

# Green Test



Тест по  
Кардиологии

## Тест 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  $\alpha$ -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  $\alpha$ -адреноблокатором празозином является:

- 1)+** рефлекторная тахикардия;
- 2) брадикардия;
- 3) нарушение обмена калия;
- 4) дислипотеидемия;
- 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 гиперлипотеидемии повышено содержание в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП?
- 1) I;
  - 2) IIa;
  - 3)+ II b;
  - 4) III;
  - 5) IV.
27. Какой тип гиперлипотеидемии обусловлен недостаточностью фермента липопротеидлипазы?
- 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 вдохе;
  - 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  $\beta$ -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)  $\beta$ -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  $\beta$ -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 Р;
- 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 Р 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 Р 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 тахикардий при синдроме Вольф-Паркинсона-Вайта наилучшим средством считается:

- 1) дигоксин;
- 2) анаприлин;
- 3) новокаиномид;
- 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<sup>2</sup>;
- 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  $\beta$ -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) новокаиномид;
- 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 RQ=0, 24-0, 34 с с выпадением QRS, лейкоциты крови - 12, 9х10<sup>9</sup>/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 валокардином. 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 новокаиномид;
- 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 тромбофлебитом нижних конечностей отмечено усиление одышки, неприятные ощущения за грудиной, 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%. 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) узловатая 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) узловатая 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 заднедиафрагмальный 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 R 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 нижне-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 асистию 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 парастеральной 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) феохромоцитома;
- 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 гипертензия4
- 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)  $\alpha$ -гидроксibuтиратдегидрогеназы.

**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) сустак;
- 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.

generated at [geetest.ru](http://geetest.ru)