симптом:

- а) изжога при быстрой ходьбе
- б) головокружение при переходе в ортостаз
- в) повышение АД при физической нагрузке
- г) колющие боли в сердце при наклонах туловища

185. Наиболее длительный антиангинальный эффект обеспечивает:

- а) нитроглицерин
- б) сустак
- в) нитрогранулонг
- г) нитросорбид
- д) нитромазь

186. Длительность острейшего периода инфаркта миокарда:

- а) до 6 часов
- б) до двух часов
- в) до 30 минут
- г) до 12 часов
- д) до 24 часов

187. Длительность острого периода инфаркта миокарда:

- а) до двух часов
- б) до 1 месяца

- в) до 10 дней
- г) до двух дней
- д) до 18 дней

188. Для болевого синдрома при инфаркте миокарда характерно:

- а) локализация за грудиной
- б) длительность боли более 30 минут
- в) иррадиация в левую ключицу, плечо, шею
- г) сжимающе-давящий характер
- д) все перечисленное

189. Метод обследования больных гипертонической болезнью, включенный во вторую ступень обследования (схема ВКНЦ):

- а) общий анализ мочи
- б) внутривенная урография
- в) консультация окулиста
- г) определение макроэлектролитов крови
- д) определение гормонов крови

190. Ведущий критерий диагностики гиперкриза II типа:

- а) уровень АД
- б) длительность заболевания
- в) очаговая неврологическая симптоматика
- г) тахикардия
- д) экстрасистолия

191. Фактор риска развития гипертонической болезни:

- а) атеросклероз
- б) сахарный диабет
- в) отягощенная наследственность
- г) стрептококковая инфекция
- д) нарушение белкового обмена

192. Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:

- а) только при неосложненном течении
- б) больным до 50-летнего возраста
- в) при первичном инфаркте миокарда
- г) при отсутствии сопутствующих заболеваний
- д) по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда

193. Что характерно для гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией?

- а) головокружения
- б) загрудинные боли
- в) обмороки
- г) всё перечисленное

194. Что является наиболее значимым фактором риска ИБС?

- а) употребление алкоголя
- б) артериальная гипертензия
- в) курение
- г) гиподинамия

д) умеренное ожирение

195. Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:

- а) уменьшение вольтажа всех зубцов
- б) подъём сегмента ST
- в) депрессия ST более чем на 2 мм
- г) появление отрицательных зубцов T
- д) тахикардия

196. Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда:

- а) отек легких
- б) нарушение ритма
- в) острая сердечно-сосудистая недостаточность
- г) кардиогенный шок
- д) разрыв сердца

197. Какой из симптомов наиболее достоверен для стенокардии?

- а) загрудинная боль при физической нагрузке
- б) нарушение ритма
- в) депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступа болей
- г) патологический зубец Q
- д) подъём ST на высоте боли

198. Самая частая причина смерти при остром инфаркте миокарда:

- а) кардиогенный шок
- б) левожелудочковая недостаточность
- в) нарушение ритма
- г) полная AV-блокада
- д) тампонада сердца

199. В диагностике ибс наиболее информативными являются:

- а) аускультативные данные
- б) типичные анамнестические данные
- в) данные ЭКГ
- г) данные анализа крови (клинического, биохимического)
- д) состояние гемодинамики

200. Рациональной терапией высокой вазоренальной гипертензии является:

- а) бессолевая диета
- б) ингибиторы АПФ
- в) бета-блокаторы
- г) хирургическое лечение
- д) антагонисты кальция

•

[illegible]

**Ситуационные задачи для ординаторов по дисциплине
«Кардиологии»**

Задача № 1.

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт.ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. ЭХОКГ (расширение камер сердца, диффузное снижение насосной и сократительной функции ЛЖ, увеличение митрально-септальной сепарации, митральный клапан в виде «рыбьего зева», митральная регургитация). Рентгенография грудной клетки (расширение тени сердца с увеличением КТИ более 50%, признаки венозного застоя).
2. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы кардиальной астмы. НК IIБ ст. (III ф.к. по НУНА).
3. Ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, небольшие дозы бета-блокаторов, при необходимости - небольшие дозы сердечных гликозидов. Радикальный метод лечения - трансплантация сердца.

Задача № 2

Мужчина 75 лет

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд/мин., АД 160\70 мм рт.ст.

ЭКГ: Синусовая брадикардия 50-58 уд/мин.. Диффузные изменения миокарда.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Суточное мониторирование ЭКГ, электрофизиологическое исследование (ЧПЭС).
2. Синдром слабости синусового узла. Синдром тахи-бради: синусовая брадикардия, пароксизмальная мерцательная аритмия. Приступы МЭС.
3. При подтверждении диагноза показана имплантация ИВР.

Задача № 3

Мужчина 55 лет

Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - II тип (легкое течение). Гиперлипидемия II Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль/л, триглицериды 2,25 ммоль/л, альфа-холестерин 0,8 ммоль/л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?

2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы?
3. Каковы методы коррекции дислиппротеидемии в данном случае?

Эталон ответа:

1. Общий холестерин менее 4,2 ммоль/л, альфа-холестерин более 1 ммоль/л, триглицериды менее 2 ммоль/л.
2. $КА = (\text{общ.ХС} - \text{альфа-ХС}) : \text{альфа-ХС}$. Норма менее 3.
3. Диета с ограничением жиров животного происхождения и углеводов. Коррекция углеводного обмена. Применение статинов или фибратов.

Задача № 4

Мужчина 59 лет

В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

Вопросы:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

Эталон ответа:

1. ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз коронарных артерий.
2. Больного необходимо госпитализировать в БИТ.

Задача № 5

Мужчина 49 лет

Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд/мин., АД = 130/80 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд/мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

Вопросы:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Разрыв межжелудочковой перегородки.
2. ЭХОКГ (желательно с цветным доплеровским сканированием), радиоизотопная вентрикулография.

Задача № 6

Мужчина 60 лет

Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались. На ЭКГ: патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал капотен, атенолол и аспирин.

На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения?
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней локализации. Атеросклероз коронарных артерий. Острое нарушение мозгового кровообращения в результате тромбоэмболии в бассейн левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез.
2. Следует провести ЭхоКГ для выявления аневризмы левого желудочка и возможного флотирующего внутрисердечного тромба, который послужил источником тромбоэмболии в бассейн левой средней мозговой артерии.
3. К лечению аспирином необходимо добавить непрямые антикоагулянты (подбор дозы следует проводить под контролем протромбинового индекса). Продолжить терапию вышеуказанными средствами и назначить препараты для улучшения мозгового кровообращения.

Задача № 7

Мужчина 43 лет.

При эхокардиографическом исследовании получены следующие результаты: ЛП = 3,8 см, КДР = 5,2 см, КСР = 3,4 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см, ПЖ = 2,4 см. Клапанный аппарат интактен, насосная и сократительная функция в пределах нормы. По данным Д-ЭХОКГ: патологических токов не обнаружено.

Вопросы:

1. Проявлением каких заболеваний может быть вышеописанная эхоКГ картина?
2. Какая дополнительная информация Вам необходима для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте возможные клинические диагнозы.

Эталон ответа:

1. Гипертрофическая кардиомиопатия и артериальная гипертензия с гипертоническим сердцем.
2. Данные анамнеза (указания на повышение АД), результаты исследования сосудов глазного дна (наличие или отсутствие гипертонической ангиопатии).
3. Гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта левого желудочка.
4. Артериальная гипертензия. Гипертоническое сердце: асимметрическая гипертрофия левого желудочка.

Задача № 8

Женщина 53 лет

В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗЫ КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном - без особенностей.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Гипотиреоз. Гиперлипидемия II Б тип.
2. Исследование гормонов щитовидной железы и ТТГ. УЗИ щитовидной железы.
3. При подтверждении диагноза - адекватная заместительная терапия тиреоидными гормонами.

Задача № 9

Мужчина 56 лет

В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС

= 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210\130 мм рт ст S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроретинопатия.

АНАЛИЗ КРОВИ: холестерин 8,2 ммоль\л, триглицериды 2,86 ммоль\л (в остальном - без особенностей).

АНАЛИЗ МОЧИ: без особенностей.

СЦИНТИГРАФИЯ ПОЧЕК: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: Аорта уплотнена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа:

1. Брюшная аортография, определение активности ренина плазмы.
2. Диагноз: Стенозирующий атеросклероз левой почечной артерии. Вазоренальная гипертензия (злокачественное течение). Гипертоническое сердце. Мерцательная аритмия (тахисистолическая форма). НК 11Б ст. (111 ф.к. по NYHA). Гиперлипидемия 11Б тип.

Задача № 10

Мужчина 43 лет

Жалобы на одышку, сердцебиение, резкую слабость, отсутствие аппетита, периодические ознобы с повышением температуры тела до 38,5. В течение многих лет ставили диагноз «какого-то порока сердца». Однако, длительное время к врачам не обращался, чувствуя себя здоровым. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. В анамнезе - хронический тонзиллит с частыми ангинами.

ОБЪЕКТИВНО: выраженная бледность кожных покровов. На коже мелкие геморрагические высыпания. Температура тела 37,9. ЧСС=95 уд\мин. АД = 140\30 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. В точке Боткина выслушивается диастолический шум, на аорте систолический шум, трехчленный ритм и ослабление 1 тона на верхушке, ослабление 11 тона на аорте. Аускультация легких - без особенностей. Печень и селезенка пальпаторно увеличены в размерах, слегка болезненны при пальпации. Периферических отеков нет.:

АНАЛИЗ КРОВИ: эритроциты 2900000, Нв 10,8 мг\%, лейкоциты 5100, СОЭ 52 мм\час.

Вопросы:

1. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Краткосрочная и долгосрочная тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, посев крови на стерильность.
2. Подострый септический бактериальный эндокардит. Сочетанный аортальный порок сердца.
3. Первоначально антибактериальная и дезинтоксикационная терапия (в соответствии с результатами посева крови и определения чувствительности к антибиотикам), в дальнейшем - решение вопроса о хирургическом лечении порока.

Задача № 11

Мужчина 48 лет

В связи со стабильной стенокардией напряжения (11 ф.к.) и гиперлипидемией 11А типа регулярно принимает следующие препараты: локрен 20 мг в сутки, предуктал 3 таблетки в сутки, кардиоаспирин 100 мг на ночь и зокор 20 мг на ночь. На этой терапии отмечает хороший антиангинальный эффект, в крови достигнуто снижение общего холестерина с 7,8 до 4,9 ммоль\л, повышение альфа-холестерина с 0,75 до 1,1 ммоль\л. Однако, в течение месяца отмечает появление болей постоянного характера в нижних конечностях, сопровождающихся мышечной слабостью. Объективно: пульсация на артериях стоп достаточная, пальпация мышц голени и бедер с обеих сторон болезненна.

Вопросы:

1. Какова наиболее вероятная причина появления вышеописанных жалоб ?
2. Какое исследование следует провести для уточнения генеза мышечных болей?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятная причина болей в мышцах ног связана с приемом зокора и развитием на этом фоне редкого побочного эффекта, а именно, миопатии (миалгии).
2. Подтверждает этот диагноз высокий уровень креатинфосфокиназы (КФК) в крови, что требует отмены зокора.

Задача № 12

Мужчина 40 лет

Доставлен «скорой помощью» в БИТ через 2 часа после интенсивного ангинозного приступа, развившегося впервые в жизни. В анамнезе - хронический тонзиллит, хронический некалькулезный холецистит.

При поступлении: состояние тяжелое, сохраняются ангинозные боли.

АД=110/70 мм рт ст., ЧСС=68 уд/мин.. Тоны сердца пониженной звучности, шумы не прослушиваются. В легких - застойных хрипов нет. Печень не увеличена, периферических отеков нет.

ЭКГ: подъем ST в I, AVL, V1 - V4 до 11 мм, депрессия ST в II, III, AVF на 2 мм, интервал PQ = 0,26, нарушение внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

Эталон ответа:

1. ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Острый инфаркт миокарда передне-перегородочной, верхушечной локализации. Атриовентрикулярная блокада 1 ст. Блокада правой ножки пучка Гиса.
2. Введение наркотических анальгетиков. Тромболитическая терапия. Профилактическое введение зонда-электрода в полость правого желудочка для временной эндокардиальной стимуляции (режим работы «demand») в связи с возможностью быстрого развития дистальной атриовентрикулярной блокады. Инфузия нитроглицерина под контролем АД. Инфузия гепарина. Назначение антиагрегантов.

Задача № 13

Мужчина 45 лет

С 35-летнего возраста отметил появление внезапных приступов, сопровождающихся резкой головной болью, головокружением, сердцебиением, потливостью, нарушением слуха и выраженной бледностью кожных покровов.

Приступы возникали с частотой до 1-2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением или обильной пищей и купировались самостоятельно. В последствии во время приступов были выявлены высокие цифры АД (до 230/130 мм рт ст.). В межкризовый период АД колебалось в пределах 140-160/100 мм рт ст. Последние 2 года отмечает изменение течения заболевания: цифры АД стабилизировались на более высоком уровне, картина кризов стала более сглаженной. За 2 года похудел на 10 кг. С этого же времени стали регистрироваться повышенные цифры глюкозы крови (до 7,7 ммоль/л), в связи с чем больному был выставлен диагноз сахарного диабета 11 типа. На глазном дне: гипертоническая ангиопатия 11 ст..

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Феохромоцитома. Симптоматическая артериальная гипертония. Сахарный диабет 11 тип.
2. Исследование катехоламинов и ВМК в суточной и кризовой моче. МР или КТ-томография надпочечников и парааортальной области.
3. При обнаружении - опухоли хирургическое удаление ее. При невозможности оперативного лечения - применение неселективных альфа-адреноблокаторов (фентоламин, реджитин).

Задача № 14

Женщина 33 лет

Считает себя больной в течение 2 лет, когда появились и стали неуклонно прогрессировать одышка и быстрая утомляемость при физической нагрузке. Кроме того, беспокоит сердцебиение, зябкость и похолодание конечностей.

Объективно: Диффузный цианоз. ЧСС= 90 уд/мин., АД = 100/60 мм рт ст.. Границы сердца расширены вправо на 2 см. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент 11 тона и диастолический шум на легочной артерии. В легких -дыхание ослаблено, хрипов нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Пастозность голеней.

ЭКГ: Отклонение ЭОС вправо, Признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и каковы их предположительные результаты?
3. Тактика лечения и прогноз.

Эталон ответа:

1. Первичная легочная гипертензия. НК 111 ф.к. (по НУНА).
2. Рентгенография органов грудной клетки (расширение легочной артерии, внезапный обрыв ветвей легочной артерии, увеличение правого желудочка и правого предсердия.). Катетеризация сердца (повышенное среднее давление легочной артерии, низкое или нормальное давление заклинивания легочной артерии). ЭХОКГ (расширение правого желудочка и правого предсердия, недостаточность трикуспидального клапана и клапана легочной артерии, признаки легочной гипертензии). Прогноз неблагоприятный (средняя продолжительность жизни от начала заболевания 3 года). Лечение: антагонисты кальция, при выраженных явлениях правожелудочковой недостаточности - диуретики и сердечные гликозиды в малых дозах.

Задача № 15

Мужчина 29 лет.

Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако, нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт ст.), в связи с чем был освобожден от службы в Армии. Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм рт ст., S = D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: ЛП=3,2 см, КДР=5,0 см, КСР=3,2 см, Тмжп=1,2 см, Тзс=1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

Эталон ответа:

1. Коарктация аорты. Симптоматическая артериальная гипертензия.
2. Рентгенография органов грудной клетки (узурация ребер, деформация дуги аорты), МР-томография аорты, аортография.
3. Хирургическая коррекция или ангиопластика.

Задача № 16

Мужчина 40 лет

Доставлен бригадой «Скорой помощи» в БИТ с впервые развившимся приступом сердечбиения, который продолжается около 40 минут. Со слов больного пульс «не просчитывался».

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. АД=130/80 мм рт ст.. Кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца звучные, ритм правильный.

ЧСС по пульсу и по тонам сердца 200 в мин.. Признаков недостаточности кровообращения нет. На снятой ЭКГ: ритм желудочков правильный 200 уд./мин., комплекс QRS резко уширен (0,20), деформирован во всех 12-ти отведениях. Суждение врачей об ЭКГ разноречиво. Технической возможности для проведения чрепизшеводной ЭГ и ЧПЭС нет. Приступ затягивается по времени, отмечается тенденция к снижению АД.

Вопросы:

1. Какие нарушения ритма могут иметь указанную ЭКГ-картину?

2. Тактика лечебных мероприятий (что является препаратом выбора, какие препараты категорически запрещены, возможность дифференциальной диагностики).

Эталон ответа:

1. Любая тахикардия с широким комплексом QRS может расцениваться как желудочковая тахикардия, если объективно не доказаны другие варианты с подобной конфигурацией QRS: а) А-У узловая тахикардия с абберацией, б) антидромная тахикардия при синдроме WPW.
2. Если гемодинамика стабильна возможно использование вагусных проб, которые будут эффективны при А-У узловой тахикардии с абберацией. Из медикаментозных средств препарат № 1 - в/в болюсом АТФ, который купирует А-V узловую тахикардию. Если эффекта нет и гемодинамика стабильна - в/в струйно 1-1,5 г. новокаинамида, который купирует антидромную и желудочковую тахикардии. При резком падении АД необходима кардиоверсия.

Задача № 17

Больной 28 лет

С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСС = 80 уд/мин., АД = 120/80 мм рт ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд/мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

Эталон ответа:

1. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Относительная коронарная недостаточность. Предсердная экстрасистолия.
2. Нагрузочный тест, ЭКГ-мониторирование, определение липидов крови. При склонности к повышению АД - исследование глазного дна и АД-мониторирование для исключения артериальной гипертонии и гипертонического сердца.
3. Бета-блокаторы, верапамил, дилтиазем. При наличии нарушений ритма - кордарон. Противопоказаны сердечные гликозиды, нитроглицерин, с осторожностью следует применять диуретики. (в связи с уменьшением преднагрузки или венозного возврата к сердцу).

Задача № 18

Юноша 16 лет

Был госпитализирован в БИН с диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз коронарных артерий.

Из анамнеза известно, что в 7-летнем возрасте в связи с ксантематозом ахилловых сухожилий и ксантелазм на коже век впервые был проведен анализ атерогенных липидов в крови, который показал высокий уровень общего холестерина. С 15 лет беспокоят приступы стенокардии напряжения. При обследовании в отделении по данным КАГ выявлены: проксимальный стеноз передней нисходящей коронарной артерии на 70%, стеноз огибающей коронарной артерии на 80% и стеноз правой коронарной артерии менее 50%. В крови общий холестерин 21,1 ммоль/л, альфа-холестерин 0,57 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз с учетом известной информации.
2. Какие методы лечения следует применить в данном случае?

Эталон ответа:

1. ИБС. Нестабильная стенокардия. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (трехсосудистое поражение). Гомозиготная семейная гиперхолестеринемия (IIA тип).
2. Аорто-коронарное шунтирование с последующим постоянным использованием экстракорпоральных методов коррекции нарушенного липидного обмена для снижения уровня холестерина в крови.

Задача № 19

Мужчина 39 лет

В течение 2 лет периодически беспокоят давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветренную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы. Боли купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атиенолол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд/мин. зарегистрирован эпизод элевация сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистолия.

В крови: холестерин 5,1 ммоль/л, триглицериды 1,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Внесите коррекцию в проводимую терапию, если, по Вашему мнению, она необходима

Эталон ответа:

1. ИБС. Вазоспастическая (вариантная) стенокардия. Желудочковая экстрасистолия.
2. С учетом выставленного диагноза не показано применение бета-блокаторов. Целесообразно назначение антагонистов кальция, возможно в сочетании с нитратами пролонгированного действия и аспирином.

Задача № 20

Женщина 54 лет

Доставлена в БИТ после 2-часового ангинозного приступа, купированного на догоспитальном этапе.

В анамнезе: год назад перенесла инфаркт миокарда передней локализации. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 месяца, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Акроцианоз. Набухание шейных вен. ЧД=26 в мин. АД=110/65 мм рт.ст., ЧСС=115 уд/мин.. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: патологический зубец Q в I, AVL, V1 - V3, низкий вольтаж R в V4, подъем ST в I, V1 -V5 до 4 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Какие исследования следует дополнительно провести для уточнения диагноза?
3. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

Эталон ответа:

1. ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Постинфарктный кардиосклероз. Острый инфаркт миокарда передней локализации. Острая левожелудочковая недостаточность: отек легких.
2. Для уточнения диагноза повторных свежих очаговых изменений миокарда необходимы дополнительные данные: более ранние ЭКГ для сравнения, общий анализ крови, исследование активности ферментов крови в динамике, эхокг, сцинтиграфия миокарда с пирофосфатом - Тс 99.
3. Введение наркотических анальгетиков. Введение лазикса в/в. Инфузия нитроглицерина под контролем АД. Для урежения ЧСС возможно дробное введение пропранолола в/в (допустимая разовая доза 0,1 мг на кг веса) под контролем ЧСС и признаков НК. После получения результатов Эхокг (увеличение полости ЛЖ и снижение ФВ) и в случае сохранения признаков НК - дигитализация. Инфузия гепарина, антиагреганты.

Задача № 21

Женщина 30 лет

Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт.ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт.ст.). Применение гипотензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160-170/110 мм рт.ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания.

ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт.ст., S=D. В эпигастриальной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей.

АНАЛИЗ МОЧИ: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов.

ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
3. Методы лечения.

Эталон ответа:

1. Стеноз левой почечной артерии. Реноваскулярная гипертензия (злокачественное течение). Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертензии у женщины в молодом возрасте является фибромускулярная дисплазия почечной артерии.
2. Брюшная аортография, из неинвазивных методов информативными могут быть МР-томография и дуплексное сканирование почечных артерий. Исследование активности ренина плазмы.
3. Хирургическое лечение.

Задача № 22

Мужчина 55 лет

При сборе анамнеза называет конкретный день начала заболевания, когда утром на фоне полного благополучия отметил появление асимметрии лица и онемение левой руки и левой ноги. При обращении к врачу в поликлинике впервые в жизни были зарегистрированы повышенные цифры АД (260/140), на снятой ЭКГ - подозрение на очаговые изменения передне-перегородочной локализации. Был госпитализирован в стационар, где диагноз ОИМ был отвергнут, проводилось лечение ОНМК. Еще в стационаре стал отмечать сильную головную боль, слабость, полидипсию и никтурию. Несмотря на массивную гипотензивную терапию (ренитек 20 мг в сутки, норваск 10 мг, локрен 20 мг, козаар 50 мг, триампур 2 табл. ежедневно) цифры АД сохранялись на высоком уровне (до 180-190/100-120 мм рт.ст.). На ЭКГ на фоне синусового ритма 60 уд/мин регистрировались признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и метаболические сдвиги (в виде патологического зубца U), одиночные предсердные и желудочковые экстрасистолы, конфигурация ЭКГ-комплексов не позволяла исключить рубцовые изменения перегородочной локализации. По данным ЭхоКГ на фоне нормальных размеров полостей сердца регистрировалась выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ (Тмжп = Тзс = 1,8 см). В анализах крови обращал на себя внимание низкий уровень калия плазмы (2,5 - 2,9 ммоль/л). В анализах мочи - следы белка, лейкоциты до 18 в п/зр.. При УЗИ почек выявлено расширение ЧЛС с обеих сторон; в области правого надпочечника дополнительное образование округлой формы размером 15 x 18 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Чем могут быть обусловлены изменения на ЭКГ, имитирующие очаговые (рубцовые) изменения?
4. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Первичный гиперальдостеронизм. Аденома правого надпочечника. Хронический пиелонефрит. Симптоматическая артериальная гипертензия. Гипертоническое сердце: выраженная симметричная гипертрофия левого желудочка. Предсердная и желудочковая экстрасистолия. Состояние после ОНМК.
2. МР или КТ томографию почек и надпочечников, определение концентрации альдостерона крови и активность ренина плазмы.

3. Изменения на ЭКГ обусловлены выраженной ГЛЖ, как проявление гипертонического сердца.
4. При подтверждении диагноза альдостеромы - хирургическое лечение. В случае гиперплазии (двустороннее увеличение надпочечников) - медикаментозное лечение с добавлением к используемым препаратам антагонистов альдостерона.

Задача № 23

Мужчина 39 лет

В течение 5 лет отмечал небольшую одышку, сердцебиение. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда на фоне гриппа с высокой температурой и кашлем появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение.

В анамнезе - хронический тонзиллит, в 19 лет - тонзиллэктомия.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧД = 26 в мин., ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 30 в мин., АД = 100/60 мм рт.ст. Температура тела 37,4. Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Отечность голеней и стоп.

В крови СОЭ 37 мм/час, лейкоциты 11200, С-реактивный белок - (++++).

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Опишите ожидаемые ЭХОКГ результаты при данном диагнозе.

Эталон ответа:

1. Ревматизм - активная фаза. Ревматический порок сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия и недостаточность митрального клапана. Мерцательная аритмия (тахисистолическая форма). Кардиальная астма. НК IIБ ст. (III ф.к. по NYHA).
2. Расширение полостей левого предсердия, левого и правого желудочков. Уплотнение, утолщение и изменение формы и характера движения створок митрального клапана (П-образная форма передней створки, однонаправленность движений створок). Уменьшение площади левого А-У отверстия (менее 4 кв.см). Расширение полости правого желудочка. Д-ЭХОКГ: высокоскоростной турбулентный диастолический ток и ток регургитации через левое А-У отверстие. Ток регургитации через правое А-У отверстие, как признак относительной недостаточности трикуспидального клапана.

Задача № 24

Женщина 29 лет

Считает себя больной в течение 5 лет, когда вскоре после родов стала прогрессивно прибавлять в весе на фоне повышенного аппетита (за 5 лет прибавила около 15 кг). Одновременно впервые в жизни стали регистрироваться повышенные цифры АД (до 180/100), появилась повышенная раздражительность, утомляемость, нарушение сна. Последний год артериальная гипертония приобрела кризовый характер: внезапные подъемы АД сопровождаются сердцебиением, потливостью, ознобом, внутренней дрожью, чувством страха и полиурией. Кризы купируются самостоятельно, возникают с частотой до 4-6 раз в месяц.

Объективно: Повышенного питания (при росте 162 см весит 95 кг). Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. На коже живота белые широкие стрии. ЧСС = 70 уд/мин., АД = 170/100 мм рт.ст. По органам - без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?

Эталон ответа:

1. Гипоталамический синдром. Артериальная гипертония (кризовое течение). Ожирение III ст.
2. Мероприятия, направленные на снижение веса (низкокалорийная диета, физическая активность). Применение общепринятых гипотензивных средств (ингибиторы АПФ в сочетании бета-блокаторами и диуретиками), седативные средства. Для профилактики кризов пирроксан или дифенин.