



GEE!TEST

тест по
Кардиологии

by oldkyx



Тест по Кардиологии

система подготовки к тестам Gee Test
oldkyx.com

Список вопросов по Кардиологии

1. Артериальная гипертензия может быть заподозрена по следующим клиническим признакам и проявлениям:

- 1) [-] кратковременные эпизоды потери сознания;
 - 2) [-] нарушения сердечного ритма и проводимости;
 - 3) [-] наличие периферических отеков;
 - 4) [+] боль в теменной и затылочной областях;
 - 5) [-] нарушение ритма дыхания.
-

2. Основным признаком нефрогенной гипертензии является:

- 1) [-] уменьшение размеров почек;
 - 2) [-] дистопия почек;
 - 3) [+] нарушение функции почек;
 - 4) [-] сужение почечной артерии на 20%;
 - 5) [-] наличие признаков конкрементов в лоханке.
-

3. Эндокринная гипертензия с дефицитом гормональной продукции является:

- 1) [+] гипертензией при сахарном диабете;
 - 2) [-] гипертензией при синдроме Кона;
 - 3) [-] гипертензией при гиперпаратиреозе;
 - 4) [-] гипертензией при феохромоцитоме;
 - 5) [-] гипертензией при болезни Иценко-Кушинга.
-

4. Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:

- 1) [+] ишемии внутренних органов ниже места сужения;
 - 2) [-] тромбоза вен нижних конечностей;
 - 3) [-] недостаточности мозгового кровообращения;
 - 4) [-] присоединения атеросклероза магистральных артерий;
 - 5) [-] нарушения микроциркуляции в коронарных артериях.
-

5. Повышение артериального давления при феохромоцитоме и парананглиомах имеет характер:

- 1) [-] изолированного диастолического;
 - 2) [-] с асимметрией на верхних и нижних конечностях;
 - 3) [+] кризового;
 - 4) [-] изолированного систолического.
-

6. Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

- 1) [-] увеличение АД на нижних конечностях;
 - 2) [-] гипотензия при измерении АД на верхних конечностях;
 - 3) [-] брадикардия высоких градаций;
 - 4) [+] гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты;
 - 5) [-] увеличение ОЦК.
-

7. Вазоренальная гипертензия развивается вследствие:

- 1) [-] стеноза почечной артерии;
- 2) [-] фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии;
- 3) [-] фиброваскулярной дисплазии почечной артерии;
- 4) [-] тромбоза почечной артерии;

5) [+] правильно все.

8. Снижение уровня АД при асимметрии АД на правой и левой руках до нормальных цифр опасно в плане:

- 1) [-] развития коронарного тромбоза;
 - 2) [-] развития острой аневризмы грудного отдела аорты;
 - 3) [-] нарушения функции пищевода и желудка;
 - 4) [+] развития ишемического инсульта и инфаркта миокарда;
 - 5) [-] снижения эритропоэтинсинтезирующей функции почек.
-

9. Абсолютным диагностическим критерием артериальной гипертензии при феохромоцитоме является:

- 1) [+] наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов;
 - 2) [-] увеличение концентрации в плазме крови альдостерона;
 - 3) [-] высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты;
 - 4) [-] низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрации в моче
 - 5) [-] отсутствие гипотензивного эффекта α -адреноблокаторов
-

10. Гормоном с высокой прессорной активностью является:

- 1) [-] кальцитонин;
- 2) [+] адреналин;
- 3) [-] инсулин;

4) [-] альдостерон;

5) [-] пролактин.

11. В пульмонологической практике препаратами, вызывающими развитие артериальной гипертензии, являются:

1) [-] пенициллины;

2) [-] бронхолитики;

3) [-] кромогликат натрия;

4) [+] препараты из солодки.

12. При лечении хронических артритов развитие артериальной гипертензии может вызвать:

1) [-] кризанол;

2) [-] делагил;

3) [-] аспирин;

4) [-] ибупрофен;

5) [+] гидрокортизон.

13. Эндокринная гипертензия у женщин может быть следствием приема:

1) [+] эстрогена;

2) [-] бромкриптина;

3) [-] нон-овлона;

4) [-] прогестерона.

14. Основными недостатками гипотензивной терапии α -адреноблокатором празозином является:

1) [+] рефлекторная тахикардия;

- 2) [-] брадикардия;
 - 3) [-] нарушение обмена калия;
 - 4) [-] дислиппротеидемия;
 - 5) [-] ортостатическая гипотензия.
-

15. Положительным эффектом антагонистов кальциевых каналов, кроме гипотензивного, является:

- 1) [+] коронаролитический;
 - 2) [-] снижение уровня мочевой кислоты в крови;
 - 3) [-] диуретический.
-

16. Длительность гипотензивной терапии при эссенциальной гипертензии определяется:

- 1) [-] наличием сосудистых осложнений;
 - 2) [-] состоянием органов, регулирующих артериальное давление;
 - 3) [+] устранением патогенетических механизмов гипертензии.
-

17. Какой из перечисленных гипотензивных препаратов может вызвать гемолитическую анемию при длительном приеме?

- 1) [-] клонидин;
 - 2) [-] резерпин;
 - 3) [-] празозин;
 - 4) [+] метилдопа.
-

18. Какой из гипотензивных препаратов даже в умеренных дозах может вызвать лекарственный

люпус-синдром?

- 1) [-] клонидин;
 - 2) [-] метилдопа;
 - 3) [-] резерпин;
 - 4) [-] гидралазин;
 - 5) [+] празозин.
-

19. Какой из гипотензивных препаратов при длительном применении может вызвать депрессию?

- 1) [+] резерпин;
 - 2) [-] гидралазин;
 - 3) [-] празозин.
-

20. Какие цифры артериального давления у взрослых принимаются за границу нормы?

- 1) [+] систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 90 мм рт. ст.;
 - 2) [-] систолическое давление - ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - ниже 90 мм рт. ст.;
 - 3) [-] систолическое давление - ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.
-

21. Выберите наиболее значимые факторы риска развития артериальной гипертензии:

- 1) [-] избыточная масса тела;
- 2) [-] потребление алкогольных напитков;
- 3) [-] избыточное потребление белка;
- 4) [+] уровень ежегодного потребления поваренной соли.

22. Перечислите признаки ЭКГ, наиболее характерные для больных гипертонической болезнью:

- 1) [-] остроконечный зубец Р в отведениях II, III;
 - 2) [+] гипертрофия левого желудочка;
 - 3) [-] блокада правой ножки пучка Гиса;
 - 4) [-] уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II.
-

23. Какие изменения в анализе мочи характерны для больных гипертонической болезнью?

- 1) [+] снижение удельного веса;
 - 2) [-] лейкоцитурия;
 - 3) [-] микрогематурия;
 - 4) [-] 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;
 - 5) [+] правильные ответы 2 и 4.
-

25. Какие из указанных классов липопротеидов являются атерогенными?

- 1) [-] ЛПВП;
- 2) [+] ЛПОНП;
- 3) [-] ХМ.

26. При каком типе гиперлиппротеидемии повышено содержание в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП?

- 1) [-] I;
- 2) [-] IIa;
- 3) [+] II b;
- 4) [-] III;
- 5) [-] IV.

27. Какой тип гиперпротеидемии обусловлен недостаточностью фермента липопропротеидлипазы?

- 1) [+] I;
- 2) [-] II a;
- 3) [-] II b;
- 4) [-] III;
- 5) [-] IV.

28. Потребление каких из перечисленных продуктов приводит к повышению содержания триглицеридов в крови?

- 1) [-] мяса;
- 2) [+] кондитерских изделий;
- 3) [-] икры лосося;
- 4) [-] куриных яиц.

29. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном положении сидя?

- 1) [+] напряжения;
 - 2) [-] покоя;
 - 3) [-] вариантной;
 - 4) [-] напряжения и покоя.
-

30. Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ИБС?

- 1) [-] артериальная гипоксемия;
 - 2) [+] недостаточное поступление кислорода;
 - 3) [-] снижение утилизации кислорода.
-

31. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?

- 1) [-] патологический зубец Q;
 - 2) [+] депрессии сегмента ST;
 - 3) [-] появление отрицательного зубца T;
 - 4) [-] преходящая блокада ножек пучка Гиса.
-

32. Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии?

- 1) [-] заболевания пищевода;
 - 2) [+] диафрагмальная грыжа;
 - 3) [-] язвенная болезнь желудка;
 - 4) [-] хронический колит;
 - 5) [-] острый панкреатит.
-

33. Какие признаки позволяют диагностировать левостороннюю межреберную невралгию?

- 1) [+] резкая боль при надавливании в межреберных промежутках;

2) [-] ослабление болей на входе;

3) [-] положительный эффект после приема нитроглицерина.

34. Каков механизм действия нитратов при стенокардии?

1) [-] увеличение диастолического объема желудочков сердца;

2) [+] улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда;

3) [-] увеличение внешней работы сердца.

35. При каких патологических состояниях гипоксия миокарда обусловлена нарушением биохимических процессов в миокарде?

1) [-] гипонатриемия;

2) [+] гипокалиемия;

3) [-] гипокальциемия.

36. Для ангиоспастической стенокардии характерно:

1) [+] подъем ST в период болей;

2) [-] появление отрицательного зубца T в период боли.

37. Какие признаки при стенокардии напряжения дают основания заподозрить возникновение инфаркта миокарда?

1) [-] длительность боли более 15 мин;

2) [-] появление страха смерти;

3) [-] падение АД;

4) [-] боль сильнее таковой во время предыдущих

приступов;

5) [+] все перечисленное.

38. Каков механизм действия β -адреноблокаторов?

- 1) [-] уменьшение венозного возврата;
 - 2) [-] увеличение сердечного выброса;
 - 3) [+] снижение воздействия эндогенных катехоламинов.
-

39. Назовите наиболее эффективные из перечисленных ниже лекарственных средств, применяемых при стенокардии:

- 1) [+] нитраты;
 - 2) [-] антагонисты кальция;
 - 3) [-] антикоагулянты;
 - 4) [-] антиоксиданты.
-

40. Что является показанием для назначения дезагрегантов при стенокардии?

- 1) [-] гипокоагуляция;
 - 2) [+] повышение агрегации тромбоцитов;
 - 3) [-] снижение агрегации тромбоцитов.
-

41. Назовите критерии положительной пробы с дозированной физической нагрузкой:

- 1) [-] одышка;
 - 2) [-] усталость;
 - 3) [+] подъем сегмента ST на 2 мм.
-

42. Показания к оперативному лечению

стенокардии:

- 1) [-] I-II ФК;
- 2) [-] прогрессирующая стенокардия;
- 3) [+] отсутствие эффекта от антиангинальной терапии.

43. Признаками нестабильной стенокардии являются:

- 1) [+] изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
- 2) [-] нарушение ритма и проводимости;
- 3) [-] снижение АД без гипотензивной терапии;
- 4) [-] появление патологического зубца Q на ЭКГ.

44. Признаками стабильной стенокардии высокого функционального класса являются:

- 1) [-] изменение фракции выброса;
- 2) [-] ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке;
- 3) [-] повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме;
- 4) [+] снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 Вт;
- 5) [-] снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле ниже 120 Вт.

45. ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются:

- 1) [-] удлинение интервала QT;
- 2) [-] удлинение интервала PQ;
- 3) [-] зубец Q с амплитудой больше трети R и

длительностью более 0, 03 с;

4) [+] изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца T;

5) [-] застывший подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии.

46. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:

- 1) [+] развития инфаркта миокарда;
 - 2) [-] тромбоэмболии мозговых сосудов;
 - 3) [-] развития фатальных нарушений ритма сердца;
 - 4) [-] развития легочной гипертензии;
 - 5) [-] развития венозной недостаточности.
-

47. Развитию приступа стенокардии способствуют следующие факторы:

- 1) [-] катехоламиновый спазм коронарных артерий;
 - 2) [-] гиперагрегация тромбоцитов;
 - 3) [-] повышение внутриполостного давления в левом желудочке;
 - 4) [-] пароксизмы тахикардии;
 - 5) [+] правильно все.
-

48. Причинами вариантной стенокардии (типа Принцметала) являются:

- 1) [-] поражение мелких сосудов коронарных артерий;
- 2) [+] спазм крупной коронарной артерии;
- 3) [-] спазм мелких сосудов коронарной артерии;
- 4) [-] тромбоз коронарной артерии.

49. Проба с атропином применяется у больных со следующими целями:

- 1) [-] для диагностики имеющихся нарушений атриовентрикулярной проводимости;
 - 2) [-] для оценки класса коронарной недостаточности;
 - 3) [-] для выявления нарушений реологических свойств крови;
 - 4) [-] для выявления скрытой коронарной недостаточности;
 - 5) [+] для диагностики синдрома слабости синусового узла.
-

50. Наиболее тяжелое течение стенокардии наблюдается у больных со следующими поражениями:

- 1) [+] стенозом основного ствола левой коронарной артерии;
 - 2) [-] проксимальным поражением задней коронарной артерии;
 - 3) [-] дистальным поражением огибающей артерии;
 - 4) [-] проксимальным поражением огибающей артерии;
 - 5) [-] при сочетании проксимального сужения левой и огибающей артерий.
-

51. Пороговой частотой пульса по критериям ВОЗ для возрастной группы 40-59 лет является:

- 1) [-] 170 в мин;
- 2) [-] 175 в мин;
- 3) [-] 180 в мин;
- 4) [+] 140 в мин;
- 5) [-] менее 120 в мин.

52. Предельной реакцией АД при проведении велоэргометрической пробы у больных со стенокардией является:

- 1) [-] повышение АД до 160 мм рт.ст.;
- 2) [-] повышение АД до 170 мм рт.ст.;
- 3) [-] повышение АД до 180 мм рт.ст.;
- 4) [-] повышение АД до 200 мм рт.ст.;
- 5) [+] повышение АД до 220 мм рт.ст.

53. Синдром «обкрадывания» у больных со стенокардией развивается при использовании следующих групп препаратов:

- 1) [-] тринитраты;
- 2) [-] моонитраты;
- 3) [-] динитраты;
- 4) [-] β -адреноблокаторы;
- 5) [+] вазодилататоры.

54. Эффективность антиангинального действия тринитратов у больных стенокардией снижается в результате:

- 1) [+] снижения числа рецепторов к нитратам в миоцитах;
- 2) [-] интенсификации образования свободных радикалов;
- 3) [-] повышения агрегации тромбоцитов;
- 4) [-] снижения уровня эндотелий-релаксирующего фактора.

55. Из β -блокаторов наибольшей антиангинальной активностью обладают такие препараты, как:

- 1) [-] пиндолол (вискен)
 - 2) [-] пропранолол
 - 3) [-] транзикор (окспренолол)
 - 4) [-] целипролол
 - 5) [+] надолол (коргард)
-

56. Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладают такие препараты, как:

- 1) [-] дипиридамо́л;
 - 2) [+] обзидан;
 - 3) [-] корватон;
 - 4) [-] изосорбид-динитрат.
-

57. Антиангинальное действие у больных стенокардией за счет торможения агрегации или дезагрегации тромбоцитов вызывают:

- 1) [+] дипиридамо́л;
 - 2) [-] гепарин;
 - 3) [-] фенилин;
 - 4) [-] стрептодеказа;
 - 5) [-] корватон.
-

58. При локальном стенозе крупной коронарной артерии оптимальным методом лечения стенокардии является:

- 1) [-] консервативная терапия коронаролитическими препаратами;
- 2) [+] транслюминальная ангиопластика коронарных

артерий;

3) [-] разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном;

4) [-] операция аорто-коронарного шунтирования;

5) [-] пересадка сердца.

59. Какие из указанных изменений на ЭКГ характерны для инфаркта миокарда?

1) [+] патологический зубец Q;

2) [-] конкордантный подъем сегмента ST;

3) [-] низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях.

60. Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда?

1) [+] креатинфосфокиназа;

2) [-] лактатдегидрогеназа;

3) [-] аминотрансферазы;

4) [-] щелочная фосфатаза.

61. Для инфаркта миокарда характерны следующие эхокардиографические признаки:

1) [-] диффузный гиперкинез;

2) [-] диффузный гипокинез;

3) [+] локальный гипокинез;

4) [-] локальный гиперкинез.

62. Какое лечение показано в первые 6 часов инфаркта миокарда?

1) [+] тромболитическая терапия;

2) [-] дигитализация;

3) [-] терапия антагонистами кальция.

63. Какие осложнения возможны при проведении тромболитической терапии в остром периоде инфаркта миокарда?

1) [-] гипотензия;

2) [-] анафилактический шок;

3) [-] геморрагический шок;

4) [-] гематурия;

5) [+] все перечисленное.

64. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

1) [-] артериальная гипотензия;

2) [-] пульсовое давление более 30 мм рт.ст.;

3) [-] брадикардия;

4) [-] олигурия;

5) [+] правильно 1 и 4.

65. Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока?

1) [-] мезатон;

2) [-] допамин;

3) [-] преднизолон;

4) [-] бикарбонат натрия;

5) [+] правильно 2, 3, 4.

66. Что характерно для мерцательной аритмии?

- 1) [-] частота желудочковых комплексов более 120 в мин;
 - 2) [+] отсутствие зубцов P;
 - 3) [-] наличие преждевременных комплексов QRS;
 - 4) [-] укорочение интервалов PQ;
 - 5) [-] наличие дельта-волны.
-

67. Какие ЭКГ-критерии характерны для желудочковой экстрасистолии?

- 1) [-] преждевременный комплекс QRS;
 - 2) [-] экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован;
 - 3) [-] наличие полной компенсаторной паузы;
 - 4) [-] измененный зубец P перед экстрасистолическим комплексом;
 - 5) [+] правильно 1, 2, 3.
-

68. Какие ЭКГ-критерии характерны для наджелудочковой экстрасистолии?

- 1) [-] преждевременный комплекс QRS;
 - 2) [-] экстрасистолический комплекс похож на основной;
 - 3) [-] наличие неполной компенсаторной паузы;
 - 4) [-] наличие деформированного зубца P перед экстрасистолическим комплексом;
 - 5) [+] правильно все.
-

69. При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия?

- 1) [-] гипертрофическая кардиомиопатия;
- 2) [-] митральный стеноз;

- 3) [-] тиреотоксикоз;
 - 4) [-] миокардит;
 - 5) [+] правильно 2 и 3.
-

70. При каких заболеваниях встречаются приступы Морганьи-Эдамса-Стокса?

- 1) [-] желудочковая экстрасистолия;
 - 2) [-] фибрилляция желудочков;
 - 3) [-] мерцательная аритмия;
 - 4) [+] атриовентрикулярная блокада.
-

71. Какие препараты показаны для купирования пароксизмальной наджелудочковой тахикардии?

- 1) [-] ритмилен;
 - 2) [-] финоптин;
 - 3) [-] гилуритмал;
 - 4) [-] кордарон;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

72. Какие препараты показаны для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии?

- 1) [-] ритмилен;
 - 2) [-] дигоксин;
 - 3) [-] финоптин;
 - 4) [+] гилуритмал.
-

73. Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии?

- 1) [+] тромбоэмболический синдром;

- 2) [-] инфаркт миокарда;
- 3) [-] гипертонический криз.

74. Наиболее неблагоприятный прогностический признак у больных с острым инфарктом миокарда:

- 1) [-] мерцательная аритмия;
 - 2) [-] ранняя желудочковая экстрасистолия;
 - 3) [+] групповые желудочковые экстрасистолы;
 - 4) [-] политопные желудочковые экстрасистолы;
 - 5) [-] наджелудочковые экстрасистолы.
75. Какие признаки характерны для синдрома слабости синусового узла?
- 6) [-] желудочковые экстрасистолы;
 - 7) [+] синоаурикулярная (синоатриальная) блокада;
 - 8) [-] атриовентрикулярная блокада.

75. Для лечения пароксизмальных наджелудочковых тахикардии при синдроме Вольф-Паркинсона-Вайта наилучшим средством считается:

- 1) [-] дигоксин;
- 2) [-] анаприлин;
- 3) [-] новокаинамид;
- 4) [+] кордарон.

76. Какое из осложнений инфаркта миокарда является самым частым, самым ранним и самым опасным?

- 1) [-] кардиогенный шок;

- 2) [-] отек легких;
 - 3) [+] фибрилляция желудочков;
 - 4) [-] разрыв сердца;
 - 5) [-] асистолия.
-

77. Как изменяется систолический шум при дефекте межжелудочковой перегородки с возрастом?

- 1) [-] существенно не изменяется;
 - 2) [-] увеличивается;
 - 3) [+] уменьшается.
-

78. Как изменяется пресистолический шум у больных митральным стенозом при возникновении мерцательной аритмии?

- 1) [-] значительно усиливается;
 - 2) [-] незначительно усиливается;
 - 3) [-] не изменяется;
 - 4) [+] исчезает;
 - 5) [-] уменьшается.
-

79. Какие из перечисленных признаков характерны для митрального стеноза?

- 1) [-] систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе;
- 2) [-] акцент и раздвоение II тона над аортой;
- 3) [-] систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе;
- 4) [+] дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от II тона на 0, 07-0, 12 сек.

80. При митральном стенозе наблюдается:

- 1) [-] отклонение пищевода по дуге большого радиуса;
 - 2) [+] отклонение пищевода по дуге малого радиуса;
 - 3) [-] увеличение левого желудочка;
 - 4) [-] расширение восходящей аорты.
-

81. Больные с митральным стенозом предъявляют жалобы на:

- 1) [-] головокружения и обмороки;
 - 2) [-] сжимающие боли за грудиной при ходьбе;
 - 3) [+] кровохарканье.
-

82. Причиной митрального стеноза может быть:

- 1) [+] ревматизм;
 - 2) [-] инфекционный эндокардит;
 - 3) [-] ревматоидный артрит;
 - 4) [-] муковисцидоз.
-

83. Хирургическое лечение при аортальном стенозе показано:

- 1) [+] больным с отсутствием симптомов при трансаортальном максимальном систолическом градиенте давления более 50 мм рт. ст и площади аортального отверстия менее 0,75 см;
 - 2) [-] больным в возрасте не старше 60 лет.
-

84. Причиной органического поражения трикуспидального клапана является:

- 1) [-] ревматизм;

- 2) [-] инфекционный эндокардит;
 - 3) [-] аномалия Эбштейна;
 - 4) [-] травма;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

85. Клиническим проявлением трикуспидальной регургитации является:

- 1) [-] асцит;
 - 2) [-] гепатомегалия;
 - 3) [-] отеки;
 - 4) [-] пансистолический шум над мечевидным отростком;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

86. При рентгенографии у больных с трикуспидальной регургитацией могут быть выявлены следующие изменения:

- 1) [-] плевральный выпот;
 - 2) [-] высокое стояние диафрагмы;
 - 3) [-] дилатация правых отделов сердца;
 - 4) [+] все перечисленное.
-

87. Аускультативными признаками сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия являются:

- 1) [-] усиление I тона на верхушке сердца;
- 2) [-] тон открытия митрального клапана;
- 3) [-] апикальный систолический шум, связанный с I тоном;
- 4) [-] мезодиастолический шум;

5) [+] все перечисленное.

88. Аускультативными признаками сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности являются:

- 1) [-] ослабление I и II тонов сердца;
 - 2) [-] четвертый тон;
 - 3) [-] аортальный тон изгнания;
 - 4) [-] систолический и протодиастолический шум;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

89. Клапанная митральная недостаточность диагностируется в случае:

- 1) [-] расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках;
 - 2) [+] неполного смыкания створок митрального клапана вследствие их органического изменения;
 - 3) [-] дисфункции папиллярных мышц;
 - 4) [-] разрыва хорды;
 - 5) [-] кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте.
-

90. Какие симптомы характерны для аускультативной картины недостаточности митрального клапана?

- 1) [-] систолический шум у основания сердца;
 - 2) [-] хлопающий I тон;
 - 3) [-] мезодиастолический шум;
 - 4) [+] систолический шум на верхушке.
-

91. Какие из перечисленных симптомов

позволяют заподозрить при наличии митрального стеноза сопутствующую ему митральную недостаточность?

- 1) [+] высокочастотный систолический шум, непосредственно примыкающий к I тону;
- 2) [-] тон открытия митрального клапана;
- 3) [-] громкий I тон.

92. Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок?

- 1) [-] диастолический шум на верхушке;
- 2) [-] систоло-диастолический шум;
- 3) [-] шум Флинта;
- 4) [+] систолический шум на верхушке;
- 5) [-] шум Грехема-Стилла.

93. Какой из перечисленных признаков характерен для митральной недостаточности?

- 1) [-] пульсация печени;
- 2) [-] астеническая конституция;
- 3) [+] увеличение сердца влево;
- 4) [-] систолическое дрожание во II межреберье справа;
- 5) [-] дрожание у левого края грудины.

94. Какой симптом характерен для больных со стенозом устья аорты?

- 1) [-] диффузный цианоз кожных покровов;

- 2) [-] акроцианоз;
- 3) [+] бледность кожных покровов;
- 4) [-] симптом Мюссе;
- 5) [-] «пляска каротид».

95. При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?

- 1) [-] недостаточность аортального клапана;
- 2) [+] стеноз устья аорты;
- 3) [-] недостаточность митрального клапана;
- 4) [-] стеноз митрального клапана;
- 5) [-] недостаточность трикуспидального клапана.

96. Как изменяется пульсовое давление при стенозе устья аорты?

- 1) [-] не изменяется;
- 2) [-] увеличивается;
- 3) [+] уменьшается.

97. Какие заболевания могут привести к недостаточности аортального клапана?

- 1) [-] ревматизм;
- 2) [-] инфекционный эндокардит;
- 3) [-] сифилис;
- 4) [-] атеросклероз аорты;
- 5) [+] все перечисленные.

98. Какой из перечисленных симптомокомплексов типичен для

инфекционного эндокардита?

- 1) [-] лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия;
- 2) [+] лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия;
- 3) [-] лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз;
- 4) [-] лихорадка, панцитопения, гепатоспленомегалия, асцит, желтуха, носовые кровотечения;
- 5) [-] лихорадка, потливость, кожный зуд, увеличение лимфоузлов, гепатоспленомегалия.

99. При инфекционном эндокардите:

- 1) [-] ультразвуковое исследование часто позволяет выявить вегетации;
- 2) [-] вегетации обнаруживаются даже в тех случаях, когда лечение было успешным;
- 3) [-] эхокардиография и доплеровское исследование позволяют выявить изменения гемодинамики;
- 4) [+] все верно.

100. Какое лечение следует назначить больному инфекционным эндокардитом при отрицательных результатах посева крови?

- 1) [-] пенициллин;
- 2) [+] пенициллин+аминогликозиды;
- 3) [-] цефалоспорины;
- 4) [-] цефалоспорины+аминогликозиды;
- 5) [-] хирургическое лечение.

101. Какой вид поражения почек наиболее часто встречается у больных при инфекционном эндокардите?

- 1) [-] очаговый нефрит;
 - 2) [+] диффузный нефрит;
 - 3) [-] амилоидоз;
 - 4) [-] инфаркт почек;
 - 5) [-] апостематозный нефрит.
-

102. Назовите основную причину миокардитов:

- 1) [+] инфекция;
 - 2) [-] паразитарные инвазии;
 - 3) [-] неинфекционные агенты (лекарственные вещества, вакцины, сыворотки, термические и радиохимические воздействия);
 - 4) [-] коллагенозы;
 - 5) [-] идиопатические факторы.
-

103. В какой период инфекционного заболевания наиболее часто развивается миокардит?

- 1) [-] в первые дни, на высоте лихорадочного периода;
 - 2) [+] в фазе ранней реконвалесценции (конец первой недели или на второй неделе от начала заболевания);
 - 3) [-] в фазе поздней реконвалесценции (3 неделя и позже).
-

104. Для миокардита наиболее характерны жалобы на:

- 1) [+] боли в области сердца, сердцебиения, одышку;

- 2) [-] боли в области сердца, сердцебиения, обмороки;
 - 3) [-] боли в области сердца, одышку, асцит;
 - 4) [-] боли в области сердца, головокружения, одышку;
 - 5) [-] боли в области сердца, температуру, сухой кашель.
-

105. Какие из перечисленных ЭКГ-признаков наиболее характерны для миокардита?

- 1) [-] низкий вольтаж ЭКГ, ширина комплекса PQ=0, 22 с, QRS=0, 12 с;
 - 2) [+] смещение сегмента ST ниже изолинии и отрицательный T;
 - 3) [-] конкордантный подъем сегмента ST;
 - 4) [-] дискордантный подъем сегмента ST.
-

106. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является общим для миокардита и экссудативного перикардита?

- 1) [+] кардиомегалия;
 - 2) [-] отсутствие дуг по контурам сердечной тени;
 - 3) [-] отсутствие застоя в легких;
 - 4) [-] преобладание поперечника сердца над длинником;
 - 5) [-] укорочение тени сосудистого пучка.
-

107. Назовите наиболее частую причину констриктивного перикардита:

- 1) [-] травма;
- 2) [-] коллагеноз;
- 3) [-] операция на сердце;
- 4) [+] туберкулез;

5) [-] уремия.

108. Какие признаки характерны для констриктивного перикардита?

- 1) [-] снижение сердечного выброса;
 - 2) [-] наличие парадоксального пульса;
 - 3) [-] нормальные размеры сердца;
 - 4) [-] кальциноз перикарда;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

109. Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?

- 1) [-] пункция перикарда;
 - 2) [-] измерение ЦВД;
 - 3) [+] рентгенография грудной клетки;
 - 4) [-] ФКГ;
 - 5) [-] ЭКГ.
-

110. К аутоиммунным перикардитам относится:

- 1) [-] посттравматический;
 - 2) [-] постинфарктный (синдром Дресслера);
 - 3) [-] посткомиссуральный;
 - 4) [-] постперикардитомный;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

111. Укажите заболевания, с которыми чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит:

- 1) [-] диафрагмальная грыжа;
 - 2) [-] острый панкреатит;
 - 3) [-] пептическая язва пищевода;
 - 4) [+] инфаркт миокарда;
 - 5) [-] миокардит.
-

112. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для сердечной недостаточности, обусловленной экссудативным перикардитом?

- 1) [-] кардиомегалия;
 - 2) [+] характерная поза с наклоном тела вперед или коленно-локтевое положение;
 - 3) [-] отсутствие шумов в сердце;
 - 4) [-] асцит, отеки.
-

113. Для экссудативного перикардита характерно:

- 1) [-] сглаженность дуг;
 - 2) [-] снижение пульсации контуров;
 - 3) [-] преобладание поперечника над длинником;
 - 4) [-] укорочение сосудистого пучка;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

114. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

- 1) [-] тампонада сердца;
- 2) [-] подозрение на гнойный процесс;
- 3) [-] замедленное рассасывание экссудата;

4) [-] диагностическая пункция;

5) [+] все перечисленное.

115. Ваша тактика при перикардитах неясного генеза:

1) [-] пробное противоревматическое лечение;

2) [-] лечение антибиотиками широкого спектра действия;

3) [+] пробное лечение противотуберкулезными препаратами;

4) [-] пробное лечение кортикостероидами.

116. Подъем сегмента ST - характерный признак:

1) [+] сухого перикардита;

2) [-] экссудативного перикардита;

3) [-] констриктивного перикардита.

117. Решающее значение в дифференциальной диагностике между ИБС и дилатационной кардиомиопатией имеет:

1) [-] возраст и пол больного;

2) [-] высокий уровень липидов в плазме;

3) [-] эхокардиография;

4) [+] коронарография.

118. Какие аускультативные данные типичны для идиопатического гипертрофического аортального стеноза?

1) [-] усиление I тона на верхушке и диастолический шум;

2) [+] ослабление I тона на верхушке, систолический шум по

левому краю грудины и на верхушке;

3) [-] ослабление I тона на верхушке и систолический шум над аортой;

4) [-] нормальный I тон и отсутствие шумов над аортой;

5) [-] «металлический» II тон над аортой и диастолический шум.

119. Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является:

1) [-] стенокардия напряжения;

2) [-] развитие сердечной недостаточности;

3) [-] полная блокада левой ножки пучка Гиса;

4) [+] желудочковая аритмия.

120. Для лечения аритмий при гипертрофической кардиомиопатии наиболее показано применение:

1) [-] хинидина;

2) [-] новокаинамида;

3) [-] изоптина;

4) [-] индерала;

5) [+] кордарона.

121. Какие суточные дозы β -блокаторов применяют при гипертрофической кардиомиопатии?

1) [-] 40-80 мг;

2) [-] 120-240 мг;

3) [+] 320-480 мг.

122. Назовите наиболее частую причину хронической сердечной недостаточности в настоящее время:

- 1) [-] ревматические пороки сердца;
- 2) [+] ИБС;
- 3) [-] артериальная гипертензия;
- 4) [-] кардиомиопатия;
- 5) [-] миокардиты и кардиомиодистрофии.

123. При каких заболеваниях сердца развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда?

- 1) [-] инфаркт миокарда;
- 2) [+] гипертрофическая кардиомиопатия;
- 3) [-] дилатационная кардиомиопатия.

124. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является наиболее ранним признаком застоя при сердечной недостаточности?

- 1) [+] перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов;
- 2) [-] интерстициальный отек легких с образованием линий Керли;
- 3) [-] альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких;
- 4) [-] плевральный выпот, чаще справа.

125. Фуросемид оказывает следующие эффекты:

- 1) [-] обладает венодилатирующим свойством;
 - 2) [-] увеличивает диурез;
 - 3) [-] увеличивает хлорурез;
 - 4) [-] увеличивает натрийурез;
 - 5) [+] все ответы верные.
-

126. В каких случаях верапамил может быть использован при лечении сердечной недостаточности?

- 1) [-] нетяжелая сердечная недостаточность типа ИБС;
 - 2) [+] больные с неизменным сердечным выбросом и нарушением диастолической функции сердца;
 - 3) [-] частая желудочковая экстрасистолия даже при тяжелой сердечной недостаточности;
 - 4) [-] частая наджелудочковая экстрасистолия даже при тяжелой сердечной недостаточности;
 - 5) [-] дигиталисная интоксикация.
-

127. Какие из побочных эффектов ингибиторов АПФ, как правило, требуют прекращения лечения?

- 1) [+] ангионевротический отек, кожные реакции в виде эритемы;
 - 2) [-] кашель;
 - 3) [-] потеря вкусовых ощущений;
 - 4) [-] падение АД после первого приема.
-

128. Какой антиаритмический препарат

является наименее безопасным и достаточно эффективным при лечении тахиаритмий, вызванных дигиталисной интоксикацией?

- 1) [-] новокаинамид;
- 2) [+] лидокаин;
- 3) [-] изоптин;
- 4) [-] индерал;
- 5) [-] хинидин.

129. Больной 22 лет, спортсмен, поступил с жалобами на повышение температуры до 39°C, с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. В легких - небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. ЧСС=106 ударов в мин. АД=120/40 мм рт.ст., печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, болезненная при пальпации. Незначительные отеки голеней. О каком заболевании можно думать?

- 1) [-] миокардит;
- 2) [-] пневмония;
- 3) [+] инфекционный эндокардит;
- 4) [-] цирроз печени;
- 5) [-] ревмокардит.

130. У больного инфекционным эндокардитом на фоне лечения антибиотиками температура тела нормализовалась, однако нарастают явления выраженной сердечной недостаточности. Больной получает диуретики, сердечные гликозиды. Пульс -112 уд/мин. АД 140/20 мм рт.ст. Ваша тактика:

- 1) [-] увеличить дозу антибиотиков;
- 2) [-] произвести плазмаферез;
- 3) [-] увеличить дозу диуретиков;
- 4) [+] направить на хирургическое лечение;
- 5) [-] добавить ингибиторы АПФ.

131. Больной 47 лет поступил с жалобами на перебои в работе сердца, боли в голеностопных, коленных и плечевых суставах за 3 недели до поступления была лихорадка 38, 5°C, боли в животе и жидкий стул в течение 10 дней. При поступлении: на ЭКГ PQ=0, 24-0, 34 с с выпадением QRS, лейкоциты крови - 12, 9x10⁹/л, СОЭ - 35 мм/ч, сиаловая кислота - 270 ЕД. О каком заболевании следует думать?

- 1) [-] ИБС;
- 2) [-] ревматический миокардит;
- 3) [-] инфекционно-аллергический миокардит;
- 4) [-] дизентерийный миокардит;
- 5) [+] иерсиниозный миокардит.

132. Больной 27 лет поступил в ЛОР-отделение

с диагнозом «ангина». Через 3 нед. отмечаются слабость, снижение АД до 90/60 мм рт.ст., боли в области сердца, затем появились пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии. Выявлена кардиомегалия. Через 5 нед. появилась гнусавость голоса. О каком заболевании следует думать?

- 1) [-] инфекционно-аллергический миокардит;
- 2) [+] дифтерия, инфекционно-токсический миокардит;
- 3) [-] ревматический миокардит;
- 4) [-] дилатационная кардиомиопатия;
- 5) [-] экссудативный перикардит.

133. Больной 47 лет поступил с жалобами на одышку при нагрузке, отеки нижних конечностей, сердцебиения. Злоупотребление алкоголем отрицает. Болеет около года. При обследовании выявлено: гиперемия лица, кардиомегалия, контрактура Дюпюитрена, гематомегалия, трехчленный ритм на верхушке сердца. При биохимическом исследовании - повышение аминотрансфераз, холестерин крови - 4,5 ммоль/л, клапанного поражения при ЭхоКГ не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

- 1) [-] дилатационная кардиомиопатия;
- 2) [-] ИБС;
- 3) [-] митральный стеноз;
- 4) [-] гипертрофическая кардиомиопатия;
- 5) [+] алкогольное поражение сердца.

134. Больная 40 лет поступила с жалобами на сжимающие боли в области сердца при физической нагрузке, иррадиирующие в левую руку. Длительность - до 15 мин, снимаются валокордином. Боли беспокоят около 8 лет. АД всегда нормальное. При осмотре выявлена кардиомегалия, систолический шум на верхушке. При ЭхоКГ: толщина межжелудочковой перегородки -1,5 см, гипокинез перегородки, полость левого желудочка уменьшена, клапаны интактны. Ваш диагноз:

- 1) [-] ИБС, стенокардия напряжения;
- 2) [-] нейроциркуляторная дистония;
- 3) [-] миокардит;
- 4) [+]**гипертрофическая кардиомиопатия;**
- 5) [-] коарктация аорты.

135. Больной 52 лет с ревматическим пороком сердца, с клиникой левожелудочковой недостаточности. При осмотре выявлено: систолический и диастолический шумы в точке Боткина и втором межреберье справа. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонную артерию, пальпаторно определяется систолическое дрожание во втором межреберье справа от грудины. I и II тоны ослаблены. Выставлен диагноз сочетанного порока. Какие признаки свидетельствуют о недостаточности аортального клапана?

- 1) [-] систолический шум;
 - 2) [+] диастолический шум;
 - 3) [-] систолическое дрожание во втором межреберье справа;
 - 4) [-] ослабление II тона.
-

136. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. При аускультации - на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии - увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз:

- 1) [-] сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
 - 2) [+] недостаточность митрального клапана;
 - 3) [-] недостаточность устья аорты;
 - 4) [-] стеноз устья аорты.
-

137. У больного с ИБС, острым трансмуральным переднеперегородочным инфарктом миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из перечисленных препаратов необходимо ему ввести?

- 1) [-] строфантин;
- 2) [+] лидокаин;
- 3) [-] обзидан;
- 4) [-] финоптин;

5) [-] дигоксин.

138. У больного с ИБС, острым трансмуральным переднеперегородочным инфарктом миокарда развилась фибрилляция желудочков. Ваша тактика:

- 1) [-] ввести строфантин;
- 2) [+] произвести кардиоверсию;
- 3) [-] ввести обзидан;
- 4) [-] ввести кордарон.

139. У больного с ИБС - постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахикардии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика:

- 1) [-] назначить хинидин;
- 2) [-] назначить новокаинамид;
- 3) [+] провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма;
- 4) [-] назначить дигоксин;
- 5) [-] провести временную кардиостимуляцию.

140. У больного 47 лет через полгода после лобэктомии по поводу периферического рака нижней доли правого легкого и рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии в связи с мигрирующим тромбозом нижних

конечностей отмечено усиление одышки, неприятные ощущения за грудиной, выявлено увеличение тени сердца, снижение вольтжа 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%. Назовите наиболее вероятную причину накопления жидкости в перикарде:

- 1) [-] неинфекционный гидроперикардит;
- 2) [-] инфекционный выпотной перикардит (неспецифический или туберкулезный);
- 3) [+] метастатическое поражение перикарда;
- 4) [-] гемиперикард как осложнение терапии антикоагулянтами.

141. У больного 39 лет, в прошлом 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:

- 1) [-] гидроперикард;
- 2) [+] гемоперикард;
- 3) [-] повторный инфаркт миокарда;
- 4) [-] инфекционный экссудативный перикардит.

142. У больного с диагнозом «острый

трансмуральный инфаркт миокарда» на 2-е сутки пребывания в стационаре появился систолический шум в области абсолютной сердечной тупости без проведения в другие области, шум усиливается от нажатия стетоскопа и имеет скребущий характер. Состояние больного существенно не изменилось. О каком осложнении инфаркта следует думать?

- 1) [-] разрыв миокарда;
- 2) [-] перфорация межжелудочковой перегородки;
- 3) [-] отрыв сосочковых мышц митрального клапана;
- 4) [+] эпистенокардитический перикардит;
- 5) [-] синдром Дресслера.

143. Больной 45 лет поступил в клинику с симптоматикой острого переднеперегородочного инфаркта миокарда. Через 10 часов почувствовал замирание в работе сердца, усилилась слабость, появилось головокружение. На ЭКГ - синусовый ритм, ЧСС=78 уд/мин, периодически появляются по 2-3 широких желудочковых комплекса длительностью более 0,18 с, неправильной полиморфной формы, с последующей полной компенсаторной паузой. Какое осложнение инфаркта миокарда имеет место?

- 1) [-] полная атриовентрикулярная блокада;
- 2) [-] желудочковая тахикардия;
- 3) [-] узловая экстрасистолия;
- 4) [-] суправентрикулярная тахикардия;

5) [+] желудочковая экстрасистолия.

144. Больной 68 лет госпитализирован с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». Во время осмотра потерял сознание, покрылся холодным потом. Состояние тяжелое, кожа бледная, холодная. Тоны сердца - глухие, ритмичные. ЧСС=180 в мин. АД=80/40 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения. На ЭКГ - широкие желудочковые комплексы по 0, 18 с, неправильной формы. Какое осложнение инфаркта миокарда имеет место?

- 1) [-] фибрилляция желудочков;
- 2) [-] желудочковая экстрасистолия;
- 3) [-] узловая тахикардия;
- 4) [-] частичная атриовентрикулярная блокада;
- 5) [+] желудочковая тахикардия.

145. Больная 55 лет поступила в клинику по скорой помощи с жалобами на боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс - 96 ударов в мин. АД=110/70 мм рт.ст. Во время осмотра внезапно потеряла сознание, захрипела, отмечались тонические судороги, дыхание отсутствует, пульс не определяется. На ЭКГ - волнообразная кривая. Рекомендуемая терапия:

- 1) [-] введение норадреналина;

2) [-] введение адреналина и хлористого кальция внутрисердечно;

3) [+] электроимпульсная терапия;

4) [-] эндокардиальная электростимуляция;

5) [-] непрямой массаж сердца.

146. Больная 75 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение в последние 3 дня. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС и пульс - 56 ударов в мин. АД=110/70 мм рт.ст. на ЭКГ - ритм синусовый, интервал PQ=0,26 с, патологический зубец Q в стандартных отведениях I, II, снижение сегмента ST и отрицательный зубец T в отведениях V1-V3. Предположительный диагноз:

1) [-] острый передний инфаркт миокарда, осложненный блокадой передней ветви левой ножки пучка Гиса;

2) [-] рубцовые изменения миокарда в передней стенке левого желудочка, атриовентрикулярная блокада I степени;

3) [-] постмиокардитический кардиосклероз, полная атриовентрикулярная блокада с периодами Морганьи-Эдамса-Стокса;

4) [-] постинфарктный кардиосклероз без нарушения атриовентрикулярной проводимости;

5) [+] острый переднеперегородочный инфаркт миокарда, осложненный атриовентрикулярной блокадой I степени.

147. Больной 67 лет поступил в клинику с

диагнозом «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:

- 1) [+] временная кардиостимуляция;
 - 2) [-] постоянная кардиостимуляция;
 - 3) [-] изопропилнорадреналин;
 - 4) [-] ко-фактор синтеза нуклеиновых кислот.
-

148. Больной 65 лет поступил в клинику с диагнозом «острый зад-недиафрагмальный инфаркт миокарда». При мониторинговании выявлено, что интервал PQ увеличен до 0,4 с с выпадением комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС=40 в мин. **Предположительный диагноз:**

- 1) [+] атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II;
 - 2) [-] синдром Фредерика;
 - 3) [-] мерцательная аритмия, брадикардическая форма;
 - 4) [-] атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I;
 - 5) [-] синоаурикулярная блокада III степени.
-

149. Больная 80 лет поступила в отделение с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». За время наблюдения у больной периодически возникают эпизоды потери сознания с эпилептиформными судорогами и дыханием

типа Чейна-Стокса. На ЭКГ - зубцы Р не связаны с комплексами QRS жестким интервалом, продолжительность интервала $PP=0,8$ с, $RR=1,5$ с. ЧСС=35 в мин. Предположительный диагноз:

- 1) [-] эпилепсия;
 - 2) [+] полная атриовентрикулярная блокада;
 - 3) [-] брадикардическая форма мерцания предсердий;
 - 4) [-] фибрилляция желудочков;
 - 5) [-] синусовая тахикардия.
-

150. Больной 54 лет поступил в клинику с диагнозом: повторный переднеперегородочный инфаркт миокарда с переходом на верхушку и боковую стенку левого желудочка. Объективно: состояние тяжелое, бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких - единичные незвонкие мелкопузырчатые хрипы в ниже-задних отделах. ЧСС=110 в мин. ЧД=24 в мин. АД=80/60 мм рт.ст. Пульс - слабого наполнения. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен. Диагноз:

- 1) [-] острый соматогенный психоз;
 - 2) [-] транзиторная гипотензия;
 - 3) [-] кардиогенный шок, торпидная фаза;
 - 4) [-] начинающийся отек легких;
 - 5) [+] кардиогенный шок, эректильная фаза.
-

151. Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». В первые сутки наблюдения внезапно потерял

сознание. Пульс и давление не определяются. На ЭКГ - синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков. Лечение:

- 1) [-] дефибрилляция;
 - 2) [+] внутрисердечное введение симпатомиметиков;
 - 3) [-] индерал внутривенно;
 - 4) [-] ганглиоблокаторы.
-

152. Больной 50 лет поступил в клинику с диагнозом: распространенный передний инфаркт миокарда. После двух суток лечения в блоке интенсивной терапии стал жаловаться на чувство нехватки воздуха, сухой кашель. При обследовании выявлен систолический шум на верхушке и в точке Боткина, ранее не выслушивавшийся. Предположительный диагноз:

- 1) [-] тромбоэмболия легочной артерии;
 - 2) [-] крупозная пневмония;
 - 3) [-] постинфарктный перикардит;
 - 4) [+] отрыв сосочковой мышцы;
 - 5) [-] синдром Дресслера.
-

153. Больной 48 лет поступил в клинику с диагнозом: задний инфаркт миокарда. На третьи сутки наблюдения внезапно стала нарастать одышка, появились боли и чувство распирания в правом подреберье, отеки на ногах. Состояние тяжелое, бледность кожи, акроцианоз, в легких

хрипов нет. ЧДД=24 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, выслушивается пансистолический шум по парастернальной линии, определяется систолическое дрожание. ЧСС=96 в мин. АД=100/60 мм рт.ст., печень увеличена на 6 см. Предположительный диагноз:

- 1) [-] ревматический порок сердца;
- 2) [-] пролапс митрального клапана;
- 3) [+] разрыв межжелудочковой перегородки;
- 4) [-] отек легких;
- 5) [-] тромбоэмболия легочной артерии.

154. У больного уровень артериального давления без гипотензивной терапии не снижается ниже 180/100 мм рт.ст. Отмечается изменение сосудов глазного дна типа салюс II. Индекс гипертрофии миокарда Соколова составляет 48 мм. Какой стадии по классификации ВОЗ соответствует данное заболевание?

- 1) [-] I стадия;
- 2) [+] II стадия;
- 3) [-] III стадия;
- 4) [-] пограничная гипертензия.

155. 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?

- 1) [-] у больной пограничная артериальная гипертензия;
 - 2) [-] у пациентки нормальная реакция АД на ортостаз;
 - 3) [+] симптомы указывают на ортостатическую гипертензию;
 - 4) [-] у больной артериальная гипертензия II стадии;
 - 5) [-] у больной артериальная гипертензия III стадии.
-

156. Пациент по поводу артериальной гипертензии систоло-диастолического типа обследовался в стационаре. Обнаружены гиперкальциемия, кальциурия, конкременты в обеих почечных лоханках. Исследование гормонов не проводилось. Какова возможная причина гипертензии?

- 1) [-] гипертоническая болезнь;
 - 2) [-] коарктация аорты;
 - 3) [-] альдостерома надпочечников;
 - 4) [-] гипертиреоз;
 - 5) [+] гиперпаратиреоз.
-

157. Больной страдает сахарным диабетом 2 типа 3 года. Около года регистрируются цифры АД выше 200/120 мм рт.ст., гипотензивный эффект препаратов раувольфии низкий. Уровень альбумина в моче соответствует микропротеинурии (не выше 150 мг/л). Каковы наиболее вероятные причины гипертензии?

- 1) [-] хронический гломерулонефрит;

- 2) [-] хронический пиелонефрит;
 - 3) [+] синдром Киммельстиля-Вильсона;
 - 4) [-] эссенциальная гипертензия;
 - 5) [-] стеноз почечной артерии.
-

158. По поводу изолированной систолической гипертензии с максимумом АД 200/90 мм рт.ст. пациент 22 лет был обследован в поликлинике. Пульсация артерий стоп снижена, АД на ногах не измерялось. При флюорографии грудной клетки выявлены изменения, напоминающие узурацию нижней поверхности ребер. Какова причина гипертензии?

- 1) [-] гипертоническая болезнь;
 - 2) [-] стеноз сонной артерии;
 - 3) [-] гипертиреоз;
 - 4) [-] эссенциальная гипертензия;
 - 5) [+] коарктация аорты.
-

159. Женщина 32 лет обследована в стационаре по поводу болей в сердце, сердцебиений, тахикардии до 130 ударов в мин. Поставлен диагноз: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу. Максимальное АД - 160/80 мм рт.ст. Исследование гормонов не проводилось. Возможная причина нарушений функции сердечно-сосудистой системы:

- 1) [-] пролактинсинтезирующая аденома гипофиза;
- 2) [-] миокардит;

- 3) [-] феохромоцитомы;
- 4) [+] гипертиреоз;
- 5) [-] кортикостерома надпочечников.

160. Пациент 18 лет с девятилетнего возраста страдает артериальной гипертензией с привычными цифрами 160/100 мм рт.ст. Аускультативных признаков стеноза почечной артерии нет. При ренорадиографии отмечено резкое удлинение секреторной фазы в правой почке. Наиболее вероятный механизм гипертензии:

- 1) [-] гипертоническая болезнь;
- 2) [-] эссенциальная гипертензия;
- 3) [-] атеросклеротический стеноз почечной артерии;
- 4) [-] тромбоз почечной артерии;
- 5) [+] фиброваскулярная дисплазия почечной артерии.

161. У больного уровень АД на руках различается на 50 мм рт.ст. Два года назад лечился по поводу тонзиллогенного сепсиса. При исследовании выявляются шумы на бедренных и правой сонной артериях. С какой нозологией, скорее всего, связана асимметрия давления?

- 1) [-] коарктация аорты;
- 2) [-] стеноз правой сонной артерии атеросклеротического генеза;
- 3) [-] узелковый периартериит;
- 4) [+] неспецифический аортоартериит;

5) [-] синдром Марфана.

162. При митральном стенозе:

- 1) [-] возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка;
 - 2) [+] возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка;
 - 3) [-] выслушивается диастолический шум в точке Боткина.
-

163. Щелчок открытия митрального клапана:

- 1) [+] возникает через 0, 06-0,12 с после закрытия аортальных клапанов;
 - 2) [-] характерен для митральной недостаточности;
 - 3) [-] характерен для аортального стеноза;
 - 4) [-] лучше всего выслушивается в точке Боткина.
-

164. Какое из приведенных положений верно в отношении митральной недостаточности?

- 1) [-] всегда ревматической этиологии;
 - 2) [+] пролапс митрального клапана - самая частая причина неревматической митральной недостаточности;
 - 3) [-] первый тон на верхушке усилен.
-

165. Если у больного имеется поздний систолический шум на верхушке и поздний систолический щелчок, вы можете заподозрить:

- 1) [-] митральный стеноз;
- 2) [-] митральную недостаточность ревматической этиологии;
- 3) [-] сочетанный митральный порок;
- 4) [+] пролапс митрального клапана;

5) [-] разрыв сухожильных хорд.

166. 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;
 - 5) [+] правильно 1, 2, 3.
-

167. Обструкция выхода из левого желудочка может быть связана с:

- 1) [-] митральным стенозом;
 - 2) [+] идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом;
 - 3) [-] стенозом легочной артерии;
 - 4) [-] митральной недостаточностью.
-

168. Для аортального стеноза характерно:

- 1) [-] мерцательная аритмия;
 - 2) [+] синкопальные состояния;
 - 3) [-] кровохарканье.
-

169. Большинство больных с клапанным аортальным стенозом умирает:

- 1) [-] внезапной смертью;
- 2) [-] в течение 4-5 лет от момента возникновения порока;
- 3) [+] в течение 4-5 лет от момента возникновения болей в

сердце, одышки, синкопальных состояний и сердечной недостаточности;

- 4) [-] от инфаркта миокарда;
- 5) [-] от инфекционного эндокардита.

170. Если у больного с длительно существующим митральным пороком уменьшились одышка и симптомы легочной гипертензии, стали нарастать отеки, гепатомегалия, асцит, следует думать о:

- 1) [-] прогрессировании митрального стеноза;
- 2) [-] прогрессировании митральной недостаточности с развитием сердечной недостаточности,
- 3) [+] развитии трикуспидальной недостаточности и правожелудочковой недостаточности;
- 4) [-] развитии аортального порока.

171. Назовите причины митральной недостаточности:

- 1) [-] ревматизм;
- 2) [-] миксоматозная дегенерация;
- 3) [-] сифилис;
- 4) [-] травма;
- 5) [+] правильно 1, 2, 4.

172. Какие изменения на ЭКГ характерны для гипертрофической кардиомиопатии?

- 1) [-] синдром WPW;
- 2) [-] блокада правой ножки пучка Гиса;
- 3) [-] атриовентрикулярная блокада;

4) [-] мерцательная аритмия;

5) [+] глубокий Q в V5-V6.

173. Какие эхокардиографические признаки характерны для идиопатического гипертрофического субаортального стеноза?

1) [-] симметричная гипертрофия стенок левого желудочка;

2) [+] переднее систолическое движение передней створки митрального клапана;

3) [-] утолщение створок аортального клапана.

174. Шум Флинта обусловлен:

1) [-] относительной митральной недостаточностью;

2) [+] относительным митральным стенозом;

3) [-] высокой легочной гипертензией, относительной недостаточностью клапана легочной артерии.

175. Шум Грехема-Стилла характерен для:

1) [-] пролапса митрального клапана;

2) [+] митрального стеноза;

3) [-] ХНЗЛ;

4) [-] аортальной недостаточности.

176. Одной из патофизиологических аномалий при стенозе митрального клапана является:

1) [-] увеличенное наполнение левого желудочка;

2) [+] увеличенное давление в левом предсердии;

3) [-] увеличенный сердечный выброс;

4) [-] снижение давления в правом желудочке;

5) [-] градиент давления между левым желудочком и аортой.

177. Какое из положений верно для больного хронической сердечной недостаточностью, относящейся к I функциональному классу?

1) [-] симптомы заболевания сердца выявляются только инструментальными методами в условиях максимальной физической нагрузки;

2) [+] обычная физическая активность не вызывает утомления, сердцебиения, одышки, ангинозных болей;

3) [-] обычная физическая активность приводит к утомлению, сердцебиению, одышке, ангинозным болям;

4) [-] утомление, сердцебиение, одышка, ангинозные боли возникают при физической активности меньше обыкновенной;

5) [-] пациент не способен к выполнению какой бы то ни было физической нагрузки без возникновения дискомфорта.

178. Что предпочтительнее при сердечной недостаточности на почве митральной регургитации?

1) [-] нитросорбид внутрь;

2) [-] нитроглицерин внутривенно;

3) [+] каптоприл внутрь;

4) [-] дигоксин внутривенно с переходом на поддерживающий прием внутрь;

5) [-] фуросемид внутрь.

179. Что является самой частой причиной легочной эмболии?

1) [-] тромбоз тазовых вен;

2) [-] тромбоз венозного сплетения предстательной железы;

- 3) [-] тромбоз в правом предсердии;
 - 4) [+] тромбоз вен нижних конечностей;
 - 5) [-] тромбоз вен верхних конечностей.
-

180. Через 6 часов после начала болей при остром инфаркте миокарда может быть повышен уровень:

- 1) [+] креатинфосфокиназы;
 - 2) [-] лактатдегидрогеназы;
 - 3) [-] аспартатаминотрансферазы;
 - 4) [-] альдолазы;
 - 5) [-] α -гидроксибутиратдегидрогеназы.
-

181. Какая патология ассоциирована с диастолической гипертензией?

- 1) [-] тяжелая анемия;
 - 2) [-] тиреотоксикоз;
 - 3) [+] коарктация аорты;
 - 4) [-] бери-бери;
 - 5) [-] системные артериовенозные фистулы.
-

182. Факторами риска ИБС являются:

- 1) [-] артериальная гипертензия;
 - 2) [-] курение;
 - 3) [-] сахарный диабет;
 - 4) [-] ожирение;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

183. Эквивалентом стенокардии может служить следующий симптом:

- 1) [+] изжога при быстрой ходьбе;
 - 2) [-] головокружение при переходе в ортостаз;
 - 3) [-] повышение АД при физической нагрузке;
 - 4) [-] колющие боли в сердце при наклонах туловища.
-

184. Наиболее длительный антиангинальный эффект обеспечивает:

- 1) [-] нитроглицерин;
 - 2) [-] сустан;
 - 3) [-] нитрогранулонг;
 - 4) [+] нитросорбид;
 - 5) [-] нитромазь.
-

185. Длительность острейшего периода инфаркта миокарда:

- 1) [-] до 2 часов;
 - 2) [+] до 6 часов;
 - 3) [-] до 30 минут;
 - 4) [-] до 12 часов;
 - 5) [-] до 24 часов.
-

186. Длительность острого периода инфаркта миокарда:

- 1) [-] до 2 часов;
 - 2) [-] до 1 месяца;
 - 3) [+] до 10 дней;
 - 4) [-] до 2 дней;
 - 5) [-] до 18 дней.
-

187. Для болевого синдрома при инфаркте

миокарда характерно:

- 1) [-] локализация за грудиной;
 - 2) [-] длительность боли более 30 минут;
 - 3) [-] иррадиация в левую ключицу, плечо, шею;
 - 4) [-] сжимающе-давящий характер;
 - 5) [+] все перечисленное.
-

188. Метод обследования больных гипертонической болезнью, включенный во вторую ступень обследования (схема ВКНЦ):

- 1) [-] общий анализ мочи;
 - 2) [-] внутривенная урография;
 - 3) [-] консультация окулиста;
 - 4) [-] определение макроэлектролитов крови;
 - 5) [+] определение гормонов крови.
-

189. Ведущий критерий диагностики гиперкриза II типа:

- 1) [-] уровень АД;
 - 2) [-] длительность заболевания;
 - 3) [+] очаговая неврологическая симптоматика;
 - 4) [-] тахикардия;
 - 5) [-] экстрасистолия.
-

190. Фактор риска развития гипертонической болезни:

- 1) [-] атеросклероз;
- 2) [-] сахарный диабет;
- 3) [+] отягощенная наследственность;

4) [-] стрептококковая инфекция;

5) [-] нарушение белкового обмена.