

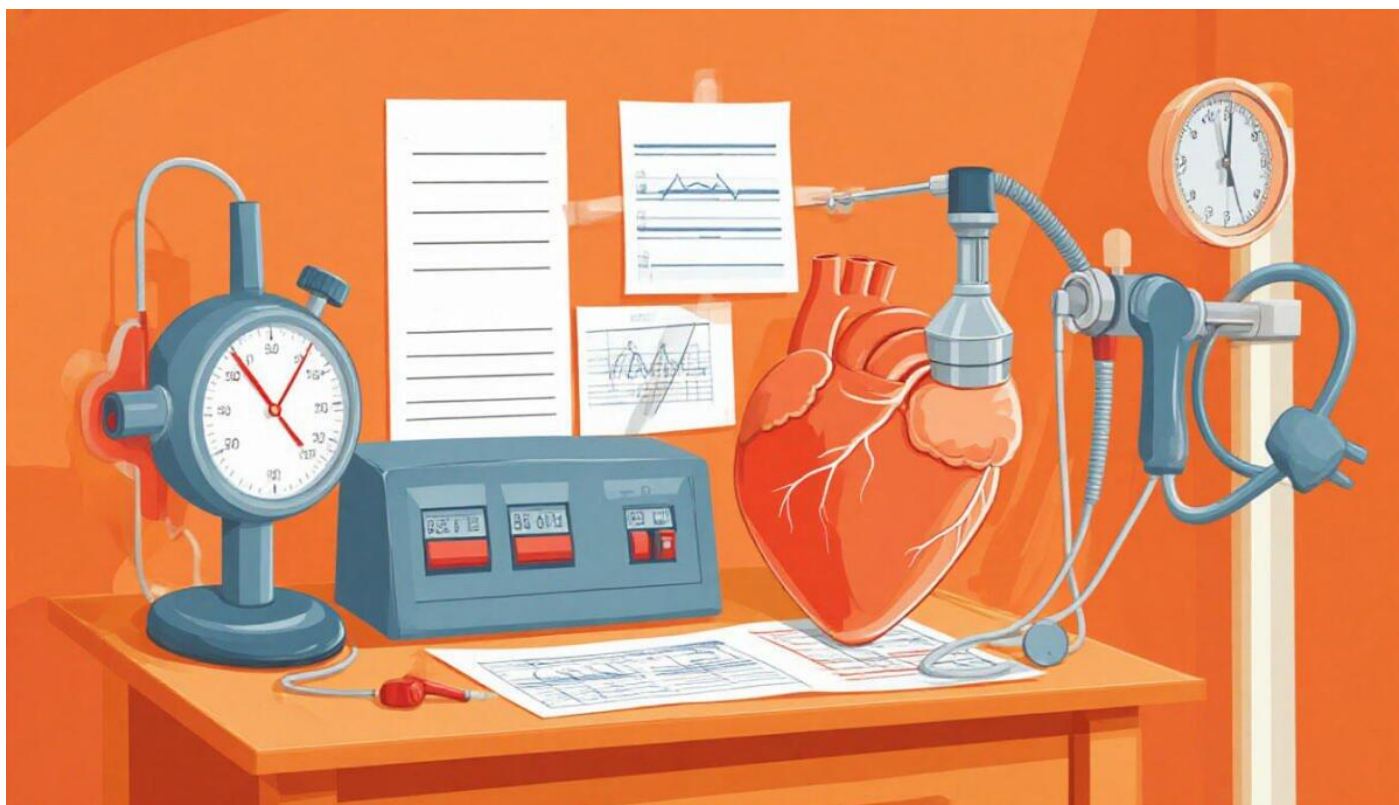
Green Test



Тест по
кардиологии

Тест по кардиологии (аккредитационный, ординатура)

Аккредитационный тест по кардиологии для ординаторов — эффективный инструмент для подготовки к аккредитации и проверки профессиональных знаний.



тест по кардиологии (аккредитация)

Тест охватывает ключевые разделы кардиологии: патологии сердца и сосудов, интерпретацию ЭКГ, эхокардиографию, медикаментозное лечение и современные клинические рекомендации. Он помогает систематизировать знания и выявить пробелы перед экзаменом.

Прохождение теста развивает навыки анализа клинических случаев, постановки диагноза и принятия терапевтических решений.

Формат подходит как для регулярной самопроверки, так и для целенаправленной подготовки к аккредитации ординаторов, обеспечивая уверенность и практическую подготовку к экзамену.

Тема 1. Артериальная гипертония и симптоматические гипертонии.

1. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ II СТАДИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ изменениях со стороны одного или нескольких «органов-мишеней»
- 2) отсутствии изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней
- 3) наличии только факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений
- 4) наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений и ассоциированных клинических состояний

2. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ миокардит, перикардит
- 2) острая гипертоническая энцефалопатия, отек легких
- 3) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром
- 4) острое нарушение мозгового кровообращения

3. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НОГАХ В НОРМЕ ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1)+ на 25-30 мм рт.ст. выше, чем на руках
- 2) на 25-30 мм рт.ст. ниже, чем на руках
- 3) одинаковое на обеих руках и ногах
- 4) на 50-60 мм рт.ст. выше, чем на руках

4. КРИЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ АГ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, ТАХИКАРДИЕЙ, ПОТЛИВОСТЬЮ, ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ феохромоцитоме
- 2) альдостероме
- 3) гиперплазии коры надпочечников
- 4) рениноме

5. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОАРКТАЦИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ гипертензия выше места сужения, гипотензия ниже места сужения
- 2) гипотензия при измерении АД на верхних конечностях, редкий пульс
- 3) высокое АД на нижних конечностях, низкое АД на верхних
- 4) пароксизмальное повышение АД, наличие блокады правой ножки пучка Гиса

6. К БЕССИМПТОМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ альбуминурия
- 2) стенокардия
- 3) сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса
- 4) энцефалопатия

7. ПРИСТУПЫ РЕЗКОЙ СЛАБОСТИ, ПРЕХОДЯЩИЕ ПАРЕЗЫ, СУДОРОГИ, ПОЛИУРИЯ И НИКТУРИЯ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТОНИЕЙ УКАЗЫВАЮТ НА ВЕРОЯТНОСТЬ

- 1)+ первичного гиперальдостеронизма
- 2) феохромоцитомы
- 3) коарктации аорты
- 4) тиреотоксикоза

8. ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ, КАК ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ БОЛЕЕ _____ М/С

- 1)+ увеличение; 10
- 2) увеличение; 12
- 3) уменьшение; 12
- 4) уменьшение; 10

9. ДЛЯ OVER-DIPPER ХАРАКТЕРЕН СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС АД (В %)

- 1)+ >20
- 2) 15-20
- 3) 0-10
- 4) 10-15

10. УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ II СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 170/100
- 2) 180/90
- 3) 180/95
- 4) 160/110

11. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NIGHT-PEAKER СТАВИТСЯ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ

- 1)+ ночные значения АД выше, чем дневные
- 2) АД в ночные часы по сравнению с дневными часами ниже менее чем на 10%
- 3) снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями
- 4) АД в дневные часы по сравнению с часами ночными ниже менее чем на 10%

12. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ С ВЫРАЖЕННОЙ ПОТЛИВОСТЬЮ, ТАХИКАРДИЕЙ, ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ И ТРЕМОРОМ КОНЕЧНОСТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1)+ феохромоцитомой
- 2) синдромом Конна
- 3) гипертонической болезнью
- 4) острым гломерулонефритом

13. ОСОБЕННОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокая активность тканевой РААС
- 2) низкая солечувствительность
- 3) высокая парасимпатическая активность
- 4) низкая симпатическая активность

14. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- 1)+ феномен белого халата
- 2) нарушение вариабельности сердечного ритма
- 3) преходящие нарушения проводимости
- 4) вазоспастическую стенокардию

15. ДИАГНОЗ «ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- 1)+ при исключении явных причин высокого давления
- 2) по результатам рентгеновской компьютерной томографии мозга
- 3) при первом обращении больного с высоким артериальным давлением
- 4) по результатам исследования функции почек и выявленном нарушении их функции

16. НОРМАЛЬНАЯ МАССА СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАММАХ)

- 1)+ 270-300
- 2) 480-500
- 3) 180-200
- 4) 100-120

17. К АССОЦИИРОВАННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ИЛИ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ХБП с рСКФ <30 мл/мин./1,73 кв. м или протеинурию >300 мг в сутки
- 2) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
- 3) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300 мг/г; 3,4-34 мг/ммоль)
- 4) скорость каротидно-феморальной пульсовой волны >10 м/сек. и лодыжечно-плечевой индекс <0,9

18. ДИАГНОЗ «СКРЫТАЯ АГ» МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ УРОВНЕ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ дневного амбулаторного АД <135/85
- 2) дневного амбулаторного АД >135/85
- 3) среднесуточного амбулаторного АД >135/80
- 4) «офисного» АД $\geq$ 140/90

19. К АССОЦИИРОВАННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ИЛИ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ стенокардия и сердечная недостаточность, включая сердечную недостаточность с сохраненной фракцией выброса
- 2) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
- 3) микроальбуминурия и соотношение альбумина к креатинину (30-300 мг/г; 3,4-34 мг/ммоль)
- 4) скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10 м/сек. и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

20. ДЛЯ NON-DIPPER ХАРАКТЕРЕН СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС АД (В %)

- 1)+ 0-10
- 2) 15-20
- 3) >20
- 4) 10-15

21. ДИАГНОЗ «СКРЫТАЯ АГ» ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЯМИ (В ММ.РТ.СТ)

- 1)+ дневного амбулаторного АД >135/85 и «офисного АД» <140/90
- 2) «офисного» АД >160-170/100 мм рт.ст. и дневного амбулаторного АД >135/85
- 3) среднесуточного амбулаторного АД <130/80 и повышенного «офисного» АД
- 4) эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД >135/85

22. СИСТОЛИЧЕСКАЯ АГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО УРОВНЮ АД (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ выше 140 и ниже 90
- 2) выше 140 и выше 90
- 3) выше 160 и выше 89
- 4) ниже 140 и выше 85

23. АБСОЛЮТНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие признаков опухоли надпочечников и гиперпродукция катехоламинов
- 2) увеличение в плазме крови концентрации альдостерона
- 3) высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты
- 4) отсутствие гипотензивного эффекта альфа-блокаторов

24. К БЕССИМПТОМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНОВ–МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пульсовое АД >60 мм рт. ст. (у пожилого и старческого контингента)
- 2) цереброваскулярная болезнь
- 3) сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса
- 4) клинически манифестное поражение периферических артерий

25. ВЫРАЖЕННАЯ АСИММЕТРИЯ АД НА РУКАХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ неспецифического аортоартериита
- 2) болезни и синдрома Иценко-Кушинга
- 3) дефекта межжелудочковой перегородки
- 4) выраженной коарктации грудного отдела аорты

26. ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРААНГИОМАОМАХ ЧАЩЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

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

27. МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, ГИПОКАЛИЕМИЯ, АРИТМИИ И РАННЯЯ АГ ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ

- 1)+ первичного альдостеронизма
- 2) синдрома Кушинга
- 3) хромофиномы
- 4) феохромоцитомы

28. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО – КУШИНГА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ 17-оксикортикостероидов
- 2) тиреотропина
- 3) ренина
- 4) креатинина

29. РАННЕЕ ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО АГ, ОСОБЕННО У ДЕВУШЕК, МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ фибромускулярной дисплазии сосудов почек
- 2) паренхиматозного заболевания почек
- 3) эссенциальной АГ
- 4) гиперплазии коры надпочечников

30. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) аортального стеноза
- 3) митральной недостаточности
- 4) митрального стеноза

31. ПРИ КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НАБЛЮДАЕТСЯ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШАЯ СИЛЬНАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ И СПИНЕ С ИРРАДИАЦИЕЙ ВДОЛЬ ПОЗВОНОЧНИКА?

- 1)+ расслоении аорты
- 2) инфаркте миокарда
- 3) острой сердечной недостаточности
- 4) остром нарушении мозгового кровообращения

32. К АССОЦИИРОВАННЫМ СОСТОЯНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ИБС: инфаркт миокарда, стенокардию, коронарную реваскуляризацию
- 2) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
- 3) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300 мг/г; 3,4-34 мг/ммоль)
- 4) скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны >10 м/сек. и лодыжечно-плечевой индекс <0,9

33. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоцитопатия
- 2) гипертермия
- 3) ортостатическая гипотензия
- 4) нарушение ритма сердца

34. РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ НАЛИЧИИ АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

- 1)+ очень высокий
- 2) высокий
- 3) средний
- 4) низкий

35. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЛЕЖИТ

- 1)+ инсулинорезистентность
- 2) нарушение микроциркуляции
- 3) дисгормональное нарушение
- 4) повышение сосудистого сопротивления

36. УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ I СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 150/95
- 2) 160/100
- 3) 150/100
- 4) 160/95

37. ПАТОЛОГИЕЙ, АССОЦИИРУЮЩЕЙСЯ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коарктация аорты
- 2) тяжелая анемия
- 3) тиреотоксикоз
- 4) системные артерио-венозные фистулы

38. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертрофия левого желудочка
- 2) остроконечный зубец Р в отведениях II, III
- 3) блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса
- 4) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II

39. К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

- 1)+ нарушение углеводного обмена, дислиппротеинемия
- 2) микроальбуминурию, поликистоз почек
- 3) отечный синдром, сахарный диабет
- 4) нарушение толерантности к глюкозе, кардиомиопатию

40. СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ АГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО УРОВНЮ АД В ММ РТ. СТ. ____ 140 И ____ 90

- 1)+ выше; выше
- 2) выше; ниже
- 3) ниже; выше
- 4) ниже; ниже

41. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ МЕТАБОЛИТОМ КАТЕХОЛАМИНОВ В МОЧЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ КИСЛОТА

- 1)+ ванилилминдальная
- 2) пировиноградная
- 3) гамма-оксимасляная
- 4) фенилпировиноградная

42. ПОВЫШЕННОЕ АД ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1)+ гиперфункции щитовидной железы
- 2) панкреонекроза
- 3) гипогликемии
- 4) хронической печеночной недостаточности

43. К АССОЦИИРОВАННОМУ СОСТОЯНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ транзиторная ишемическая атака
- 2) пульсовое АД >60 мм рт. ст. (у пожилого и старческого контингента)
- 3) гипертрофия левого желудочка
- 4) ХБП с рСКФ 30-60 мл/мин./1,73 кв. м

44. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ задержку натрия и воды, увеличение объёма циркулирующей крови и ударного объема сердца
- 2) сужение почечных артерий (вазоренальный механизм)
- 3) гиперкатехоламинемия и увеличение катехоламинов
- 4) увеличение уровня кортизола в крови

45. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШАЯ СИЛЬНАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ИЛИ ЖИВОТЕ И СПИНЕ С ЧАСТИЧНОЙ ИРРАДИАЦИЕЙ В БОК И ПАХОВЫЕ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты
- 2) острая сердечная недостаточность
- 3) инфаркт миокарда
- 4) острое нарушение мозгового кровообращения

46. МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уровень АД
- 2) наследственность
- 3) пол
- 4) возраст

47. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, УСТАНОВЛИВАЮЩИМ НАЛИЧИЕ И ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ оценка состояния глазного дна
- 2) суточная экскреция с мочой кортизола
- 3) содержание альдостерона в крови
- 4) суточная экскреция адреналина

48. ЧАЩЕ ВСЕГО ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ МУЖЧИН РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1)+ атеросклероза
- 2) фибромускулярной дисплазии
- 3) опухоли почки
- 4) травмы почки

49. ГЕСТАЦИОННОЙ НАЗЫВАЮТ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, КОТОРАЯ

- 1)+ развилась после 20 недели беременности и исчезает в течение 12 недель после родов
- 2) зарегистрирована во время первого триместра беременности
- 3) развилась после 20 недели беременности и сохраняется более 12 недель после родов
- 4) сопровождается протеинурией

50. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

- 1)+ боль в теменной и затылочной областях
- 2) нарушения ритма и проводимости
- 3) отеки нижних конечностей
- 4) нарушения ритма дыхания

51. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ симптоматических гипертензиях
- 2) гипертонической болезни
- 3) нарушениях ритма сердца
- 4) нарушениях внутрижелудочковой проводимости

52. ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АД (ММ РТ.СТ.) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АГ ПО ДАННЫМ АД В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ (ESC, 2018) РАВЕН

- 1)+ 85
- 2) 75
- 3) 80
- 4) 90

53. 1 СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ. СТ., ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1)+ 140-159; выше 90-99
- 2) 160-179; 100-109
- 3) 160-180; 94-100
- 4) выше 180; выше 110

54. ПАЦИЕНТ 60 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ЦИФРАМИ АД 170/105 ММ РТ.СТ., ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИМЕЕТ _____ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1)+ высокий
- 2) умеренный
- 3) очень высокий
- 4) низкий

55. ПРИЗНАКОМ БЕССИМПТОМНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК, КАК ОРГАНА-МИШЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК С РАСЧЕТНОЙ СКОРОСТЬЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (В МЛ/МИН/1,73М²)

- 1)+ 30-60
- 2) 15-30
- 3) 60-90
- 4) 90-120

56. ПРИМЕРНО У 30% БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ вазоренальную артериальную гипертензию
- 2) феохромоцитому
- 3) альдостерому
- 4) хронический гломерулонефрит

57. УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 144/96 ММ РТ. СТ. У ПАЦИЕНТА, РАНЕЕ НЕ ПОЛУЧАВШЕГО ГИПОТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ, СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ артериальной гипертензии 1-й степени
- 2) артериальной гипертензии 2-й степени
- 3) артериальной гипертензии 3-й степени
- 4) высоконормальному давлению

58. НАЛИЧИЕ ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ОТНЕСТИ БОЛЬНОГО К ГРУППЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

- 1)+ очень высокому
- 2) высокому
- 3) умеренному
- 4) низкому

59. БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ РЕНИНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ регуляции артериального давления
- 2) активации гормонов щитовидной железы
- 3) регуляции кислотно-основного равновесия
- 4) активации свертывания крови

60. ДЛЯ II ТИПА РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕ БЕЙКИ ХАРАКТЕРНО РАССЛОЕНИЕ, КОТОРОЕ

- 1)+ происходит и сохраняется в восходящей аорте
- 2) начинается в восходящей аорте, распространяется на дугу и захватывает дистальный отдел аорты
- 3) происходит в нисходящем отделе и редко распространяется ретроградно на дугу и восходящий отдел
- 4) происходит в нисходящем отделе и распространяется дистально

61. ПАЦИЕНТ С 1 СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ НАЛИЧИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ИМЕЕТ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1)+ 4 (очень высокий)
- 2) 3 (высокий)
- 3) 2 (средний)
- 4) 1 (низкий)

62. КОРНЕЛЬСКИМ НАЗЫВАЮТ ПРОИЗВЕДЕНИЕ

- 1)+ суммы амплитуд R_{avL} и SV_3 на длительность QRS_{II}
- 2) ЧСС и систолического АД
- 3) массы и площади поверхности тела
- 4) количества пачек выкуренных сигарет в день и стажа курения (в годах)

63. ОСЛОЖНЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СВЯЗАННЫМ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ишемический инсульт
- 2) остро возникшая энцефалопатия
- 3) нефросклероз
- 4) отёк лёгких

64. ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ СРЕДНЕСУТОЧНОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО АД (ММ РТ.СТ.) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АГ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД РАВЕН

- 1)+ 130
- 2) 125
- 3) 135
- 4) 140

65. У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КОННА В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЛЕЖИТ

- 1)+ увеличение реабсорбции натрия
- 2) снижение реабсорбции натрия
- 3) гиперренинемия
- 4) гипокалиемия

66. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ КОРТИЗОЛА С МОЧОЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ синдрома Кушинга
- 2) феохромоцитомы
- 3) первичного альдостеронизма
- 4) реноваскулярной гипертензии

67. ПРИ ПОВТОРНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ АД ВРАЧОМ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ЗНАЧЕНИЯ 150/90, 140/90, 150/90, 145/75 ММ РТ.СТ., ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ СЛЕДУЕТ ТРАКТОВАТЬ КАК АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

- 1)+ I степени
- 2) изолированную систолическую
- 3) II степени
- 4) III степени

68. ОПТИМАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ПРЕПАРАТОВ, МИНИМАЛЬНО ВЛИЯЮЩИХ НА АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОЕ СООТНОШЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верапамил + доксазозин
- 2) периндоприл + спиронолактон
- 3) валсартан + карведилол
- 4) нифедипин + эплеренон

69. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

- 1)+ характерны геморрагии на глазном дне, отёк соска зрительного нерва, наличие белковых преципитатов в сетчатке
- 2) характерен атеросклероз сосудов нижних конечностей
- 3) характерно наличие нарушений ритма сердца
- 4) характерно появление блокад сердца

70. ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ первичного гиперальдостеронизма
- 2) микседемы
- 3) гипопаратиреоза
- 4) болезни Аддисона

71. ОФИСНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВЫШЕ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 140 и 90
- 2) 120 и 80
- 3) 130 и 85
- 4) 135 и 85

72. ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- 1)+ ангиотензин-2, кортизол, катехоламины
- 2) простаглицлин, брадикинин, оксид азота
- 3) кортизол, брадикинин, катехоламины
- 4) простаглицлин, ангиотензин-3, кортизол

73. У ПАЦИЕНТА С АД 150/95 ММ РТ.СТ. И СКФ 28 МЛ/МИН/1,73 М² АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ _____ СТЕПЕНИ, _____ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1)+ 1; очень высокий
- 2) 1; умеренный
- 3) 2; очень высокий
- 4) 2; умеренный

74. У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СНИЖАТЬ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ДО ЗНАЧЕНИЙ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 120-130
- 2) 150-159
- 3) 130-139
- 4) 140-149

75. ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ НА ПРИЁМЕ У ВРАЧА (ОФИСНОЕ) СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 140/90
- 2) 135/85
- 3) 140/80
- 4) 140/100

76. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ индекс Соколова-Лайона >35 мм или амплитуда зубца R в отведении avL ≥ 11 мм
- 2) корнелское произведение >4440 мм $\times$ мс
- 3) корнелский вольтажный индекс >40 мм для мужчин и >50 мм для женщин
- 4) индекс массы левого желудочка: для мужчин >50 г/м², для женщин >47 г/м²

77. К ПРЕПАРАТАМ, МИНИМАЛЬНО ВЛИЯЮЩИМ НА АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОЕ СООТНОШЕНИЕ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ доксазозин
- 2) нифедипин
- 3) периндоприл
- 4) спиронолактон

78. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ВСЕМ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ РИСКА И НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 70-79
- 2) >60
- 3) <100
- 4) >90

79. НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст
- 2) гиперинсулинемия
- 3) гиперурикемия
- 4) сахарный диабет

80. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ боль в теменной и затылочной областях
- 2) наличие периферических отеков
- 3) кратковременные эпизоды потери сознания
- 4) нарушение ритма дыхания

81. ОДНИМ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поражение почек
- 2) поражение печени
- 3) дискинезия ЖКТ
- 4) суставной синдром

82. 3 СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ. СТ. И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1)+ ≥ 180 ; ≥ 110
- 2) выше 200; выше 110
- 3) 160-180; 94-100
- 4) выше 180; выше 110

83. АНГИОТЕНЗИН II СТИМУЛИРУЕТ В КОРЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ СЕКРЕЦИЮ

- 1)+ альдостерона
- 2) ренина
- 3) ангиотензина I
- 4) кортизола

84. ПРИЗНАКОМ БЕССИМПТОМНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ОПОСРЕДОВАННОГО ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лодыжечно-плечевой индекс $< 0,9$
- 2) пульсовое давление (у пожилых пациентов) < 60 мм рт.ст.
- 3) ангиопатия сетчатки
- 4) скорость пульсовой волны < 10 м/с

85. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗНАЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ _____ ММ РТ. СТ. У ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ, ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО ЛЕЧЕНИЕ ХОРОШО ПЕРЕНОСИТСЯ, ПРИ ДАЛЬНЕЙШЕМ ЛЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ СТРЕМИТЬСЯ СНИЖАТЬ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ДО ЗНАЧЕНИЙ _____ ММ РТ. СТ. У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ

- 1)+ $< 140/90$; $130/80$
- 2) $< 130/90$; $110/80$
- 3) $< 150/90$; $130/80$
- 4) $< 160/90$; $110/80$

86. НА ПРИЕМЕ ВРАЧОМ ПРИ ПОВТОРНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ АД БЫЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ЗНАЧЕНИЯ 130/90, 138/92, 135/95, 120/94 ММ РТ.СТ., ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ СЛЕДУЕТ ТРАКТОВАТЬ КАК

- 1)+ артериальная гипертензия I степени
- 2) нормальное АД
- 3) артериальная гипертензия II степени
- 4) артериальная гипертензия III степени

87. ПОНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- 1)+ простаглицлин, брадикинин, оксид азота
- 2) ангиотензин-2, кортизол, катехоламины
- 3) кортизол, брадикинин, катехоламины
- 4) простаглицлин, ангиотензин-3, кортизол

88. ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ СРЕДНЕСУТОЧНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АД (ММ РТ.СТ.) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АГ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД РАВЕН

- 1)+ 80
- 2) 75
- 3) 85
- 4) 90

89. ПАЦИЕНТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АД 145/90 ММ РТ.СТ.), САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ДЛИТЕЛЬНЫМ СТАЖЕМ КУРЕНИЯ, ИМЕЕТ _____ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1)+ очень высокий
- 2) умеренный
- 3) низкий
- 4) высокий

90. ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ НА АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОЕ СООТНОШЕНИЕ (АРС) ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ОТМЕНИТЬ

- 1)+ антагонисты минералокортикоидных рецепторов за 4 недели, а другие препараты, влияющие на АРС, – за 2 недели до исследования
- 2) антагонисты минералокортикоидных рецепторов за 2 недели, а другие препараты, влияющие на АРС, – за 4 недели до исследования
- 3) все препараты, искажающие АРС за 2 недели до исследования
- 4) все препараты, искажающие АРС за 4 недели до исследования

91. ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОГНОЗ ФАКТОРОМ РИСКА, КОТОРЫЙ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ степень повышения АД (1-3 степень)
- 2) избыточная масса тела
- 3) менопауза
- 4) транзиторная ишемическая атака в анамнезе

92. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ЭКГ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертрофия левого желудочка
- 2) замедление предсердно-желудочковой проводимости
- 3) блокада ветвей пучка Гиса
- 4) увеличение амплитуды зубца U

93. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ почечная ангиография
- 2) ультразвуковое дуплексное сканирование
- 3) определение активности ренина плазмы
- 4) почечная сцинтиграфия

94. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80 ЛЕТ В ХОРОШЕМ ФИЗИЧЕСКОМ И ПСИХИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ БЕЗОПАСНЫЙ ДИАПАЗОН СИСТОЛИЧЕСКОГО АД СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 130-150
- 2) 150-160
- 3) 120-130
- 4) 160-180

95. РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВАЯ СИСТЕМА УЧАСТВУЕТ В ПОДДЕРЖАНИИ

- 1)+ артериального давления и водного гомеостаза
- 2) синтеза гормонов щитовидной железы
- 3) кислотно-основного состояния
- 4) синтеза гормонов надпочечников

96. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ ПРИ УСЛОВИИ ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ МЕНЬШЕ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 130/80
- 2) 140/90
- 3) 135/75
- 4) 150/95

97. В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПОЛНОЙ ОТМЕНЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРЕД ОПРЕДЕЛЕНИЕМ АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ФОНЕ ПРИЕМА

- 1)+ недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов и блокаторов α-адренорецепторов
- 2) дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов и блокаторов α-адренорецепторов
- 3) недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов и блокаторов β-адренорецепторов
- 4) дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов и блокаторов β-адренорецепторов

98. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ ЭНДОКРИННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первичный гиперальдостеронизм
- 2) гиперкортицизм
- 3) феохромоцитома
- 4) врождённая дисфункция коры надпочечников

99. К ОРГАНАМ-МИШЕНЯМ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ сердце, почки, сосуды
- 2) печень, сетчатку глаза
- 3) скелетную мускулатуру
- 4) печень, артерии

100. В БИОХИМИЧЕСКИХ АНАЛИЗАХ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ КОННА ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ повышение концентрации альдостерона
- 2) повышение уровня катехоламинов
- 3) снижение концентрации альдостерона
- 4) повышение уровня ренина

101. РАЗНИЦА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИЗМЕРЕННОГО НА ОБЕИХ РУКАХ, >15 ММ РТ. СТ. ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ атеросклеротического поражения сосудов
- 2) гипертонической болезни
- 3) аневризмы артерии
- 4) коарктации аорты

102. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РЕКОМЕНДОВАНО _____ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

- 1)+ повторное измерение «офисного»
- 2) однократное измерение «офисного»
- 3) проводить один раз в неделю домашний самоконтроль
- 4) внеофисное однократное измерение

103. ФУНДОСКОПИЯ, КАК СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА-МИШЕНИ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- 1)+ выявления гипертонической ретинопатии, особенно у пациентов с артериальной гипертонией 2-й или 3-й степеней
- 2) оценки структуры и функции сердца, если эта информация может повлиять на выбор тактики лечения
- 3) оценки наличия ишемического или геморрагического повреждения головного мозга
- 4) выявления атеросклероза нижних конечностей

104. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ РИТМА (СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ, ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ И НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бета-адреноблокатор
- 2) дигидропиридиновый антагонист кальция
- 3) ингибитор АПФ
- 4) сартан

105. ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, НАРУШАЮЩИМИ ЗАКЛАДКУ ПОЧЕК ПЛОДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) блокаторы кальциевых каналов
- 4) агонисты I-имидазолиновых рецепторов

106. МАКСИМАЛЬНО БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНО, ЕСЛИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1)+ расслаивающей аневризмой аорты
- 2) ишемическим инсультом
- 3) нарушением проводимости сердца
- 4) нарушением ритма сердца

107. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОБЫЧНО ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИУРЕТИКОВ

- 1)+ петлевых
- 2) тиазидных
- 3) калийсберегающих
- 4) тиазидоподобных

108. ПРИ ВНЕЗАПНОМ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОЙ ТАХИКАРДИИ ПОКАЗАН ПРИЁМ

- 1)+ β -адреноблокаторов
- 2) петлевых диуретиков
- 3) блокаторов рецепторов ангиотензина II
- 4) β -адреномиметиков

109. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) антагонисты альдостерона
- 4) диуретики

110. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ НА ФОНЕ ГИПЕРПЛАЗИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спиронолактон
- 2) лизиноприл
- 3) алискирен
- 4) валсартан

111. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ ТИПОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) антагонисты кальция
- 3) препараты центрального действия
- 4) мочегонные средства

112. ПРИ НАЛИЧИИ БРАДИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амлодипин
- 2) верапамил
- 3) пропранолол
- 4) атенолол

113. ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С

- 1)+ ингибиторов АПФ
- 2) бета-адреноблокаторов
- 3) мочегонных
- 4) антагонистов кальция

114. ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ КОМБИНАЦИИ

- 1)+ ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II
- 2) ингибиторов АПФ и тиазидных диуретиков
- 3) бета-блокаторов и ингибиторов АПФ
- 4) моксонидина и диуретика

115. НЕ СЛЕДУЕТ СОЧЕТАТЬ ПРИЕМ ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ЛЕЧЕНИЕМ АГ

- 1)+ празозином
- 2) эналаприлом
- 3) валсартаном
- 4) амлодипином

116. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) диуретики
- 3) альфа-адреноблокаторы
- 4) препараты центрального действия

117. АГ СЧИТАЮТ РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ АД ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНАЦИИ

- 1)+ диуретика + двух препаратов других групп в адекватных дозировках + антагониста минералокортикоидных рецепторов
- 2) трех групп антигипертензивных препаратов
- 3) четырех групп антигипертензивных препаратов, из которых два являются тиазидным и петлевым диуретиком
- 4) диуретика + ИАПФ в течение трех месяцев терапии

118. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРЕПАРАТА ИЗ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НИФЕДИПИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синусовая тахикардия
- 2) цереброваскулярная недостаточность
- 3) диабетическая нефропатия
- 4) гипертонический криз

119. БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ нарушениях мозгового кровообращения
- 2) расслаивающей аневризме аорты
- 3) острой левожелудочковой недостаточности
- 4) прогрессирующей почечной недостаточности

120. К ПРЕПАРАТАМ, МАСКИРУЮЩИМ ГИПОГЛИКЕМИЮ, ОТНОСЯТ

- 1)+ бета-блокаторы
- 2) ИАПФ
- 3) антагонисты кальция
- 4) тиазидоподобные диуретики

121. ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА НОЧНОГО АПНОЭ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ CPAP-терапия
- 2) пластика язычка и нёбных дужек
- 3) лазерная пластика мягкого нёба
- 4) ангиопластика коронарных артерий

122. У МУЖЧИНЫ 78 ЛЕТ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1)+ доксазозина
- 2) карведилола
- 3) кандесартана
- 4) гидрохлортиазида

123. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ сартаны
- 2) тиазидные диуретики
- 3) прямые ингибиторы ренина
- 4) бета-блокаторы

124. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПАЦИЕНТУ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НЕОБХОДИМО СНИЖАТЬ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- 1)+ быстро на 20-25% от исходного
- 2) в течение нескольких часов на 20-25% от исходного
- 3) быстро на величину хорошо переносимую больным
- 4) быстро на 50% от исходных цифр

125. ОПТИМАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ГИПОТИАЗИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ СОСТАВЛЯЮТ (В МГ)

- 1)+ 12,5-25
- 2) 37,5 - 50
- 3) 55 - 75
- 4) 80 – 100

126. ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ профилактика ремоделирования сосудов
- 2) снижение частоты сердечных сокращений
- 3) снижение сердечного выброса
- 4) уменьшение объёма циркулирующей крови

127. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подагра
- 2) сахарный диабет
- 3) ишемическая болезнь сердца
- 4) инсульт в анамнезе

128. ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ спиронолактон
- 2) триамтерен
- 3) диакарб
- 4) гидрохлортиазид

129. ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

- 1)+ бета-блокаторы
- 2) диуретики
- 3) блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
- 4) ингибиторы АПФ

130. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) бета-блокаторы
- 3) диуретики
- 4) сердечные гликозиды

131. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ фуросемид
- 2) верапамил
- 3) сердечных гликозидов
- 4) пропранолол

132. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) диуретики
- 3) альфа-адреноблокаторы
- 4) препараты центрального действия

133. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1)+ бета-блокаторы
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) антагонисты кальция
- 4) сартаны

134. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АГ И НАРУШЕНИЯМИ РИТМА (СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ, СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, АВ- БЛОКАДЫ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дигидропиридиновый антагонист кальция
- 2) альфа-блокатор
- 3) тиазидный диуретик
- 4) петлевой диуретик

135. МОНОТЕРАПИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНА ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ____ СТЕПЕНИ _____ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1)+ I; с низким или средним риском
- 2) I; с высоким риском
- 3) II; с высоким риском
- 4) II; независимо от степени риска

136. ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

- 1)+ преренальное острое повреждение почек
- 2) постренальное острое повреждение почек
- 3) гипонатриемию
- 4) гипокалиемию

137. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ бета-адреноблокаторы + ИАПФ (сартаны) + диуретики + антагонисты альдостерона
- 2) ИАПФ + диуретики+ антагонисты кальция
- 3) бета-адреноблокаторы + антагонисты кальция + антагонисты альдостерона
- 4) бета-адреноблокаторы + агонисты имидазолиновых рецепторов + альфа-адреноблокаторы

138. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ С ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ нитропруссид натрия
- 2) дигоксина
- 3) клонидина
- 4) амлодипина

139. ФОНОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДЛЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертоническая болезнь
- 2) лейкоз
- 3) ревматизм
- 4) гломерулонефрит

140. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА МЕНЕЕ 35% ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

- 1)+ верапамила и дилтиазема
- 2) дигидропиридиновых антагонистов кальция
- 3) бета-адреноблокаторов
- 4) тиазидных диуретиков

141. ВИДОМ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рабочая патологическая
- 2) гормональная патологическая
- 3) рабочая физиологическая
- 4) гормональная физиологическая

142. ИСКЛЮЧЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ИЗ РАЦИОНА БОЛЬНЫХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НА (В ДНЯХ)

- 1)+ 7-10
- 2) 1-2
- 3) 21
- 4) 30

143. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атриовентрикулярная блокада 2 степени
- 2) атриовентрикулярная блокада 1 степени
- 3) хроническая обструктивная болезнь легких
- 4) хроническая болезнь почек

144. ПАЦИЕНТАМ С ХБП ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЗИЦИИ КАРДИО-НЕФРОПРОТЕКЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ блокаторов РААС
- 2) петлевых диуретиков и спиронолактонов
- 3) бета-1-адреноблокаторов
- 4) препаратов центрального действия

145. БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ каптоприла
- 2) метилдопы
- 3) лабеталолола
- 4) нифедипина

146. ПРИ СИНДРОМЕ КОННА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спиронолактон
- 2) индапамид
- 3) метопролол
- 4) лизиноприл

147. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острая почечная недостаточность
- 2) гипокалиемию
- 3) эритроцитоз
- 4) вторичный гиперальдостеронизм

148. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД У БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нитропруссид натрия
- 2) дроперидол
- 3) лазикс
- 4) клонидин

149. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метилдопа
- 2) нифедипин
- 3) периндоприл
- 4) небиволол

150. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ

- 1)+ допегит
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) сартаны
- 4) тиазидные диуретики

151. ХАРАКТЕРНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кашель
- 2) головная боль
- 3) запор
- 4) мышечная слабость

152. ПАЦИЕНТАМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И ПРОТЕИНУРИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СНИЖАТЬ УРОВЕНЬ САД ПОД КОНТРОЛЕМ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ДО УРОВНЯ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ ниже 130
- 2) 140
- 3) 120
- 4) ниже 120

153. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРЕПАРАТ

- 1)+ лазикс
- 2) фентанил
- 3) сернокислая магнезия
- 4) клонидин

154. ИНГИБИТОРЫ АПФ _____ ТОНУС _____ АРТЕРИОЛЫ

- 1)+ снижают; эфферентной
- 2) повышают; афферентной
- 3) снижают; афферентной
- 4) повышают; эфферентной

155. ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ» СЧИТАЕТСЯ УСТАНОВЛЕННЫМ БЕЗ ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ТЕСТИРОВАНИЯ В СЛУЧАЕ СОЧЕТАНИЯ

- 1)+ спонтанной гипокалиемии, неопределяемого уровня ренина или активности ренина плазмы и плазменной концентрации альдостерона более 20 нг/дл (550 пмоль/л)
- 2) спонтанной гипокалиемии, уровня ренина или активности ренина плазмы выше референсных значений и плазменной концентрации альдостерона более 20 нг/дл (550 пмоль/л)
- 3) спонтанной гиперкалиемии, неопределяемого уровня ренина или активности ренина плазмы и плазменной концентрации альдостерона более 20 нг/дл (550 пмоль/л)
- 4) спонтанной гиперкалиемии, уровня ренина или активности ренина плазмы выше референсных значений и плазменной концентрации альдостерона более 20 нг/дл (550 пмоль/л)

156. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ (ТИАЗИДНЫЕ/ТИАЗИДОПОДОБНЫЕ, НАПРИМЕР, ХЛОРТАЛИДОН И ИНДАПАМИД) ОТНОСЯТ

- 1)+ подагру
- 2) нарушение толерантности к глюкозе
- 3) метаболический синдром
- 4) беременность

157. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антагонисты кальция
- 2) тиазидные диуретики
- 3) бета-адреноблокаторы
- 4) ингибиторы АПФ

158. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА СТАДИИ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
- 2) бета-адреноблокатор
- 3) диуретик
- 4) дигидропиридиновый антагонист кальция

159. ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ САД У ПАЦИЕНТОВ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 120-130 мм рт. ст.
- 2) снижение САД на 10% и более
- 3) 150 мм рт.ст.
- 4) 140 мм рт. ст.

160. СТАРТОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ ТЕРАПИЮ _____, _____ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ

- 1)+ антигипертензивную; медикаментозное и немедикаментозное
- 2) антигипертензивную; только немедикаментозное
- 3) антигипертензивную и антитромботическую; только немедикаментозное
- 4) антитромботическую и гиполипидемическую; только медикаментозное

161. ГИПЕРРЕНИНОВЫЕ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ

- 1)+ гипертонической болезни
- 2) первичном гиперальдостеронизме
- 3) синдроме Иценко – Кушинга
- 4) гипертиреозе

162. ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТ С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, НЕ ИМЕЮЩИЙ ДАННЫХ НА СВЕЖИЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ДОЛЖЕН БЫТЬ

- 1)+ выписан на амбулаторное лечение
- 2) госпитализирован в терапевтическое отделение
- 3) госпитализирован в неврологическое отделение
- 4) госпитализирован в кардиологическое отделение

163. ПРИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ДОЛЖЕН БЫТЬ МЕНЕЕ ИЛИ РАВЕН (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 130
- 2) 120
- 3) 140
- 4) 150

164. К ОСНОВНЫМ ГРУППАМ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов к АТ II
- 2) альфа-адреноблокаторы
- 3) препараты центрального действия (блокаторы имидазолиновых рецепторов)
- 4) сердечные гликозиды, нитраты

165. У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ каптоприл
- 2) клонидин
- 3) пропранолол
- 4) верапамил

166. НЕРАЦИОНАЛЬНЫМИ КОМБИНАЦИЯМИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЧИТАЮТ

- 1)+ ингибиторы АПФ + сартан
- 2) бета-адреноблокаторы + диуретик
- 3) ингибиторы АПФ + блокаторы медленных кальциевых каналов
- 4) ингибиторы АПФ + диуретик

167. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бисопролол
- 2) дроперидол
- 3) фуросемид
- 4) клофелин

168. ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ сопутствующей ИБС
- 2) сопутствующем сахарном диабете
- 3) пожилom возрасте пациента
- 4) молодом возрасте пациента

169. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ НА ФОНЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ фентоламин (2-4 мг каждые 5-10 мин.) или нитропруссид натрия до купирования криза или урапидил 0,5% 5 мл внутривенно струйно, затем пероральный прием альфа-блокаторов
- 2) внутривенное введение 1,0 мл эналаприлата раствора 1,25% в 50 мл физраствора
- 3) внутривенное введение бета-адреноблокаторов (обзидан 5-10 мг)
- 4) бета-адреноблокаторы (пропранолол 40 мг) сублингвально, затем переходят на пероральный прием (атенолол 100 мг)

170. ПРИ СОЧЕТАНИИ ТАКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, КАК: СПОНТАННАЯ ГИПОКАЛИЕМИЯ, НЕОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ УРОВЕНЬ РЕНИНА ИЛИ АКТИВНОСТЬ РЕНИНА ПЛАЗМЫ И ПЛАЗМЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА БОЛЕЕ 20 НГ/ДЛ (550 ПМОЛЬ/Л) – ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ»

- 1)+ считается установленным без проведения дальнейшего подтверждающего тестирования
- 2) считается исключенным без проведения дальнейших обследований
- 3) требует дальнейшего подтверждающего тестирования при отсутствии визуализации опухоли
- 4) требует дальнейшего подтверждающего тестирования при наличии опухоли с низкой нативной плотностью

171. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ БРАДИКИНИНА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

- 1)+ расширении сосудов и снижении артериального давления
- 2) спазме гладкой мускулатуры и повышении артериального давления
- 3) активации воспаления
- 4) запуске анафилактической реакции

172. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЭНАЛАПРИЛАТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ангионевротический отек в анамнезе
- 2) рефлекторная тахикардия
- 3) глаукома
- 4) почечная/печеночная недостаточность

173. ПОБОЧНУЮ РЕАКЦИЮ В ВИДЕ ОТЕКА ЛОДЫЖЕК ОБЫЧНО ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ нифедипин
- 2) пропранолол
- 3) изосорбида динитрат
- 4) этагизин

174. ПО ДАННЫМ ЭКГ: УГОЛ $\alpha = +5^\circ$, ЗУБЕЦ R1=20 мм, ЗУБЕЦ R aVL=16 мм, ЗУБЕЦ R V6=27 мм, ЗУБЕЦ S III=8 мм, ЗУБЕЦ T V1 БОЛЬШЕ ЗУБЦА T V6, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА QRS=0,11 сек МОЖНО СДЕЛАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- 1)+ гипертрофия левого желудочка
- 2) гипертрофия правого желудочка
- 3) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 4) вариант нормы

175. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГЕСТОЗЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метилдопа
- 2) индапамид
- 3) каптоприл
- 4) лозартан

176. ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1)+ двустороннем стенозе почечной артерии
- 2) повышении АД выше 180/110 мм Нg
- 3) хронической сердечной недостаточности II Б стадии
- 4) макрогематурии

177. ПРИ ПОВЫШЕННОМ СОДЕРЖАНИИ РЕНИНА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ

- 1)+ ангиотензина I
- 2) триглицеридов
- 3) катехоламинов
- 4) холестерина

178. ДВУСТОРОННИЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ СТЕНОЗ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИЕМА

- 1)+ ИАПФ
- 2) блокаторов кальциевых каналов
- 3) диуретиков
- 4) бета-адреноблокаторов

179. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сахарный диабет
- 2) беременность
- 3) застойная сердечная недостаточность
- 4) гиперкалиемия

Тема 2. Атеросклероз.

1. ПОВЫШЕНИЮ СОДЕРЖАНИЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В КРОВИ СПОСОБСТВУЕТ ЧРЕЗМЕРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ С ПИЩЕЙ

- 1)+ насыщенных жирных кислот
- 2) сложных углеводов
- 3) полиненасыщенных жирных кислот
- 4) мононенасыщенных жирных кислот

2. ДЛЯ I ФЕНОТИПА ДИСЛИПИДЕМИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение содержания хиломикронов и триглицеридов
- 2) снижение содержания липопротеидов высокой плотности и повышение общего холестерина
- 3) повышение содержания липопротеидов низкой плотности и триглицеридов
- 4) повышение содержания липопротеидов очень низкой плотности и триглицеридов

3. САМЫМ ЧАСТЫМ ВНЕШНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГОМОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ ксантоматоза сухожилий
- 2) ксантелазм век
- 3) липоидной дуги роговицы
- 4) эруптивного ксантоматоза кожи

4. ХИЛЕЗНАЯ СЫВОРОТКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ

- 1)+ триглицеридов
- 2) липопротеидов низкой плотности
- 3) общего холестерина
- 4) липопротеидов (а)

5. НЕАТЕРОГЕННЫМ ТИПОМ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТИП

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

6. СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА, ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ПОВЫШЕНО ПРИ _____ ТИПЕ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИНЕМИИ

- 1)+ II b
- 2) II a
- 3) I
- 4) III

7. ВЕРИФИКАЦИЯ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ аортографии с контрастированием почечных артерий
- 2) ультразвукового исследования почечных артерий (доплерографии)
- 3) динамической и статической сцинтиграфии почек, анализов крови и мочи
- 4) аускультации почечных артерий со стороны передней брюшной стенки

8. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ сахарный диабет 2 типа
- 2) возраст
- 3) отягощенная наследственность
- 4) мужской пол

9. ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭКЗОГЕННЫХ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ хиломикроны
- 2) липопротеиды очень низкой плотности
- 3) липопротеиды высокой плотности
- 4) липопротеиды низкой плотности

10. РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ____ ТИПА

- 1)+ II, III
- 2) I
- 3) IV
- 4) V

11. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОТЛОЖЕНИЕ ЖИРА В ОБЛАСТИ

- 1)+ талии
- 2) бёдер
- 3) бёдер и ягодиц
- 4) спины

12. ПРИ ВЫСОКОМ УРОВНЕ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ВОЗРАСТАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1)+ острого панкреатита
- 2) острой почечной недостаточности
- 3) острого нарушения мозгового кровообращения
- 4) рабдомиолиза

13. ПРИ ВЫСОКОМ УРОВНЕ ЛИПОПРОТЕИДОВ (А) В ПЛАЗМЕ КРОВИ ВОЗРАСТАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1)+ атеротромбоза
- 2) почечной недостаточности
- 3) печеночной недостаточности
- 4) синдрома Альцгеймера

14. К АНТИАТЕРОГЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИДАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ ЛПВП
- 2) ЛПОНП
- 3) ЛПНП
- 4) хиломикроны

15. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПО ТАБЛИЦЕ SCORE ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

- 1)+ 1,8
- 2) 2,5
- 3) 3,0
- 4) 3,5

16. РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ НЕСВОЙСТВЕННО

- 1)+ гипертиреозу
- 2) сахарному диабету
- 3) хронической почечной недостаточности
- 4) обструкции желчевыводящих путей

17. ЭНДОГЕННЫЙ СИНТЕЗ ХОЛЕСТЕРИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

- 1)+ печени
- 2) головном мозге
- 3) желудке
- 4) поджелудочной железе

18. В ШКАЛЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТСУТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1)+ глюкозы крови
- 2) общего холестерина
- 3) систолического АД
- 4) возраста

19. ФОРМУЛА ФРИДВАЛЬДА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНИЯ В ПЛАЗМЕ КРОВИ УРОВНЯ

- 1)+ липопротеидов низкой плотности
- 2) липопротеидов высокой плотности
- 3) триглицеридов
- 4) общего холестерина

20. ДЛЯ ПА ФЕНОТИПА ДИСЛИПИДЕМИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение содержания липопротеидов низкой плотности и общего холестерина
- 2) снижение уровня липопротеидов высокой плотности и повышение общего холестерина
- 3) повышение содержания хиломикронов и триглицеридов
- 4) повышение содержания липопротеидов очень низкой плотности и триглицеридов

21. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ФЕНОТИПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СЕМЕЙНОЙ (НАСЛЕДСТВЕННОЙ) ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ И ХИЛОМИКРОНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ эруптивного ксантоматоза кожи
- 2) липоидной дуги роговицы
- 3) ксантоматоза сухожилий
- 4) ксантелазм век

22. РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ > ____ СМ У МУЖЧИН , > ____ СМ У ЖЕНЩИН

- 1)+ 94; 80
- 2) 100; 90
- 3) 106; 98
- 4) 80; 68

23. УСИЛЕННОЕ РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ сахарного диабета
- 2) онкологических заболеваний
- 3) гипертиреозе
- 4) гипертрофической кардиомиопатии

24. МАКСИМАЛЬНО ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОЛЕИНОВОЙ КИСЛОТЫ ИМЕЕТ МАСЛО

- 1)+ оливковое
- 2) льняное
- 3) хлопковое
- 4) кукурузное

25. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ, СОДЕРЖАНИЕ ТРАНС-ИЗОМЕРНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (В %)

- 1)+ 1
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 8

26. АНТИАТЕРОГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ ЛПВП
- 2) хиломикроны
- 3) ЛПОНП
- 4) ЛПНП

27. ИЗ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НАСЛЕДСТВЕННОЙ (ПЕРВИЧНОЙ) ГИПЕРХОЛЕСТЕРИЕМИИ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ эруптивный ксантоматоз кожи
- 2) липоидную дугу роговицы
- 3) ксантелазмы век
- 4) ксантомы сухожилий

28. УРОВЕНЬ БЕЛКА АПО-В-100 ОТРАЖАЕТ В КРОВИ КОЛИЧЕСТВО

- 1)+ всех атерогенных частиц
- 2) только липопротеидов низкой плотности
- 3) только липопротеидов очень низкой плотности
- 4) только липопротеидов (а)

29. В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ПРИЁМА ПИЩИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ВОЗРАСТАЕТ СОДЕРЖАНИЕ

- 1)+ хиломикронов
- 2) ЛПОНП
- 3) ЛПНП
- 4) ЛПВП

30. НА ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

- 1)+ ЛПНП
- 2) ЛПОНП
- 3) ЛПНП и ЛПОНП
- 4) ЛП (а)

31. ПРИЗНАКОМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ НА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ большое количество и активность «пенистых» клеток в бляшке, большое липидное ядро
- 2) маленькое липидное ядро
- 3) толстая «покрышка» атеросклеротической бляшки
- 4) большое количество гладкомышечных клеток в атеросклеротической бляшке

32. РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ гомозиготной семейной гиперхолестеринемии
- 2) гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии
- 3) семейной гипертриглицеридемии
- 4) семейном дефиците липопротеидлипазы

33. ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ «ПЕНИСТЫЕ» КЛЕТКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В АТЕРОГЕНЕЗЕ, БОГАТЫ

- 1)+ липидами
- 2) кальцием
- 3) белком
- 4) углеводами

34. ОСНОВНЫМ АТЕРОГЕННЫМ КЛАССОМ ЛИПОПРОТЕИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ липопротеиды низкой плотности
- 2) липопротеиды очень низкой плотности
- 3) липопротеиды высокой плотности
- 4) хиломикроны

35. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В КРОВИ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ снижению липопротеидов высокой плотности
- 2) повышению липопротеидов низкой плотности
- 3) повышению уровня липопротеидов (а)
- 4) повышению уровня липопротеидов высокой плотности

36. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНОВ В₆, В₁₂ И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВЫСОКОГО СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ

- 1)+ гомоцистеина
- 2) липопротеида (а)
- 3) фибриногена
- 4) протромбина

37. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ СЕМЕЙНОЙ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ксантоматоз ахилловых сухожилий
- 2) ксантоматоз ладоней
- 3) липоидная дуга роговицы
- 4) увеличение печени и селезенки

38. РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, СОСУДИСТЫЕ ТРОМБОЗЫ И ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВЫСОКОМ СОДЕРЖАНИИ В КРОВИ

- 1)+ гомоцистеина
- 2) высокочувствительного С-реактивного белка
- 3) липопротеида (а)
- 4) липопротеидов низкой плотности

39. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

- 1)+ 1,4
- 2) 2,0
- 3) 2,5
- 4) 3,0

40. В ТАБЛИЦЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТСУТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1)+ глюкозы крови
- 2) общего холестерина
- 3) систолического АД
- 4) возраста

41. К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ отягощенная наследственность
- 2) курение
- 3) артериальная гипертензия
- 4) абдоминальное ожирение

42. АПОПРОТЕИН В-100

- 1)+ отражает содержание атерогенных частиц в плазме крови
- 2) отражает содержание антиатерогенных частиц в плазме крови
- 3) отражает воспалительный процесс в атеросклеротической бляшке
- 4) вмешивается в физиологический процесс фибринолиза

43. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИДОВ ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ декомпенсированного СД 2 типа
- 2) почечной недостаточности
- 3) окклюзии желчевыводящих путей
- 4) гипотиреоза

44. К КАТЕГОРИИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ ПО ШКАЛЕ SCORE (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ ≥ 10
- 2) > 1 и < 5
- 3) > 5 и < 10
- 4) < 1

45. В ШКАЛЕ SCORE ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ УЧИТЫВАЮТСЯ ПОЛ, ВОЗРАСТ, КУРЕНИЕ, УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АД И

- 1)+ общий холестерин
- 2) холестерин ЛПНП
- 3) глюкоза крови
- 4) диастолического АД

46. ВЕРХНЯЯ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ГРАНИЦА ДЛЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ (ESC, 2018) (В ММОЛЬ/Л)

- 1)+ 1,7
- 2) 2,3
- 3) 3,0
- 4) 4,5

47. СУЩЕСТВЕННО ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ И ХОЛЕСТЕРИНА, И ТРИГЛИЦЕРИДОВ ПРИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ

- 1)+ IIб и III типах
- 2) типа IIа и типа IIб
- 3) I и IV типах
- 4) IV и V типах

48. К КАТЕГОРИИ НИЗКОГО РИСКА ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ ПО ШКАЛЕ SCORE (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ < 1
- 2) > 1 и < 5
- 3) > 5 и < 10
- 4) > 10

49. ХОЛЕСТЕРИН В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

- 1)+ синтезируется в печени и поступает с пищей
- 2) синтезируется в печени и надпочечниках
- 3) поступает исключительно с пищей
- 4) синтезируется в печени и почках

50. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ В КРОВИ ОКАЗЫВАЕТ

- 1)+ повышение уровня физической активности
- 2) прекращение курения табака
- 3) снижение потребления моно- и дисахаридов
- 4) умеренное потребление алкоголя

51. НАИБОЛЕЕ АТЕРОГЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ КЛАСС ЛИПОПРОТЕИДОВ

- 1)+ ЛПНП
- 2) ЛПОНП
- 3) ЛППП
- 4) ЛПВП

52. КАКОЙ ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ (ПО ФРИДРИКСЕНУ) С ВЫСОКОЙ АТЕРОГЕННОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ?

- 1)+ IIВ
- 2) I
- 3) III
- 4) IIА

53. К ОСНОВНОМУ ИСТОЧНИКУ ХИЛОМИКРОНОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ тонкий кишечник
- 2) поперечно-полосатую мускулатуру
- 3) почки
- 4) артерии и вены

54. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПО ШКАЛЕ SCORE В ПРЕДЕЛАХ ОТ 5 ДО 10 % СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ высоким
- 2) очень высоким
- 3) умеренным
- 4) низким

55. ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ ПО ШКАЛЕ SCORE СЧИТАЕТСЯ ЗНАЧЕНИЕ $\geq$ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 10
- 2) 5
- 3) 15
- 4) 20

56. ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ КЛАССИЧЕСКИМ ОТКЛОНЕНИЕМ В ЛИПИДОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ триглицеридов
- 2) липопротеинов высокой плотности
- 3) липопротеинов низкой плотности
- 4) липопротеинов очень низкой плотности

57. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПО ШКАЛЕ SCORE В ПРЕДЕЛАХ ОТ 1 ДО 5 % СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ умеренным
- 2) низким
- 3) высоким
- 4) очень высоким

58. ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ

- 1)+ уменьшается
- 2) увеличивается
- 3) не изменяется
- 4) зависит от поражения печени

59. ОСНОВНОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭНДОГЕННОГО ХОЛЕСТЕРИНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ЛПНП
- 2) ЛПВП
- 3) ЛПОНП
- 4) хиломикроны

60. 80% ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКЕ ПРЕДСТАВЛЕНО

- 1)+ макрофагами
- 2) эозинофилами
- 3) лейкоцитами
- 4) лимфоцитами

61. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ курение
- 2) возраст
- 3) мужской пол
- 4) отягощенную наследственность

62. ПРИ ДИСЛИПИДЕМИИ III ТИПА В КРОВИ РЕЗКО ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ

- 1)+ ЛППП
- 2) хиломикронов
- 3) ЛПНП
- 4) ЛПОНП

63. РАЗВИТИЕ ИБС В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ гомозиготной семейной гиперхолестеринемии
- 2) семейной гипертриглицеридемии
- 3) комбинированной семейной гиперлипидемии
- 4) семейном дефиците липопропротеинлипазы

64. К АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

- 1)+ атеросклероз аорты
- 2) нейроциркуляторная дистония
- 3) хроническая ишемия мозга
- 4) хронический пиелонефрит

65. ДЛЯ IIb ФЕНОТИПА ДИСЛИПИДЕМИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение содержания липопротеидов низкой и очень низкой плотности, общего холестерина и триглицеридов
- 2) снижение уровня липопротеидов высокой плотности и повышение общего холестерина
- 3) повышение содержания хиломикронов и триглицеридов
- 4) повышение содержания липопротеидов низкой плотности и общего холестерина

66. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ липопротеинам низкой плотности
- 2) липопротеинам высокой плотности
- 3) хиломикронам
- 4) триглицеридам

67. ДЛЯ V ФЕНОТИПА ДИСЛИПИДЕМИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение содержания хиломикронов, липопротеидов очень низкой плотности, общего холестерина и триглицеридов
- 2) снижение содержания липопротеидов высокой плотности и повышение общего холестерина
- 3) повышение содержания липопротеидов низкой плотности, общего холестерина и триглицеридов
- 4) повышение содержания липопротеидов низкой и очень низкой плотности, общего холестерина и триглицеридов

68. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ АТЕРОГЕННЫМ _____ ТИП ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ

- 1)+ I
- 2) IIa
- 3) IIb
- 4) III

69. К ФЕНОТИПИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ДИСЛИПИДЕМИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ эруптивные ксантомы
- 2) сетчатое ливедо
- 3) телеангиоэктазии
- 4) ревматоидные узелки

70. ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭКЗОГЕННЫХ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ хиломикроны
- 2) ЛПНП
- 3) ЛПОНП
- 4) ЛПВП

71. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СЧИТАЕТСЯ СУЖЕНИЕ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ НЕ МЕНЕЕ _____ % ПРОСВЕТА

- 1)+ 50-70
- 2) 20-30
- 3) 30-40
- 4) 80-90

72. ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ

- 1)+ увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) не изменяется
- 4) зависит от поражения печени

73. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперхолестеринемия
- 2) избыточная масса тела
- 3) психоэмоциональное напряжение
- 4) гиподинамия

74. ПО ШКАЛЕ SCORE МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ РИСК

- 1)+ смерти от сердечно-сосудистых осложнений за 10 лет
- 2) развития инфаркта миокарда
- 3) развития любых сердечно-сосудистых осложнений
- 4) развития тромбоэмболических осложнений

75. ПРИ ДИСЛИПИДЕМИИ IV ТИПА В КРОВИ РЕЗКО ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ

- 1)+ ЛПОНП
- 2) хиломикронов
- 3) ЛПВП
- 4) ЛПНП

76. АНТИАТЕРОГЕННУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1)+ ЛПВП
- 2) ЛПНП
- 3) ЛПОНП
- 4) хиломикроны

77. ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ ЭКЗОГЕННОГО ХОЛЕСТЕРИНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ хиломикроны
- 2) ЛПНП
- 3) ЛПОНП
- 4) ЛПВП

78. В ШКАЛЕ SCORE УЧИТЫВАЮТСЯ

- 1)+ возраст, систолическое артериальное давление, общий холестерин, курение, пол
- 2) общий холестерин, диастолическое артериальное давление, ожирение, возраст, курение
- 3) пол, возраст, липопротеины низкой плотности, общий холестерин, диастолическое артериальное давление
- 4) дислипидемия, наличие инфаркта миокарда в анамнезе, пол, возраст, систолическое артериальное давление

79. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНЕВРИЗМЫ НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклероз
- 2) наличие специфических инфекций
- 3) синдром Марфана
- 4) аортит

80. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ SCORE РЕКОМЕНДОВАНО У ВЗРОСЛЫХ СТАРШЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 40
- 2) 45
- 3) 50
- 4) 60

81. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ПОПУЛЯЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ _____ ТИПА

- 1)+ IV
- 2) IIb
- 3) IIa
- 4) V

82. ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ (ТРОМБОТИЧЕСКОЙ) ОККЛЮЗИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклероз
- 2) мерцательная аритмия
- 3) искусственный клапан сердца
- 4) инфекционный эндокардит

83. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ гипертриглицеридемию
- 2) менопаузу
- 3) женский пол
- 4) тиреотоксикоз

84. ДЛЯ IV ФЕНОТИПА ДИСЛИПИДЕМИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение содержания липопротеидов очень низкой плотности и триглицеридов
- 2) снижение содержания липопротеидов высокой плотности и повышение общего холестерина
- 3) повышение содержания хиломикронов и триглицеридов
- 4) повышение содержания липопротеидов низкой плотности, общего холестерина и триглицеридов

85. К ФЕНОТИПИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ДИСЛИПИДЕМИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ ксантелазмы
- 2) узелки Бушара
- 3) узелки Гебердена
- 4) тофусы

86. ПРИ УМЕРЕННОМ СУММАРНОМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОМ РИСКЕ ПО SCORE НАЗНАЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПРИ УРОВНЕ ХС ЛПНП В ОТСУТСТВИЕ ЭФФЕКТА ОТ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ (ESC, 2016) _____ ММОЛЬ/Л И ВЫШЕ

- 1)+ 2,5
- 2) 1,8
- 3) 4,0
- 4) 5,0

87. РИСК РАЗВИТИЯ МИОПАТИИ И РАБДОМИОЛИЗА ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ДОБАВЛЕНИИ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

- 1)+ фенофибрата
- 2) эзетимиба
- 3) колестипола
- 4) омакора

88. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ статины
- 2) никотиновую кислоту
- 3) секвестранты желчных кислот
- 4) ингибиторы абсорбции холестерина

89. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГОМОЗИГОТНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЭМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ экстракорпоральный метод
- 2) прием высоких доз статинов
- 3) строгое соблюдение диеты
- 4) применение ингибиторов PCSK9

90. ПРИЁМ СТАТИНОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В КРОВИ ВЫШЕ НОРМЫ В ____ РАЗА

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 2,5

91. НАИБОЛЬШЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПВП ОТМЕЧАЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ фибратами
- 2) статинами
- 3) препаратами никотиновой кислоты
- 4) секвестрантами желчных кислот

92. В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ статины
- 2) ингибиторы PCSK9
- 3) эзетимиб
- 4) фибраты

93. АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ при стенозирующих поражениях брахиоцефальных артерий
- 2) при повышении уровня липопротеинов низкой плотности больше 3 ммоль/л
- 3) только в сочетании с артериальной гипертензией
- 4) всегда

94. К КЛАССУ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ОБЛАДАЮЩЕМУ НАИБОЛЬШЕЙ СПОСОБНОСТЬЮ УМЕНЬШАТЬ СОДЕРЖАНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ОТНОСЯТ

- 1)+ фибраты
- 2) статины
- 3) никотиновую кислоту
- 4) эзетимиб

95. СОДЕРЖАНИЕ НАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ЗДОРОВОМ РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ДОЛЖНО БЫТЬ МЕНЕЕ ____% ОТ ОБЩЕГО КАЛЛОРАЖА ПИЩИ

- 1)+ 10
- 2) 3
- 3) 15
- 4) 20

96. ТОЛЩИНУ СЛОЯ ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ УМЕНЬШАЮТ

- 1)+ блокаторы кальциевых каналов
- 2) диуретики
- 3) агонисты имидазолиновых рецепторов
- 4) ингибиторы АПФ

97. КАК ПРАВИЛО, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ атеросклеротического стеноза магистральных почечных артерий
- 2) злокачественной артериальной гипертензии
- 3) панартериита аорты и её ветвей
- 4) тромботической микроангиопатии почечных артерий

98. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ физическая активность
- 2) снижение избыточной массы тела
- 3) умеренное употребление алкоголя
- 4) употребление продуктов богатых клетчаткой

99. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИЕМУ СЕКВЕСТРАНТОВ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выраженная гипертриглицериемия
- 2) детский возраст до 10 лет
- 3) беременность и кормление грудью
- 4) жировой гепатоз

100. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ ингибировании фермента 3-гидрокси-3-метил-глутарил-коэнзим А редуктазы
- 2) подавлении активности фермента диацилглицерол ацилтрансферазы-2
- 3) усилении активности α -рецептора пролиферации пероксисом
- 4) ингибировании фермента пропротеиновой конвертазы субтилизинкксинового типа 9

101. СТАБИЛИЗАЦИЯ УЯЗВИМОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ статинов
- 2) β -адреноблокаторов
- 3) ингибиторов АПФ
- 4) клопидогреля

102. АТЕРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ НЕ СВОЙСТВЕНЕН

- 1)+ антагонистам кальция
- 2) β -адреноблокаторам
- 3) тиазидным диуретикам
- 4) кортикостероидам

103. ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ЛИПИДНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТА С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ: ХОЛЕСТЕРИН ЛИПОПРОТЕИДОВ

- 1)+ низкой плотности не выше 1,4 ммоль/л
- 2) низкой плотности не выше 2,5 ммоль/л
- 3) высокой плотности ниже 0,8 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности не выше 3 ммоль/л
- 4) высокой плотности ниже 0,8 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности не выше 3 ммоль/л, общий холестерин не превышает 5 ммоль/л

104. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ колестиопола
- 2) розувастатина
- 3) фенофибрата
- 4) эзетимиба

105. ПРИ НИЗКОМ СУММАРНОМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОМ РИСКЕ ПО SCORE НАЗНАЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПРИ УРОВНЕ ХС ЛПНП В ОТСУТСТВИЕ ЭФФЕКТА ОТ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ (ESC, 2016) _____ ММОЛЬ/Л И ВЫШЕ

- 1)+ 5,0
- 2) 1,8
- 3) 2,5
- 4) 4,0

106. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СТАТИНОВ ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 1,5-2
- 2) 3-4
- 3) 2-3
- 4) 5-6

107. ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ ингибиторов PCSK9
- 2) статинов
- 3) фибратов
- 4) секвестрантов желчных кислот

108. ОСЛОЖНЕНИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аневризма
- 2) тромбоэмболия легочной артерии
- 3) инфаркт миокарда
- 4) инфаркт головного мозга

109. НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЁМЕ

- 1)+ розувастатина
- 2) симвастатина
- 3) аторвастатина
- 4) правастатина

110. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ артериальную гипертензию, гипергликемию, гиперхолестеринемию
- 2) сахарный диабет, подагру, гипертриглицеридемию
- 3) возраст, гиподинамию, гипотиреоз
- 4) пол, курение, гипертиреоз

111. Ω-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ СПОСОБНЫ СНИЗИТЬ В ПЛАЗМЕ КРОВИ УРОВЕНЬ

- 1)+ триглицеридов
- 2) липопротеидов низкой плотности
- 3) липопротеидов (а)
- 4) общего холестерина

112. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ В ВИДЕ РАЗВИТИЯ МИОПАТИИ И РАБДОМИОЛИЗА НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ колестипола
- 2) фенофибрата
- 3) розувастатина
- 4) ловастатина

113. СТАТИНЫ СНИЖАЮТ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП НА (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 25-40
- 2) 20-25
- 3) 10-20
- 4) 5-10

114. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СТАТИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ беременность
- 2) повышение печеночных трансаминаз в 1,5 раза
- 3) паренхиматозное заболевание печени в анамнезе
- 4) острый коронарный синдром

115. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В КРОВИ ОКАЗЫВАЕТ

- 1)+ снижение потребления насыщенных жирных кислот
- 2) снижение потребления экзогенного холестерина
- 3) снижение избыточной массы тела
- 4) повышение уровня физической активности

116. ПРИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ АОРТЫ

- 1)+ показано хирургическое вмешательство
- 2) показана медикаментозная терапия при неосложненном течении
- 3) показано эндоваскулярное лечение
- 4) показано эндоваскулярное лечение при осложненном течении

117. К ПРЕПАРАТАМ, УВЕЛИЧИВАЮЩИМ РИСК РАБДОМИОЛИЗА ПРИ СОВМЕСТНОМ ПРИЕМЕ СО СТАТИНАМИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ фибраты
- 2) иАПФ
- 3) бета-блокаторы
- 4) блокаторы протонной помпы

118. ИСТОЧНИКОМ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подсолнечное масло
- 2) молоко
- 3) мясо
- 4) шпинат

119. ПРИ СОХРАНЯЮЩЕМСЯ ВЫСОКОМ УРОВНЕ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В КРОВИ НА ФОНЕ ПРИЁМА СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЁСШЕГО ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЛЕДУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ фибраты
- 2) никотиновую кислоту
- 3) секвестранты жирных кислот
- 4) ингибиторы абсорбции холестерина

120. МАКСИМАЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ СНИЖЕНИЯ ЛИПОПРОТЕИДА (А) ОБЛАДАЮТ

- 1)+ препараты никотиновой кислоты
- 2) фибраты
- 3) статины
- 4) секвестранты желчных кислот

121. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СТАТИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ жировой гепатоз с умеренной ферментемией
- 2) беременность и кормление грудью
- 3) репродуктивный возраст женщины без адекватной контрацепции
- 4) детский возраст

122. ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОЙ ИНДЕКС В НОРМЕ РАВЕН

- 1)+ 1,1-1,2
- 2) 1,2-1,3
- 3) 1,4-1,5
- 4) 2-2,5

123. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ПРИ ПРИЕМЕ СТАТИНОВ, ОТНОСЯТ

- 1)+ миопатию, повышение уровня печеночных трансаминаз, диспепсию
- 2) запор, нарушение всасывания других лекарств
- 3) жар, приливы, гипергликемию, гиперурикемию, подагру, гепатотоксичность
- 4) головную боль, носовые кровотечения, диарею

124. ПРИ УМЕРЕННОЙ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ БЕЗ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ диету
- 2) статины
- 3) фибраты
- 4) пробукол

125. ПРИЕМ СТАТИНА СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ АЛТ ПРЕВЫШАЕТ В _____ НОРМУ В ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ

- 1)+ 3 раза
- 2) 1,5 раза
- 3) 5 раз
- 4) 10 раз

126. ОРГАНИЧЕСКИЕ НИТРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ДОНАТОРАМИ

- 1)+ NO
- 2) Ca^{2+}
- 3) Mg^{2+}
- 4) K^{+}

127. ДЛЯ ПАЦИЕНТА ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ЗНАЧЕНИИ ОХС 9 ММОЛЬ/Л, ЛПНП 5,4 ММОЛЬ/Л И ТРИГЛИЦЕРИДОВ 3 ММОЛЬ/Л ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ статины
- 2) фибраты
- 3) секвестранты жирных кислот
- 4) омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты

128. ПРИ ВЫСОКОМ СУММАРНОМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОМ РИСКЕ ПО SCORE НЕМЕДЛЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ПРИ УРОВНЕ ХС ЛПНП (ESC, 2019) _____ ММОЛЬ/Л И ВЫШЕ

- 1)+ 1,8
- 2) 2,5
- 3) 4,0
- 4) 5,0

129. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ PCSK9 ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ ингибировании фермента пропротеиновой конвертазы субтилизинкксинового типа 9
- 2) ингибировании фермента 3-гидрокси-3-метил-глутарил-коэнзим А редуктазы
- 3) усилении активности α -рецептора пролиферации пероксисом
- 4) подавлении активности фермента диацилглицерол ацилтрансферазы-2

130. НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ ПОКАЗАНО ПРИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ТИПА

- 1)+ ПА
- 2) III
- 3) IV
- 4) V

131. У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ УМЕРЕННОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ПО ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ 2016 ГОДА ДОЛЖЕН БЫТЬ (ММОЛЬ/Л)

- 1)+ менее 2,5
- 2) менее 1,8
- 3) от 2 до 5,2
- 4) менее 5,2

132. РОСТУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ СПОСОБСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ

- 1)+ холестерина липопротеидов низкой плотности
- 2) холестерина липопротеидов высокой плотности
- 3) уровня кальция в крови
- 4) хиломикронов

133. МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сахарный диабет 2 типа
- 2) возраст
- 3) отягощённая наследственность
- 4) мужской пол

134. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ МЕДИКАМЕНТАМИ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ БЕЗ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ статины
- 2) фибраты
- 3) пробукол и антиоксиданты
- 4) эзетимиб

135. ПЛЕЙОТРОПНЫМ СВОЙСТВОМ СТАТИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ антипролиферативное действие
- 2) способность повышать ЛПВП
- 3) способность всасываться
- 4) способность уменьшать ЛПНП

Тема 3. Болезни миокарда.

1. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ МОЖНО УВИДЕТЬ

- 1)+ глубокие отрицательные зубцы Т в прекардиальных отведениях
- 2) укорочение интервала QT
- 3) удлинение интервала PQ
- 4) элевацию сегмента ST в прекардиальных отведениях

2. ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ «МИОКАРДИТ» ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ биопсия миокарда
- 2) эхокардиография
- 3) компьютерная томография
- 4) определение в крови уровня маркеров повреждения миокарда

3. ДИАГНОЗ «МИОКАРДИТ» ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО ХАРАКТЕРНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ

- 1)+ биопсии миокарда
- 2) эхокардиографии
- 3) ЭКГ
- 4) сцинтиграфии миокарда

4. ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ диффузное снижение сократительной способности миокарда
- 2) утолщение межжелудочковой перегородки
- 3) локальное снижение сократительной способности миокарда
- 4) повышение сократительной способности миокарда

5. ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эпсилон-волна
- 2) седлообразный подъем сегмента ST в правых грудных отведениях
- 3) дельта-волна
- 4) волна Осборна

6. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОБСТРУКЦИИ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА АСИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ базального отдела межжелудочковой перегородки
- 2) средней трети межжелудочковой перегородки
- 3) верхушки левого желудочка
- 4) переднелатеральной папиллярной мышцы

7. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ морфология комплексов QRS соответствует блокаде левой ножки пучка Гиса
- 2) морфология комплексов QRS соответствует блокаде правой ножки пучка Гиса
- 3) резкое отклонение электрической оси сердца вправо
- 4) горизонтальное положение электрической оси сердца

8. ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертрофическая кардиомиопатия
- 2) алкогольная кардиомиопатия
- 3) миокардитический кардиосклероз
- 4) открытое овальное окно

9. ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ гипертрофическую кардиомиопатию
- 2) ишемическую кардиомиопатию
- 3) вирусный миокардит
- 4) алкогольное поражение сердца

10. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НА ЭКГ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТ

- 1)+ глубокий Q V5-V6
- 2) фибрилляцию предсердий
- 3) WPW синдром
- 4) блокаду правой ножки пучка Гиса

11. МИОКАРДИТ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ В _____ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ фазе ранней реконвалесценции
- 2) фазе поздней реконвалесценции (3 неделя и позже)
- 3) первые дни на высоте лихорадочного периода
- 4) последние дни после стихания

12. СОЧЕТАНИЕ РАСШИРЕНИЯ ПОЛОСТЕЙ И ДИФFUЗНОГО СНИЖЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ дилатационной кардиомиопатии
- 2) постинфарктного кардиосклероза
- 3) гипертрофической кардиомиопатии
- 4) сочетанного аортального порока сердца

13. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ генетическая мутация
- 2) бактериальное поражение миокарда
- 3) артериальная гипертензия
- 4) вирусное поражения миокарда

14. МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЁН С ПОМОЩЬЮ РАДИОНУКЛИДНОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА И ДЕФЕКТА ПЕРФУЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ объём поражения миокарда более 10 г
- 2) объём поражения миокарда более 1 г
- 3) трансмуральное поражение миокарда
- 4) локальное поражение, составляющее 20% толщины стенки левого желудочка

15. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИНФЕКЦИОННОМ МИОКАРДИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВОЗРАСТАЕТ УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

- 1)+ IgG
- 2) IgA
- 3) IgM
- 4) IgE

16. ОБСТРУКЦИЯ ВЫХОДНОГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ переднесистолическим движением створки митрального клапана
- 2) поражением створок аортального клапана
- 3) надклапанным сужением аорты
- 4) апикальной облитерацией

17. СНИЖЕНИЕ ВОЛЬТАЖА В СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ амилоидоза сердца
- 2) атаксии Фридрейха
- 3) болезни Фабри
- 4) гипертрофической кардиомиопатии

18. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ОБСТРУКЦИИ ВЫХОДНОГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВОДЯТ

- 1)+ определение пикового градиента в выходном тракте левого желудочка в покое и при стресс-ЭхоКГ
- 2) катетеризацию левых отделов сердца с прямым измерением градиента
- 3) коронароангиографию
- 4) аортографию

19. ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ГРАДИЕНТЕ ДАВЛЕНИЯ В ПОКОЕ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О

- 1)+ динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка
- 2) появлении систолической дисфункции левого желудочка
- 3) появлении диастолической дисфункции левого желудочка
- 4) легочной гипертензии

20. ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диффузное снижение сократимости
- 2) наличие зон нарушения локальной сократимости
- 3) наличие гиперкинезии межжелудочковой перегородки
- 4) парадоксальное движение межжелудочковой проводимости

21. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ

- 1)+ относительная коронарная недостаточность
- 2) неспецифический коронарит
- 3) спазм коронарных артерий
- 4) острый тромбоз коронарных артерий

22. У БОЛЬНОГО НА ЭХО-КГ ВЫЯВИЛАСЬ ДИЛАТАЦИЯ ВСЕХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ дилатационной кардиомиопатии
- 2) аортальной недостаточности
- 3) изолированного стеноза митрального клапана
- 4) острого инфаркта миокарда

23. ОСНОВНОЙ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОЙ НАХОДКОЙ ПРИ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ _____ МИОКАРДА

- 1)+ жировое замещение и инфильтрация
- 2) асимметричная гипертрофия
- 3) неспецифическое воспаление
- 4) рубцовые изменения

24. ОЧАГОВЫЙ ФИБРОЗ В ВИДЕ БЕСПОРЯДОЧНО ПЕРЕПЛЕТАЮЩИХСЯ ПУЧКОВ КОЛЛАГЕНА, ВЫРАЖЕННАЯ ГИПЕРТРОФИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ И ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ МИОКАРДИАЛЬНЫХ ВОЛОКОН ЯВЛЯЮТСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ПРИ _____ КАРДИОМИОПАТИИ

- 1)+ гипертрофической
- 2) дилатационной
- 3) аритмогенной правожелудочковой
- 4) рестриктивной

25. ПРИ НАЛИЧИИ НА ЭХОКАРДИОГРАФИИ АСИММЕТРИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ТОЛЩИНОЙ СТЕНКИ БОЛЕЕ 1,5 СМ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1)+ гипертрофическую кардиомиопатию
- 2) дилатационную кардиомиопатию
- 3) артериальную гипертензию
- 4) аортальный стеноз

26. СОДЕРЖАНИЕ СЕРДЕЧНОГО ТРОПОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, ПОМИМО ИНФАРКТА МИОКАРДА, МОЖЕТ ПОВЫШАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ миокардите
- 2) введении преднизолона
- 3) панкреатите
- 4) пиелонефрите

27. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ амилоидоз сердца
- 2) гипертоническую болезнь
- 3) ИБС
- 4) заболевания соединительной ткани

28. К МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «МИОКАРДИТ» ОТНОСЯТ

- 1)+ сцинтиграфию миокарда с радиофармпрепаратами, тропными к очагу воспаления
- 2) ЭХО-КГ
- 3) рентгенографию органов грудной клетки
- 4) коронароангиографию

29. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бивентрикулярная биопсия миокарда
- 2) КТ сердца с контрастированием
- 3) ЭХО-КГ
- 4) сцинтиграфия миокарда

30. УДАРНЫЙ ОБЪЕМ СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В СПОКОЙНОМ СОСТОЯНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

- 1)+ 60-70
- 2) 10-15
- 3) 100-120
- 4) 20-40

31. К ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МИОКАРДИТА ЭКГ- ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ смещение сегмента ST ниже изолинии, отрицательный зубец T
- 2) конкордантное смещение сегмента ST выше изолинии
- 3) дискордантное смещение сегмента ST выше изолинии
- 4) низковольтажную ЭКГ, ширину комплекса PQ = 0, 22 сек, QRS= 0,12 сек

32. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- 1)+ состояние створок клапанов сердца
- 2) объем выпота в полости перикарда
- 3) наличие опухолей и внутрисердечных тромбов
- 4) толщину стенок и размеры полостей сердца

33. ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ, ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ желудочковая аритмия
- 2) развитие сердечной недостаточности
- 3) появление полной блокады ЛНПГ
- 4) стенокардия напряжения

34. ХАРАКТЕРНЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана
- 2) систолическое и диастолическое «дрожание» передней митральной створки
- 3) касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу
- 4) однонаправленное диастолическое движение створки митрального клапана

35. В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ миксома
- 2) саркома
- 3) липома
- 4) лимфома

36. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ В СОЧЕТАНИИ С ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКОЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ пневмоторакса
- 2) расслаивающей аневризмы аорты
- 3) острого перикардита
- 4) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

37. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резкое ослабление дыхания
- 2) амфорическое дыхание
- 3) крепитация
- 4) шум трения плевры

38. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) перфузионная сцинтиграфия миокарда
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) чреспищеводная и трансторакальная эхокардиография

39. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЮТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ЗУБЦЫ Т В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V1-V3
- 2) V4-V6
- 3) I-III
- 4) aVR-aVF

40. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки
- 2) изолированная гипертрофия боковой стенки левого желудочка
- 3) гипертрофия верхушки левого желудочка
- 4) гипертрофия правого желудочка

41. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ увеличение концентрации тропонина Т
- 2) увеличение концентрации тропонина С
- 3) повышение активности аспаратаминотрансферазы
- 4) повышение активности креатинфосфокиназы

42. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ЭКГ- ПРИЗНАКОМ ДЛЯ МИОПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ элевация ST
- 2) гигантский отрицательный Т
- 3) депрессия ST
- 4) появление Q

43. МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЁМОМ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЁН С ПОМОЩЬЮ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЛОКАЛЬНОГО НАРУШЕНИЯ СОКРАТИМОСТИ СТЕНКИ ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локальное поражение, составляющее более 20% толщины стенки желудочка
- 2) объём поражения миокарда более 2,5 г
- 3) объём поражения миокарда более 10 г
- 4) объём поражения миокарда более 1 г

44. ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДИЛАТАЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СО СНИЖЕНИЕМ ЕГО СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ

- 1)+ не вызванной ишемией или патологией клапанов сердца
- 2) вне зависимости от вызвавшей ее причины
- 3) при отсутствии инфарктов миокарда в анамнезе
- 4) развившейся после перенесенного инфаркта миокарда

45. К ВТОРИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ перипартальная
- 2) дилатационная
- 3) гипертрофическая
- 4) рестриктивная

46. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭПСИЛОН-ВОЛНЫ В ОТВЕДЕНИИ V1 НА ЭКГ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ артимогенной дисплазии правого желудочка
- 2) инфильтративной кардиомиопатии правого желудочка
- 3) синдрома Бругада
- 4) поражения сердца при гипотиреозе

47. ОДНИМ ИЗ ГЛАВНЫХ ПОКАЗАНИЙ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ _____КАРДИОМИОПАТИЯ

- 1)+ дилатационная
- 2) гипертрофическая
- 3) аритмогенная правожелудочковая
- 4) рестриктивная

48. У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАРУШАЕТСЯ

- 1)+ диастолическая функция левого желудочка
- 2) систолическая функция левого желудочка
- 3) кровенаполнение коронарных артерий
- 4) автоматизм СА узла

49. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ мутацию генов, кодирующих белки саркомера
- 2) амилоидоз
- 3) болезнь Фабри
- 4) болезнь накопления гликогена

50. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ МИОКАРДИТОВ СЧИТАЮТ

- 1)+ инфекции
- 2) коллагенозы
- 3) неинфекционные агенты
- 4) паразитарные инвазии

51. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТА МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 50
- 2) 5
- 3) 25
- 4) 75

52. НЕКОМПАКТНЫЙ МИОКАРД ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ множественными трабекулярными структурами в полости левого желудочка
- 2) фиброзно-жировыми структурами левого желудочка
- 3) асимметричной гипертрофией межжелудочковой перегородки
- 4) гипертрофией верхушки левого желудочка

53. ФИБРОЗ ЭНДОКАРДА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ рестриктивной кардиомиопатии
- 2) ГКМП
- 3) дилатационной кардиомиопатии
- 4) аритмогенной дисплазии правого желудочка

54. У ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСТРУКТИВНОЙ ГКМП ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ В ВЫХОДНОМ ОТДЕЛЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.) _____ В ПОКОЕ И ПРИ НАГРУЗКЕ

- 1)+ менее 30
- 2) менее 20
- 3) более 30
- 4) более 20

55. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ИМЕЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ МИОКАРДИТАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение АВ проводимости
- 2) подъём сегмента ST в 2-3 отведениях
- 3) нарушение проводимости по левой ножке пучка Гиса
- 4) появление патологического зубца Q

56. ПРИ РАСЧЕТЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ГКМП УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ максимальный градиент давления в выносящем тракте левого желудочка
- 2) фибрилляция предсердий
- 3) частота сердечных сокращений
- 4) ангинозная боль

57. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗУБЦЫ Q, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, МОГУТ БЫТЬ ПРИ

- 1)+ ГКМП
- 2) рестриктивной кардиомиопатии
- 3) дилатационной кардиомиопатии
- 4) аритмогенной дисплазии сердца

58. ДЛЯ МИОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ХАРАКТЕРНА

- 1)+ боль ангинозного характера
- 2) кардиалгия
- 3) боль в грудной клетке, связанная с движением, дыханием
- 4) боль в правом подреберье

59. ПРИ РАСЧЕТЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ГКМП УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ возраст
- 2) уровень АД
- 3) фракция выброса
- 4) степень митральной регургитации

60. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МИОКАРДИТОВ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЮЖНОЙ АМЕРИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ трипаномы
- 2) энтеровирусы
- 3) стафилококки
- 4) возбудители дифтерии

61. «ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндомикардиальная биопсия
- 2) коронарография
- 3) оценка маркеров повреждения миокарда
- 4) оценка уровня аутоантител к кардиомиоцитам

62. ФЕНОМЕН «DISARRAY» (ФЕНОМЕН "БЕСПОРЯДКА") В СТРУКТУРЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ ГКМП
- 2) дилатационной кардиомиопатии
- 3) рестриктивной кардиомиопатии
- 4) аритмогенной дисплазии правого желудочка

63. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ вирусы
- 2) бактерии
- 3) риккетсии
- 4) простейшие

64. СОГЛАСНО МАРГБУРГСКИМ КРИТЕРИЯМ АКТИВНЫЙ МИОКАРДИТ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ НАЛИЧИИ НЕ МЕНЕЕ _____ ЛЕЙКОЦИТОВ НА 1 ММ БИОПТАТА

- 1)+ 14
- 2) 10
- 3) 8
- 4) 6

65. У ПАЦИЕНТОВ С ГКМП И СКРЫТОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ В ВЫХОДНОМ ОТДЕЛЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.) _____ В ПОКОЕ И _____ ПРИ НАГРУЗКЕ

- 1)+ менее 30; более 30
- 2) более 30; менее 30
- 3) менее 20; более 20
- 4) более 20; менее 20

66. ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИОПАТИЯМИ ЧАСТО АССОЦИИРУЕТСЯ С МУТАЦИЕЙ ГЕНА

- 1)+ дистрофина
- 2) β -миозина
- 3) тропонина С
- 4) тропомиозина

67. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТАМ ГКМП ОТНОСЯТ _____ ФОРМУ

- 1)+ верхушечную
- 2) боковую
- 3) переднюю
- 4) заднюю

68. ПРИ РАСЧЕТЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ГКМП УЧИТЫВАЮТ

- 1)+ отягощенный семейный анамнез в отношении внезапной смерти
- 2) ишемические изменения на ЭКГ
- 3) полную блокаду левой ножки пучка Гиса
- 4) полную блокаду правой ножки пучка Гиса

69. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ с контрастным усилением
- 2) оценка маркеров повреждения миокарда
- 3) оценка уровня аутоантител к кардиомиоцитам
- 4) коронарография

70. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТА МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 25
- 2) 50
- 3) 5
- 4) 15

71. В КАЧЕСТВЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ФОРМ МИОКАРДИТОВ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ глюкокортикоиды
- 2) НПВП
- 3) биологические препараты
- 4) сульфаниламиды

72. КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОЦУБО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ преходящей дисфункцией миокарда
- 2) необратимой систолической дисфункцией
- 3) диастолической дисфункцией
- 4) отсутствием дисфункции миокарда

73. РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО

- 1)+ тонзиллита
- 2) пиелонефрита
- 3) холецистита
- 4) запора

74. ПРИ РАСЧЕТЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ГКМП УЧИТЫВАЮТ

- 1)+ необъяснимое синкопальное состояние
- 2) уровень АД
- 3) степень митральной регургитации
- 4) ишемические изменения на ЭКГ

75. ПРИ ОСТРЫХ МИОКАРДИТАХ ЛЁГКОГО ТЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ наличие перебоев в работе сердца
- 2) наличие отёков нижних конечностей
- 3) одышка при небольших физических нагрузках
- 4) чувство нехватки воздуха в покое

76. У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАРУШАЕТСЯ _____ ФУНКЦИЯ _____ ЖЕЛУДОЧКА

- 1)+ диастолическая; левого
- 2) систолическая; левого
- 3) диастолическая; правого
- 4) систолическая; правого

77. В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ МИОКАРДИТЕ НАИБОЛЬШУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ИМЕЕТ

- 1)+ тропонин I
- 2) МВ-КФК
- 3) АСТ
- 4) миоглобин

78. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ ВПЕРЕД ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ ГКМП
- 2) дилатационной кардиомиопатии
- 3) рестриктивной кардиомиопатии
- 4) аритмогенной дисплазии сердца

79. ПРИ РАСЧЕТЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ГКМП УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ максимальная толщина стенки левого желудочка
- 2) уровень АД
- 3) фракция выброса
- 4) степень митральной регургитации

80. СИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

- 1)+ может встречаться при ГКМП
- 2) никогда не встречается при ГКМП
- 3) редко формируется при гипертонической болезни
- 4) никогда не встречается при вторичной артериальной гипертензии

81. ЭОЗИНОФИЛИЯ МОЖЕТ АССОЦИИРОВАТЬСЯ С

- 1)+ рестриктивной кардиомиопатией
- 2) ГКМП
- 3) дилатационной кардиомиопатией
- 4) аритмогенной дисплазией сердца

82. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ИМЕЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ МИОКАРДИТАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение проводимости по левой ножке пучка Гиса
- 2) появление патологического зубца Q
- 3) нарушение АВ проводимости
- 4) подъём сегмента ST в 2-3 отведениях

83. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ УСТАНОВКИ ДВУЖЕЛУДОЧКОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА (СИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ) ОТНОСЯТ

- 1)+ дилатационную кардиомиопатию + расширение комплекса QRS
- 2) хроническую сердечную недостаточность II ФК
- 3) острый инфаркт миокарда
- 4) гипертрофическую кардиомиопатию

84. У ПАЦИЕНТОВ С ГКМП И БАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ В ВЫХОДНОМ ОТДЕЛЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ более 30
- 2) менее 30
- 3) более 20
- 4) менее 20

85. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГКМП ТРЕБУЮТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С

- 1)+ инфарктом миокарда
- 2) вторичной артериальной гипертензией
- 3) сердечной недостаточностью
- 4) перикардитом

86. ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ дилатационной кардиомиопатии
- 2) ГКМП
- 3) аритмогенной дисплазии сердца
- 4) кардиомиопатии Такотсубо

87. НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ СХОЖИ С ТАКОВЫМИ ПРИ

- 1)+ дилатационной кардиомиопатии
- 2) ГКМП
- 3) рестриктивной кардиомиопатии
- 4) аритмогенной дисплазии сердца

88. АНГИНОЗНЫЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ ГКМП
- 2) дилатационной кардиомиопатии
- 3) рестриктивной кардиомиопатии
- 4) аритмогенной дисплазии сердца

Тема 4. Врождённые и приобретённые пороки сердца.

1. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ПЕРЕПАДАМИ ДАВЛЕНИЯ В АРТЕРИЯХ, ОТНОСЯТ

- 1)+ пульсацию сосудов шеи
- 2) цианоз губ, акроцианоз
- 3) инспираторную одышку и периферические отеки
- 4) сердцебиение в положении на левом боку

2. К НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЯМ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ легочную гипертензию
- 2) уменьшение эффективного сосудистого русла легких
- 3) гиперкапнию и ацидоз
- 4) гипертрофию стенок правого желудочка

3. УМЕРЕННЫЙ СУБАОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПО ГРАДИЕНТУ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ АОРТОЙ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ В СИСТОЛУ, РАВНОМУ (ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 30-50
- 2) 5-10
- 3) 10-30
- 4) более 50

4. ДВУХСТВОРЧАТОЕ СТРОЕНИЕ ИМЕЕТ _____ КЛАПАН

- 1)+ митральный
- 2) правый атриовентрикулярный
- 3) аортальный
- 4) легочного ствола

5. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ В ВОЗРАСТЕ 50-60 ЛЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двустворчатый аортальный клапан
- 2) ревматическая болезнь сердца
- 3) инфекционный эндокардит
- 4) миксоматозная дегенерация

6. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бледность кожных покровов
- 2) акроцианоз
- 3) симптом Мюссе
- 4) «пляска каротид»

7. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ РЕГУРГИТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ митральной недостаточности
- 2) аортальной недостаточности
- 3) стенозе клапана легочной артерии
- 4) стенозе митрального клапана

8. БОЛЬНЫЕ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО ПРИНИМАЮТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ на корточках
- 2) вертикальное
- 3) лежа на левом боку с приведенными к животу ногами
- 4) стоя с опорой рук о спинку стула

9. ОСЛАБЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ

- 1)+ эмфиземе легких
- 2) артериальной гипертензии
- 3) недостаточности митрального клапана
- 4) стенозе аортального клапана

10. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1)+ ритм перепела
- 2) акцент II тона на аорте
- 3) систолический шум на верхушке
- 4) диастолический шум на аорте

11. «ГРУДНАЯ ЖАБА» ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ стенозе аортального клапана
- 2) недостаточности аортального клапана
- 3) митральном стенозе
- 4) пролапсе митрального клапана

12. ПОД ШУМОМ ГРЕХЕМА СТИЛЛА ПОНИМАЮТ

- 1)+ диастолический шум относительной недостаточности клапана легочной артерии
- 2) диастолический шум относительного стеноза митрального клапана
- 3) систолический шум стеноза легочной артерии
- 4) пресистолический шум при митральном стенозе

13. НИЗКОЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ недостаточность аортального клапана
- 2) подклапанный аортальный стеноз
- 3) недостаточность митрального клапана
- 4) надклапанный стеноз легочной артерии

14. КАКОЙ ПОРОК СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ВЗРОСЛЫХ?

- 1)+ двустворчатый аортальный клапан
- 2) одностворчатый митральный клапан
- 3) транспозиция магистральных сосудов
- 4) общее левое предсердие

15. НАЛИЧИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ЩЕЛЧКА И ПОЗДНЕГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ _____ КЛАПАНА

- 1)+ пролапсе митрального
- 2) пролапсе аортального
- 3) кальцинозе митрального
- 4) отрыве хорд митрального

16. К АУСКУЛЬТАТИВНОМУ ПРИЗНАКУ ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ акцент II тона на легочной артерии
- 2) акцент II тона на аортальном клапане
- 3) ослабление II тона на легочной артерии
- 4) ослабление II тона на трикуспидальном клапане

17. ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (СМ²)

- 1)+ 4-6
- 2) 2-4
- 3) 1-2
- 4) 3-4

18. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА МАРФАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аневризма аорты
- 2) васкулит
- 3) миокардиальный фиброз
- 4) нарушение ритма и проводимости сердца

19. ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ коарктации аорты
- 2) недостаточности аортального клапана
- 3) стеноза легочной артерии
- 4) открытого артериального протока

20. ВЫЯВЛЕННЫЙ С ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ («МАШИННЫЙ» ШУМ) ВО II-III МЕЖРЕБЕРЬИ СЛЕВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ открытого артериального (Боталлова) протока
- 2) дефекта межжелудочковой перегородки в мышечной части
- 3) дефекта межпредсердной перегородки при сбросе крови справа налево
- 4) митрального стеноза или митральной недостаточности

21. ПРИ КАРЦИНОИДНОМ СИНДРОМЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПОРАЖАЕТСЯ КЛАПАН

- 1)+ трикуспидальный
- 2) митральный
- 3) аортальный
- 4) легочной артерии

22. «БАРАБАНЫЕ ПАЛОЧКИ» И ЦИАНОЗ НОГ, НО НЕ РУК, ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ _____ СЕРДЦА ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СБРОСА КРОВИ СПРАВА-НАЛЕВО

- 1)+ незаращении артериального протока
- 2) дефекте межпредсердной перегородки
- 3) стенозе аортального клапана
- 4) недостаточности трикуспидального клапана

23. КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ КОМПЕНСИРОВАННОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ ослабление I тона, систолический шум на верхушке
- 2) сердечный толчок, одышка, отеки, увеличение печени
- 3) усиление I тона, появление щелчка открытия митрального клапана, диастолический шум на верхушке сердца
- 4) бледность кожи, систолический шум во 2 межреберье справа

24. ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ СУБАОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОСТИРУЮТ ПО ГРАДИЕНТУ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ АОРТОЙ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ В СИСТОЛУ, РАВНОМУ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ более 50
- 2) 30-50
- 3) 10-30
- 4) 5-10

25. ЭХО-КГ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА СЧИТАЮТ

- 1)+ площадь митрального отверстия $0,9 \text{ см}^2$
- 2) площадь митрального отверстия $1,2 \text{ см}^2$
- 3) размер левого предсердия в 36 мм
- 4) диастолический размер левого желудочка в 55 мм

26. ЧЕТВЕРТЫЙ ТОН НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ аортальном стенозе
- 2) аортальной недостаточности
- 3) митральной недостаточности
- 4) митральном стенозе

27. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА РАННИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) открытого артериального протока
- 3) дефекта межпредсердной перегородки
- 4) стеноза клапана лёгочной артерии

28. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ЛЕВОГО А-V ОТВЕРСТИЯ С ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоэмболия
- 2) коронарная недостаточность
- 3) синкопальное состояние
- 4) желудочковая аритмия

29. ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА ВСЛЕДСТВИЕ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, СДАВЛИВАЮЩЕГО ЛЕВЫЙ ВОЗВРАТНЫЙ ГОРТАННЫЙ НЕРВ, ХАРАКТЕРИЗУЕТ СИНДРОМ

- 1)+ Ортнера
- 2) Лютембаше
- 3) Дресслера
- 4) Элерса-Данлоса

30. КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ - ЭТО ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ

- 1)+ сегментарным сужением просвета аорты
- 2) обструкцией выносящего тракта левого желудочка
- 3) расслоением аорты в антероградном направлении
- 4) воспалением внутренней оболочки сосуда

31. К ПРИЧИНЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЦИАНОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ альвеолярную гиповентиляцию
- 2) железодефицитную анемию
- 3) дефект межпредсердной перегородки
- 4) увеличение экстракции кислорода из крови

32. ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ У ВЕРХУШКИ («КОШАЧЬЕ МУРЛЫКАНЬЕ») НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ стенозе митрального отверстия
- 2) стенозе устья аорты
- 3) недостаточности митрального клапана
- 4) недостаточности трехстворчатого клапана

33. ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ СУБАОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ДИАГНОСТИРУЮТ ПО ГРАДИЕНТУ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ АОРТОЙ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ В СИСТОЛУ, РАВНОМУ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 10-30
- 2) 5-10
- 3) 30-50
- 4) более 50

34. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ ИЗ-ЗА

- 1)+ снижения диастолического давления в аорте
- 2) повышения диастолического давления в аорте
- 3) застойной левожелудочковой недостаточности
- 4) застойной правожелудочковой недостаточности

35. ЭХО-КГ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА СЧИТАЕТСЯ (CM^{>2})

- 1)+ 0-0,9
- 2) 1,0-1,5
- 3) 2,0-2,5
- 4) 2,5-3,0

36. НАЛИЧИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХОРД В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ КЛАПАННОГО АППАРАТА И КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ малой аномалией сердца
- 2) вариантом возрастных изменений
- 3) врождённым пороком сердца
- 4) признаком некомпактного миокарда

37. МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ стенозе устья аорты
- 2) недостаточности аортального клапана
- 3) стенозе митрального клапана
- 4) недостаточности митрального клапана

38. ОСНОВНЫМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КОАРКТАЦИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты
- 2) увеличение АД на нижних конечностях
- 3) гипотония при измерении АД на верхних конечностях
- 4) брадикардия высоких градаций

39. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВРОЖДЕННЫЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ СТЕНОЗ

- 1)+ легочной артерии
- 2) аорты
- 3) левого а-в отверстия
- 4) правого а-в отверстия

40. ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ НА

- 1)+ синкопальные состояния
- 2) перебои в работе сердца
- 3) кровохарканье
- 4) отеки нижних конечностей

41. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография с доплерографией
- 2) катетеризация сердца и магистральных сосудов
- 3) сцинтиграфия сердца
- 4) проба с физической нагрузкой (ВЭМ, Тредмил-тест)

42. РЕГИСТРАЦИЯ НА ЭКГ ВЫСОКОГО ПИКООБРАЗНОГО ЗУБЦА R, УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PR И НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ аномалии Эбштейна
- 2) сочетанного аортального порока
- 3) открытого артериального протока
- 4) дефекта межжелудочковой перегородки

43. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТОЧКА МАКСИМАЛЬНОЙ ГРОМКОСТИ ШУМА НАХОДИТСЯ В/ВО _____МЕЖРЕБЕРЬЕ _____ОТ ГРУДИНЫ

- 1)+ третьем; слева
- 2) третьем; справа
- 3) втором; слева
- 4) четвертом; справа

44. УСИЛЕНИЕ ШУМА НАД МЕЧЕВИДНЫМ ОТРОСТКОМ НА ВДОХЕ (СИМПТОМ КОРВАЛЛО) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ трикуспидальной недостаточности
- 2) митральной недостаточности тяжелой степени
- 3) стеноза легочной артерии с наличием легочной гипертензии
- 4) выраженной аортальной недостаточности

45. ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ ослабление II тона на аорте
- 2) усиление I тона на верхушке
- 3) щелчок открытия митрального клапана
- 4) пресистолический шум на верхушке

46. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ дефекта межпредсердной перегородки
- 2) дефекта межжелудочковой перегородки
- 3) дилатации левого желудочка
- 4) недостаточности клапана легочной артерии

47. УСИЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НАД МЕЧЕВИДНЫМ ОТРОСТКОМ НА ВДОХЕ (СИМПТОМ РИВЕРО-КОРВАЛЛО) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНА

- 1)+ трехстворчатого
- 2) аортального
- 3) митрального
- 4) легочной артерии

48. АНАКРОТИЧЕСКИЙ ПУЛЬС НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ аортального стеноза
- 2) выраженного митрального стеноза
- 3) митральной недостаточности
- 4) аортальной недостаточности

49. ТРЕТИЙ ТОН СЕРДЦА МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ

- 1)+ в норме у детей и подростков
- 2) при выраженном митральном стенозе
- 3) при недостаточности клапана легочной артерии
- 4) при резко выраженной аортальной недостаточности

50. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ В ПЕРИКАРДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ

- 1)+ стенозе устья аорты
- 2) эмфиземе легких
- 3) ожирении
- 4) аневризме аорты

51. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У ЛЕВОГО КРАЯ ГРУДИНЫ НА ВЫДОХЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ стеноза клапана лёгочной артерии
- 2) недостаточности митрального клапана
- 3) стеноза аортального клапана
- 4) недостаточности трёхстворчатого клапана

52. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ дилатация правых отделов сердца
- 2) асимметричная гипертрофия левого желудочка
- 3) расширение корня и восходящего отдела аорты
- 4) наличие эхо-негативного пространства за передней стенкой правого желудочка

53. У БОЛЬНОГО С ДВУСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ МОЖНО ВСТРЕТИТЬ _____ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ РЕГУРГИТАЦИЮ

- 1)+ аортальную
- 2) лёгочную
- 3) митральную
- 4) трикуспидальную

54. ПАРАДОКСАЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ объёмной перегрузки правого желудочка
- 2) постинфарктного кардиосклероза с формированием аневризмы
- 3) сочетанного аортального порока сердца
- 4) гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка

55. УМЕРЕННОМУ АОРТАЛЬНОМУ СТЕНОЗУ СООТВЕТСТВУЮТ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛОЩАДИ ОТКРЫТИЯ

- 1)+ $1-1,5 \text{ см}^2$
- 2) более 6 см^2
- 3) менее 1 см^2
- 4) более 1 мм

56. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРЕН

- 1)+ систолический шум на верхушке
- 2) диастолический шум на верхушке
- 3) систолический шум у основания мечевидного отростка
- 4) щелчок открытия митрального клапана

57. НА ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1)+ двугорбый уширенный зубец Р в отведениях I, II, AVL
- 2) высокоамплитудный зубец Р в отведениях II, III, AVF
- 3) отклонение электрической оси влево
- 4) индекс Соколова – Лайона более 35 мм

58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кальциноз клапана
- 2) аневризма аорты
- 3) ревматизм
- 4) инфекционный эндокардит

59. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МИТРАЛЬНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) электрокардиография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) компьютерная томография

60. СУЩЕСТВЕННАЯ РАЗНИЦА СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЙ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ аортальную недостаточность
- 2) аортальный стеноз
- 3) митральную недостаточность
- 4) митральный стеноз

61. ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРИ ЕГО ВЫРАЖЕННОМ КАЛЬЦИНОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) рентгенография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) спиральная компьютерная томография

62. ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НА ВЫСОТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

- 1)+ тяжелым аортальным стенозом
- 2) тяжелой аортальной недостаточностью
- 3) тяжелой трикуспидальной недостаточностью
- 4) тяжелым стенозом легочной артерии

63. У ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 60% СРЕДНИЙ ГРАДИЕНТ НА АОРТАЛЬНОМ КЛАПАНЕ МОЖЕТ БЫТЬ МЕНЬШЕ 40 ММ РТ.СТ. ПРИ

- 1)+ тяжелой митральной недостаточности
- 2) тяжелой интоксикации
- 3) нарушении функции трикуспидального клапана
- 4) легочной гипертензии

64. СИМПТОМ ПЛЕША СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ

- 1)+ увеличении набухания шейных вен при надавливании на печень
- 2) раздвоении 2 тона на лёгочной артерии
- 3) акценте 2 тона на лёгочной артерии
- 4) положительном венном пульсе

65. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 20-35
- 2) 10-20
- 3) 35-45
- 4) 45-55

66. ПРИ АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА ВОЗНИКАЕТ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАПАНА

- 1)+ трикуспидального
- 2) легочной артерии
- 3) митрального
- 4) аортального

67. У ОСНОВАНИЯ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА, А ТАКЖЕ СЛЕВА И СПРАВА ОТ НЕГО, ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА КЛАПАНАХ

- 1)+ трёхстворчатом
- 2) лёгочной артерии
- 3) аортальном
- 4) митральном

68. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СТЕНОЗЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ гипертрофия правого желудочка
- 2) гипертрофия левого желудочка
- 3) расширение левых отделов сердца
- 4) легочная гипертензия

69. АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ТЯЖЕЛЫМ, ЕСЛИ ПЛОЩАДЬ ОТКРЫТИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕНЕЕ (В СМ²)

- 1)+ 1,0
- 2) 1,5
- 3) 2,5
- 4) 2,0

70. КРИТЕРИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ толщина передней стенки правого желудочка более 5 мм
- 2) толщина передней стенки правого желудочка более 10 мм
- 3) трикуспидальная регургитация 2 степени
- 4) величина передне-заднего размера правого желудочка в М-режиме более 30 мм

71. ПРИ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ акроцианоз, цианотический румянец
- 2) бледные кожные покровы
- 3) цвет кожи с оттенком кофе с молоком
- 4) цвет кожи с землистым оттенком

72. КРИТЕРИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ индекс массы миокарда более 115 г/м² (у мужчин), более 95 г/м² (у женщин)
- 2) толщина межжелудочковой перегородки более 11 мм (у мужчин), более 10 мм (у женщин)
- 3) толщина задней стенки левого желудочка более 10 мм
- 4) масса миокарда левого желудочка более 150 г (у мужчин), более 100 г (у женщин)

73. К ТРИАДЕ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВЫРАЖЕННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА, ОТНОСЯТ

- 1)+ одышку, обмороки, стенокардию
- 2) тремор, отёки, одышку
- 3) стенокардию, постуральную гипотензию, отёки
- 4) одышку, артериальную гипертонию, обмороки

74. ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение ударного объёма и сердечного выброса
- 2) повышение фракции выброса левого желудочка
- 3) запаздывание открытия митрального клапана
- 4) уменьшение диастолического объёма левого желудочка

75. КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ степень стеноза
- 2) распространённость поражения
- 3) характер поражения
- 4) изменение линейной скорости кровотока

76. В СЛУЧАЕ УМЕРЕННОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В CM^2)

- 1)+ 1-2
- 2) менее 1
- 3) 2-2,5
- 4) 2,5-3

77. К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ ПРИ ТЯЖЕЛОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ признаки гипертрофии левого желудочка
- 2) блокаду правой ножки пучка Гиса
- 3) депрессию сегмента ST в отведениях III, aVF
- 4) элевацию сегмента ST в V1-V3 до 2 мм

78. РЕФЛЕКС БЕЦОЛЬДА - ЯРИША ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ АД И

- 1)+ снижением; брадикардией
- 2) снижением; тахикардией
- 3) повышением; брадикардией
- 4) повышением; тахикардией

79. ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) трикуспидальной недостаточности
- 3) митральной недостаточности
- 4) идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе

80. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ градиент давления на аортальном клапане
- 2) величина расхождения створок аортального клапана в М-режиме
- 3) толщина задней стенки левого желудочка
- 4) степень утолщения аортальных створок в М-режиме

81. ПРИ ТЯЖЕЛОМ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) не меняется
- 4) увеличивается при наличии мерцательной аритмии

82. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИРОДЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ) ПРИМЕНЯЮТ ПРОБУ

- 1)+ нитроглицериновую
- 2) с натуживанием (Вальсальвы)
- 3) проксимальной компрессии
- 4) дистальной компрессии

83. ВЫСЛУШИВАНИЕ ДВОЙНОГО ШУМА ДЮРОЗЬЕ НА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ недостаточности аортального клапана
- 2) недостаточности митрального клапана
- 3) недостаточности клапана лёгочной артерии
- 4) стенозе устья аорты

84. ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ открытый артериальный проток
- 2) открытое овальное окно
- 3) аневризма межпредсердной перегородки
- 4) ложная хорда

85. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРИЧИНОЙ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ревматизм
- 2) бактериальный эндокардит
- 3) атеросклероз
- 4) синдром Марфана

86. ВЫРАЖЕННЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ высокий градиент давления левый желудочек/аорта
- 2) увеличение ударного объёма
- 3) аортальная регургитация
- 4) зона акинезии в области межжелудочковой перегородки

87. ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ В М-РЕЖИМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение величины раскрытия аортального клапана
- 2) диастолическая сепарация створок аортального клапана
- 3) трепетание створок аортального клапана в систолу и диастолу
- 4) диастолический флаттер на передней створке митрального клапана

88. НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО I ТИПУ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1)+ соотношения пиков Е/А менее 1
- 2) соотношения пиков Е/А более 1,5
- 3) значительного увеличения размера левого предсердия
- 4) увеличения размера левого желудочка

89. ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С ВЕРХУШКИ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ в подмышечную впадину
- 2) на сосуды шеи
- 3) на аорту
- 4) в межлопаточную область

90. НЕОБХОДИМЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прогиб хотя бы одной из створок более 3 мм
- 2) прогиб передней створки не менее 5 мм
- 3) митральная регургитация не менее II степени
- 4) митральная регургитация не менее III степени

91. СРЕДНЕЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ МЕНЬШЕ, ЧЕМ В АОРТЕ, ПРИМЕРНО В ____ РАЗ

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 8
- 4) 10

92. УМЕРЕННЫЙ ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА (II СТЕПЕНИ) СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 7
- 2) 4-5
- 3) 10-11
- 4) 12

93. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПО ЭХО-КГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ однонаправленное движение передней и задней створок митрального клапана в диастолу
- 2) диастолическая дисфункция
- 3) митральная недостаточность
- 4) легочная гипертензия

94. ПРИЗНАКОМ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО СУБАОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРИ ДОПЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ турбулентный высокоскоростной ток в выходном тракте левого желудочка
- 2) турбулентный диастолический ток через левое атриовентрикулярное отверстие с высокой скоростью
- 3) турбулентный систолический ток из левого желудочка, достигающий середины левого предсердия
- 4) диастолический турбулентный ток в левом желудочке под створками аортального клапана

95. НОРМАЛЬНЫМ РАСХОЖДЕНИЕМ АОРТАЛЬНЫХ СТВОРОК ЯВЛЯЕТСЯ (В СМ)

- 1)+ 1,5-2,0
- 2) 0,5-1,0
- 3) 0,7-1,0
- 4) 1,0-1,5

96. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО СУБАОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки в области выносящего тракта левого желудочка
- 2) гипертрофия межжелудочковой перегородки на всём протяжении
- 3) уменьшение площади отверстия аортального клапана менее 2 см^2
- 4) градиент давления в выносящем тракте левого желудочка 8-10 мм рт.ст.

97. СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ миксоте левого предсердия
- 2) митральной недостаточности
- 3) пролапсе митрального клапана
- 4) наличии жидкости в полости перикарда

98. КЛАССИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фибрилляция предсердий
- 2) трикуспидальный стеноз
- 3) инфаркт миокарда
- 4) отрыв сосочковой мышцы

99. ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 5
- 2) 7-8
- 3) 8-9
- 4) 10

100. ПРИ НАЛИЧИИ НА ЭКГ ПРИЗНАКОВ СОЧЕТАННОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВОЗМОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1)+ митральный стеноз
- 2) стеноз лёгочной артерии
- 3) аортальную недостаточность
- 4) дефект межпредсердной перегородки

101. БОЛЬШОЕ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ, ДВОЙНОЙ ТОН ТРАУБЕ И ШУМ ДЮРОЗЬЕ НА СОСУДАХ, БЫСТРЫЙ И ВЫСОКИЙ ПУЛЬС, ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ недостаточности аортального клапана
- 2) порока трехстворчатого клапана
- 3) стеноза устья аорты
- 4) митрального порока сердца

102. КРИТИЧЕСКИМ СЧИТАЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ПЛОЩАДИ АОРТАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ДО (В СМ²)

- 1)+ 0,5
- 2) 6
- 3) 4
- 4) 2

103. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ НА ЭКГ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ стеноз трикуспидального клапана
- 2) митральная регургитация
- 3) артериальная гипертензия
- 4) коарктация аорты

104. КАРДИАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННОЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С УМЕНЬШЕНИЕМ ВЫБРОСА КРОВИ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеноз устья аорты
- 2) миксома правого предсердия
- 3) тампонада сердца
- 4) первичная лёгочная гипертензия

105. ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПОРАЖЕНИЕМ МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дилатационная кардиомиопатия
- 2) инфаркт миокарда межжелудочковой перегородки
- 3) инфаркт миокарда (объём поражения 30%)
- 4) ишемия миокарда при нестабильной стенокардии

106. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ перегрузка объемом правого предсердия
- 2) перегрузка объемом левого предсердия
- 3) перегрузка объемом левого желудочка
- 4) увеличение кровотока по большому кругу кровообращения

107. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОРАЖЕНИЕМ КЛАПАННОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ревматизм
- 2) кардиомиопатия
- 3) тяжёлая лёгочная гипертензия
- 4) инфаркт правого желудочка

108. ПОРАЖЕНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В СОЧЕТАНИИ С СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ, УВЕЛИЧЕНИЕМ СОЭ И ЭМБОЛИЯМИ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ ревматический кардит
- 2) порок сердца
- 3) атеросклероз
- 4) миокардит

109. БЫСТРЫЙ ПОДЪЁМ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ, А ЗАТЕМ БЫСТРОЕ ПАДЕНИЕ НАСТУПАЕТ ПРИ

- 1)+ недостаточности аортального клапана
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности митрального клапана
- 4) стенозе устья аорты

110. ПРИ НЕБОЛЬШОМ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НА ЭКГ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ норма
- 2) гипертрофия правого предсердия
- 3) гипертрофия левого предсердия
- 4) синдром Холта – Орэма

111. У ПАЦИЕНТА 19 ЛЕТ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ОТКРЫТИЯ СТОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ДИАСТОЛУ С УВЕЛИЧЕНИЕМ СКОРОСТИ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ митрального стеноза
- 2) аортальной недостаточности
- 3) митральной недостаточности
- 4) аортального стеноза

112. УДЛИНЕНИЕ И ВЫБУХАНИЕ ВТОРОЙ И ТРЕТЬЕЙ ДУГ ЛЕВОГО КОНТУРА СЕРДЕЧНОЙ ТЕНИ, УВЕЛИЧЕНИЕ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА

- 1)+ митральной
- 2) трапецевидной
- 3) шаровидной
- 4) неправильной

113. ДИАГНОЗ «ТЕТРАДА ФАЛЛО» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ

- 1)+ правого желудочка, декстрапозиции аорты, дефекта межжелудочковой перегородки и стеноза легочной артерии
- 2) левого предсердия, декстрапозиции аорты, стеноза легочной артерии, дефекта межжелудочковой перегородки
- 3) правого желудочка, гипертрофии правого предсердия, надклапанного стеноза аорты, дефекта межпредсердной перегородки
- 4) правого предсердия, дефекта межпредсердной перегородки, декстрапозиции аорты, дефекта межжелудочковой перегородки

114. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ (ОТНОСИТЕЛЬНОЙ) ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тяжёлая лёгочная гипертензия
- 2) ревматизм
- 3) пролабирование створок трикуспидального клапана
- 4) инфекционный эндокардит

115. ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ПУЛЬСАЦИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ недостаточность трехстворчатого клапана
- 2) стеноз устья аорты
- 3) стеноз митрального отверстия
- 4) недостаточность аортального клапана

116. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ВЫСЛУШИВАЕМЫЙ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА, ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ относительным сужением легочной артерии
- 2) митральной регургитацией
- 3) трикуспидальной регургитацией
- 4) относительным сужением устья аорты

117. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционный эндокардит
- 2) наличие врождённых изменений створок митрального клапана
- 3) системная красная волчанка
- 4) пролабирование створок митрального клапана

118. ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ У ПОЖИЛЫХ ЧАЩЕ ШУМ ИРРАДИИРУЕТ

- 1)+ по левому краю грудины
- 2) на шею
- 3) в левую подмышечную область
- 4) в эпигастральную область

119. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ (ДЕФЕКТ В ОБЛАСТИ ОВАЛЬНОЙ ЯМКИ) ОТ ВСЕХ ВАРИАНТОВ ДАННОГО ПОРОКА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 75
- 2) 20-30
- 3) 50-60
- 4) 15-20

120. ПРИЧИНОЙ ПОДКЛАПАННОГО СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертрофия межжелудочковой перегородки при гипертрофической кардиомиопатии
- 2) рестриктивная кардиомиопатия
- 3) инфекционный эндокардит кардиомиопатии
- 4) ревматизм

121. ПОД НЕОБРАТИМОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ДВУНАПРАВЛЕННЫМ СБРОСОМ КРОВИ СПРАВА НАЛЕВО ПОНИМАЮТ

- 1)+ синдром Эйзенменгера
- 2) синдром Марфана
- 3) дисмезенхимоз
- 4) тромбофилию

122. РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ бактериального эндокардита у наркоманов
- 2) диссекции правой коронарной артерии
- 3) перикардита
- 4) тромбоза ушка левого предсердия

123. ПРИ ОТРЫВЕ ХОРДЫ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА АУСКУЛЬТАТИВНО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1)+ систолический шум на верхушке
- 2) диастолический шум
- 3) грубый систолический шум над всей областью сердца и над сосудами шеи
- 4) щелчок открытия митрального клапана

124. БЫСТРЫЙ ПОДЪЕМ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ БЫСТРЫМ ЕЕ СПАДОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) митральной недостаточности
- 3) аортального стеноза
- 4) митрального стеноза

125. ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- 1)+ недостаточностью трёхстворчатого клапана
- 2) стенозом устья аорты
- 3) митральным стенозом
- 4) недостаточностью аортального клапана

126. ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем оттока из левого желудочка
- 2) отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой
- 3) значительное увеличение давления в левом предсердии
- 4) значительное увеличение давления в легочной артерии

127. КАРДИАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННОЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С УМЕНЬШЕНИЕМ ВЫБРОСА КРОВИ ИЗ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тетрада Фалло
- 2) открытый артериальный проток
- 3) дефект межжелудочковой перегородки
- 4) стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

128. ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ С ДЕТСТВА СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПОД ЛЕВОЙ КЛЮЧИЦЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ открытого артериального протока
- 2) митрального порока сердца
- 3) функциональных состояний гемодинамики детского возраста
- 4) дефекта межпредсердной перегородки

129. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническая ревматическая болезнь сердца
- 2) кальциноз митрального клапана
- 3) врожденный порок сердца
- 4) инфекционный эндокардит

130. ШУМ ГРЭХЕМА-СТИЛЛА ЧАЩЕ МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ митральном стенозе с лёгочной гипертензией
- 2) коарктации аорты
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) недостаточности митрального клапана

131. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ систолический шум
- 2) диастолический шум в точке Боткина-Эрба
- 3) высокое пульсовое давление
- 4) акцент 2 тона на аорте

132. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ В-гемолитический streptococcus группы А
- 2) enterococcus faecalis
- 3) staphylococcus saprophyticus
- 4) staphylococcus aureus

133. К МАЛЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ КИСЕЛЯ-ДЖОНСА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение СОЭ и СРБ
- 2) лейкоцитоз
- 3) повышение ревматоидного фактора
- 4) тромбоцитопению

134. ПУЛЬСАЦИЯ ЗРАЧКОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) стеноза устья аорты
- 3) митрального стеноза
- 4) недостаточности трехстворчатого клапана

135. ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ синдромом Марфана
- 2) ревматизмом
- 3) инфекционным эндокардитом
- 4) синдромом Дауна

136. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕЛОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ СРЕДНЕГО ГРАДИЕНТА ДАВЛЕНИЯ НА КЛАПАНЕ БОЛЕЕ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 40
- 2) 30
- 3) 35
- 4) 25

137. ПОЯВЛЯЕТСЯ В ПРОТОДИАСТОЛЕ И ПРАКТИЧЕСКИ ПРИМЫКАЕТ К II ТОНУ ШУМ

- 1)+ Грэхема-Стилла
- 2) Дюрозье
- 3) Кумбса
- 4) Флинта

138. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВЫРАЖЕННОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИМ ШУМ _____ НАД БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЕЙ

- 1)+ Дюрозье
- 2) Флинта
- 3) Кумбса
- 4) Грэхема-Стилла

139. ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ

- 1)+ аортальном стенозе
- 2) митральной недостаточности
- 3) митральном стенозе
- 4) аортальной недостаточности

140. БОЛЕЗНЬ ЛЮТЕМБАШЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ

- 1)+ врожденного стеноза митрального клапана и дефекта межпредсердной перегородки
- 2) врожденного стеноза аортального клапана и дефекта межжелудочковой перегородки
- 3) дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок
- 4) врожденных стенозов митрального и аортального клапанов

141. ПРИ ПРОЛАБИРОВАНИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЩЕЛЧОК ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В/ВО

- 1)+ время систолы
- 2) начале диастолы
- 3) конце диастолы
- 4) любой части сердечного цикла

142. СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ

- 1)+ аортального стеноза
- 2) митрального стеноза
- 3) митральной недостаточности
- 4) трикуспидальной недостаточности

143. ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПУЛЬС БУДЕТ

- 1)+ медленный и малый
- 2) низкий и медленный
- 3) мягкий и скорый
- 4) высокий и быстрый

144. У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дегенеративно-склеротическим
- 2) врожденным
- 3) ревматическим
- 4) следствием перенесенного инфекционного эндокардита

145. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ревматизм
- 2) инфекционный эндокардит
- 3) пролапс митрального клапана
- 4) миксома левого предсердия

146. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ХОРЕЯ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- 1)+ гиперкинезов мышц лица, туловища, конечностей
- 2) транзиторной ишемической атакой
- 3) дизартрией
- 4) эхолалией

147. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АУСКУЛЬТАТИВНО БУДЕТ СЛЫШЕН _____ ШУМ

- 1)+ прото- или голодиастолический
- 2) протосистолический
- 3) мезосистолический
- 4) пансистолический

148. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ развитием легочной гипертензии
- 2) градиентом давления между предсердиями
- 3) развитием синдрома Эйзенменгера
- 4) сочетанием с другими врожденными аномалиями сердца

149. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ НА КОЖЕ БОЛЬНОГО

- 1)+ ревматические узелки
- 2) ревматоидные узелки
- 3) сетчатое ливедо
- 4) тофусы

150. В НОРМЕ ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ²)

- 1)+ 4-6
- 2) 1-2
- 3) 2-3
- 4) 3-4

151. ФРАЗой «МНОГО ШУМА ИЗ НИЧЕГО» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ дефект межжелудочковой перегородки
- 2) дефект межпредсердной перегородки
- 3) открытый артериальный проток
- 4) пролапс митрального клапана

152. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕЛОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ПЛОЩАДИ КЛАПАННОГО ОТВЕРСТИЯ МЕНЕЕ (В СМ²)

- 1)+ 1
- 2) 1,5
- 3) 2
- 4) 2,5

153. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПУЛЬС БУДЕТ

- 1)+ высокий и быстрый
- 2) медленный и малый
- 3) низкий и медленный
- 4) мягкий и скорый

154. «ВТОРЫМ БАРЬЕРОМ» ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ артериальную легочную гипертензию
- 2) венозную гипертензию
- 3) сопутствующий стеноз аортального клапана
- 4) сопутствующий стеноз трехстворчатого клапана

155. СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАРДИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОБЫЧНО ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1)+ эндокардитом в сочетании с очаговым миокардитом
- 2) диффузным миокардитом
- 3) перикардитом
- 4) инфекционным эндокардитом Либмана-Сакса

156. СИМПТОМ МЮССЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) аортального стеноза
- 3) митральной недостаточности
- 4) митрального стеноза

157. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ишемическая болезнь сердца
- 2) ревматизм
- 3) инфекционный эндокардит
- 4) гипертоническая болезнь

158. К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ КИСЕЛЯ-ДЖОНСА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОТНОСЯТ КАРДИТ, ХОРЕЮ, _____ ЭРИТЕМУ, _____ УЗЕЛКИ

- 1)+ полиартрит, кольцевидную; подкожные ревматические
- 2) моноартрит, кольцевидную; ревматоидные
- 3) полиартрит, кольцевидную; ревматоидные
- 4) полиартрит, по типу «бабочки»; ревматические

159. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ

- 1)+ исчезает
- 2) усиливается
- 3) не изменяется
- 4) ослабевает

160. ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ дефект межпредсердной перегородки
- 2) дефект межжелудочковой перегородки
- 3) стеноз легочной артерии
- 4) открытый артериальный проток

161. У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВЫРАЖЕННОСТЬ ОДЫШКИ УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ развитии активной легочной гипертензии
- 2) усилении венозного застоя в легких
- 3) появлении фибрилляции предсердий
- 4) повышении артериального давления

162. ШУМ ФЛИНТА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) аортальном стенозе
- 3) недостаточности трикуспидального клапана
- 4) митральном стенозе

163. К МАЛЫМ КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ КИСЕЛЯ-ДЖОНСА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ артралгию, лихорадку
- 2) кардит, хорею
- 3) полиартрит, хорею
- 4) ревматоидные узелки, эритему

164. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РУКАХ ВЫШЕ, ЧЕМ НА НОГАХ ПРИ

- 1)+ коарктации аорты
- 2) надклапанном стенозе аорты
- 3) субаортальном стенозе
- 4) транспозиции магистральных артерий

165. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ СОЧЕТАННОГО АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ревматизм
- 2) сифилитический аортит
- 3) инфекционный эндокардит
- 4) синдром Марфана

166. СРЕДИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ВРОЖДЕННЫМ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СТЕНОЗ _____ КЛАПАНА

- 1)+ легочного
- 2) митрального
- 3) аортального
- 4) трикуспидального

167. СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1)+ открытого артериального протока
- 2) двустворчатого аортального клапана
- 3) дефекта межпредсердной перегородки
- 4) врожденного стеноза клапана легочной артерии

168. ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ КОМПЕНСАТОРНЫМ МЕХАНИЗМОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ДЛИТЕЛЬНОЕ ПОДДЕРЖАНИЕ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА НА НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ, ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+ концентрической гипертрофии левого желудочка
- 2) дилатации правого предсердия
- 3) дилатации правого желудочка
- 4) снижения эластичности левого желудочка

169. ДУЮЩИЙ ПАНСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ митральной недостаточности
- 2) аортального стеноза
- 3) стеноза легочной артерии
- 4) дефекта межпредсердной перегородки

170. МОЛОЖАВЫЙ ВНЕШНИЙ ВИД С РУМЯНЦЕМ НА ЛИЦЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ

- 1)+ митральным стенозом
- 2) аортальным стенозом
- 3) пульмональным стенозом
- 4) с септальными дефектами

171. ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОЛАБИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ЕГО АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ УМЕНЬШАЕТСЯ

- 1)+ в положении лежа
- 2) в положении стоя
- 3) во время натуживания при пробе Вальсальвы
- 4) после приема нитроглицерина

172. РЕВМАТИЧЕСКИЙ ПОЛИАРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ НАЧАЛОМ, ПОРАЖЕНИЕМ _____ СУСТАВОВ

- 1)+ острым; крупных и средних
- 2) постепенным; мелких
- 3) острым; мелких
- 4) постепенным; мелких

173. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одышка
- 2) отек нижних конечностей
- 3) гепатомегалия
- 4) желудочковая аритмия

174. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционный эндокардит
- 2) травма
- 3) миокардит
- 4) артериальная гипертензия

175. САМЫЕ БОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ СЕРДЦА («БЫЧЬЕ СЕРДЦЕ») ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) аортальном стенозе
- 3) митральном стенозе
- 4) митральной недостаточности

176. СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ симметричностью поражения, летучестью
- 2) отсутствием боли в суставах
- 3) отсутствием лихорадки
- 4) быстрым развитием деформации суставов

177. ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ

- 1)+ проводится на сонные артерии
- 2) выслушивается сразу после I тона
- 3) проводится в аксиллярную область
- 4) усиливается при вдохе

178. ПРИ ОБЩЕМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕН СИМПТОМ

- 1)+ Мюссе
- 2) Воскресенского
- 3) Ситковского
- 4) Ровзинга

179. ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ

- 1)+ тетрада Фалло
- 2) коарктация аорты
- 3) гипоплазия левых отделов сердца
- 4) транспозиция магистральных артерий

180. ВЫСЫПНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ НА КОЖЕ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1)+ бледно розовыми кольцевидными высыпаниями на туловище или конечностях
- 2) эритематозными «бабочками» на лице
- 3) сетчатым ливедо на конечностях
- 4) пальмарными эритемами на ладонях

181. ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ТИПА OSTIUM PRIMUM НАЗЫВАЮТ

- 1)+ АВ-канальным
- 2) центральным
- 3) венозного синуса
- 4) единым предсердием

182. В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО _____ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

- 1)+ гиперволемией
- 2) нормоволемией
- 3) гиповолемией
- 4) обструктивным поражением сосудов

183. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЕФЕКТА АОРТОЛЕГОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аортография
- 2) аускультация
- 3) электрокардиография
- 4) эхокардиография

184. ДЛЯ АТРЕЗИИ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ увеличение правого предсердия
- 2) увеличение правого желудочка
- 3) расширение ствола легочной артерии
- 4) наличие гиперволемии малого круга кровообращения

185. ПРИ ДЕФЕКТЕ АОРТОЛЕГОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ МАЛЕНЬКОГО ДИАМЕТРА АУСКУЛЬТАТИВНО

- 1)+ определяется систолодиастолический шум
- 2) определяется диастолический шум
- 3) определяется систолический шум
- 4) шум не определяется

186. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ ИЗОЛИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ клапанный
- 2) надклапанный
- 3) подклапанный
- 4) комбинированный

187. ТОЛЩИНА СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В НОРМЕ РАВНА (В ММ)

- 1)+ 5
- 2) 7
- 3) 9
- 4) 11

188. ДЛЯ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение артериального давления только на верхних конечностях
- 2) отсутствие пульса на лучевых артериях
- 3) повышение артериального давления только на нижних конечностях
- 4) повышение системного артериального давления

189. ТЕРМИН «БОТАЛЛИТ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ одно из осложнений открытого артериального протока
- 2) состояние гемодинамики при септальных дефектах
- 3) синдром Эйзенменгера
- 4) осложнение триады Фалло

190. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ стенозе устья аорты
- 2) недостаточности трехстворчатого клапана
- 3) стенозе митрального клапана
- 4) недостаточности клапанов аорты

191. СИНДРОМ WPW ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТ У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ аномалией Эбштейна
- 2) дефектом межпредсердной перегородки
- 3) дефектом межжелудочковой перегородки
- 4) открытым артериальным протоком

192. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ В ЭТИОЛОГИИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ дегенеративные заболевания
- 2) инфекционный эндокардит
- 3) ревматизм
- 4) врожденные аномалии

193. ЕДИНСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ ультразвукового исследования сердца
- 2) рентгенографии грудной клетки
- 3) мониторингирования артериального давления
- 4) суточного холтеровского мониторингирования

194. БОЛЕЗНЬЮ БАРЛОУ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ заболевание митрального клапана
- 2) кистозный медианекроз аорты
- 3) вариант дефекта межжелудочковой перегородки
- 4) заболевание трикуспидального клапана

195. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ПРОЕКЦИИ ВЕРХУШКИ СЕРДЦА С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

- 1)+ ультразвуковое исследование сердца
- 2) рентгенограмму грудной клетки
- 3) иммунологический анализ крови
- 4) биохимический анализ крови

196. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ПРОЕКЦИИ ОСНОВАНИЯ СЕРДЦА С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

- 1)+ ультразвуковое исследование сердца
- 2) биохимический анализ крови
- 3) иммунологический анализ крови
- 4) рентгенограмму грудной клетки

197. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЭЙЗЕНМЕНГЕРА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ возникновение абсцессов головного мозга
- 2) снижение легочного сосудистого сопротивления
- 3) повышение системного артериального давления
- 4) повышение сатурации кислорода артериальной крови

198. У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ фибрилляция предсердий
- 2) желудочковая тахикардия
- 3) блокада левой ножки пучка Гиса
- 4) атриовентрикулярная диссоциация

199. ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПЛОЩАДЬ ОТВЕРСТИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ уравниванием непрерывности потока, модифицированным уравнением Горлина
- 2) планиметрически
- 3) по линейному раскрытию створок АК
- 4) по градиенту регургитации на АК

200. «ЗОЛОТЫМ» СТАНДАТОМ В ДИАГНОСТИКЕ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) фонокардиография
- 3) катетеризация и зондирование сердца
- 4) МРТ сердца

201. МЕЗОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ИЛИ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У ВЕРХУШКИ СЕРДЦА СВЯЗАН С

- 1)+ митральным стенозом
- 2) аортальной недостаточностью
- 3) митральной недостаточностью
- 4) аортальным стенозом

202. КЛАПАННАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ

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

203. ДЕФЕКТЫ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

- 1)+ могут закрываться самостоятельно
- 2) никогда не закрываются самопроизвольно
- 3) проходят несколько этапов закрытия и реканализации в течение жизни
- 4) закрываются самостоятельно только в случае небольших размеров

204. ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ТАХИАРИТМИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

- 1)+ аномалией Эбштейна
- 2) дефектом межпредсердной перегородки
- 3) дефектом межжелудочковой перегородки
- 4) открытым артериальным протоком

205. К ФОРМИРОВАНИЮ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ В/ВО _____ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1)+ первом
- 2) втором
- 3) третьем
- 4) втором или третьем

206. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К НАГРУЗОЧНОМУ ТЕСТУ ОТНОСЯТ

- 1)+ критический аортальный стеноз
- 2) рубцовые изменения на ЭКГ
- 3) умеренный аортальный стеноз
- 4) постинфарктный кардиосклероз

207. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ дисплазию соединительной ткани
- 2) инфекционный эндокардит
- 3) ревматизм
- 4) врожденные аномалии

208. В ТРИКУСПИДАЛЬНУЮ ПОЗИЦИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМПЛАНТИРУЮТ _____ ПРОТЕЗЫ

- 1)+ биологические
- 2) шаровые
- 3) дисковые
- 4) двустворчатые

209. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ bubble-тест (пузырьковую пробу)
- 2) пробу Вальсальвы
- 3) пробу с гиперемией
- 4) пробу с контрастированием левых камер

210. ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционный эндокардит
- 2) тромбоэмболия
- 3) митральная недостаточность
- 4) отек легких

211. СРЕДИ ПРИЧИН ОСТРОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1)+ дисфункцию протеза
- 2) синдром Марфана
- 3) пароксизм фибрилляции предсердий
- 4) перикардит

212. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ аномального отхождения коронарных артерий от легочного ствола
- 2) аневризматического расширения коронарных сосудов при болезни Кавасаки
- 3) воспалительного повреждения артерий на фоне узелкового периартериита
- 4) воспалительного повреждения артерий на фоне болезни Такаyasу

213. БЫСТРОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) митрального стеноза
- 3) аортального стеноза
- 4) стеноза легочной артерии

214. ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ ОБЫЧНО

- 1)+ среднесистолический, короткий
- 2) среднесистолический, может занимать всю систолу
- 3) занимает половину систолы, может быть пансистолическим
- 4) пансистолический, может быть систоло-диастолическим

215. КОРОНАРНАЯ АНГИОГРАФИЯ ПЕРЕД ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА ПОКАЗАНА

- 1)+ при клинике ишемии миокарда
- 2) у женщин в пременопаузе
- 3) при дисфункции правого желудочка
- 4) у мужчин младше 40 лет

216. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефект межжелудочковой перегородки
- 2) дефект межпредсердной перегородки
- 3) стеноз легочной артерии
- 4) открытый артериальный проток

217. ПРИ СИНДРОМЕ ЛЮТЕМБАШЕ ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СОЧЕТАЕТСЯ СО СТЕНОЗОМ

- 1)+ митральным
- 2) аортальным
- 3) пульмональным
- 4) трикуспидальным

218. ПРИЧИНОЙ ШУМА ГРЕХЕМА-СТИЛЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ относительная недостаточность клапана легочной артерии
- 2) недостаточность аортального клапана
- 3) стеноз устья аорты
- 4) стеноз устья легочной артерии

219. ЗАДЕРЖКА НАПОЛНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ коарктации аорты
- 2) митрального стеноза
- 3) аортального стеноза
- 4) трикуспидального стеноза

220. ЕДИНСТВЕННЫМ КЛАПАНОМ, НЕ ИМЕЮЩИМ В НОРМЕ РЕГУРГИТАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аортальный
- 2) митральный
- 3) трикуспидальный
- 4) пульмональный

221. ДОППЛЕРОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ПОТОКА ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1)+ высокоскоростной турбулентный поток в стадию систолы
- 2) резкое возрастание скорости потока в стадию ранней диастолы
- 3) высокоскоростной турбулентный кровоток в стадию ранней диастолы
- 4) быстрое падение скорости потока после достижения пикового значения

222. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ «УЗУРАЦИЯ РЕБЕР» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ коарктации аорты
- 2) пульмонального стеноза
- 3) открытого артериального протока
- 4) аномалии Эбштейна

223. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЭХОКГ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ наличие потока шунта на МПП, увеличение правых отделов сердца
- 2) наличие потока шунта на МПП, увеличение левых отделов сердца
- 3) парадоксальное движение МЖП и увеличение полости левого желудочка
- 4) повышение КДД в левом желудочке, дилатация полости левого предсердия

224. «ПУШЕЧНЫЙ ТОН» СТРАЖЕСКО ОПИСАН ПРИ

- 1)+ полной атриовентрикулярной блокаде
- 2) резкой синусовой брадикардии
- 3) перикардите
- 4) пролапсе митрального клапана

225. ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ

- 1)+ стенозе устья аорты
- 2) недостаточности митрального клапана
- 3) недостаточности трикуспидального клапана
- 4) стенозе трикуспидального клапана

226. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ ВЕРХНИМИ И НИЖНИМИ КОНЕЧНОСТЯМИ БОЛЕЕ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 20
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 5

227. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СНИЖЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РОЖЕНИЦАМ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ нифедипин
- 2) дигоксин
- 3) атенолол
- 4) нитроглицерин

228. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ КАРДИТОМ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТЕРАПИИ БИЦИЛЛИНОМ-1 В ТЕЧЕНИЕ ____ ЛЕТ ПОСЛЕ АТАКИ

- 1)+ 10
- 2) 5
- 3) 2
- 4) 20

229. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптомный порок с фракцией выброса более 30%
- 2) симптомный порок с фракцией выброса менее 20%
- 3) бессимптомный порок с сохраненной фракцией
- 4) высокая легочная гипертензия

230. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У БОЛЬНЫХ С КОМПЕНСИРОВАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА НА ТРЕНИРУЮЩЕМ РЕЖИМЕ, ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ силовые упражнения
- 2) упражнения с дозированным усилием и отягощением
- 3) дозированную греблю
- 4) тренировочную ходьбу

231. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ систолический шум
- 2) раздвоенный второй тон
- 3) диастолический шум с пресистолическим усилением
- 4) хлопающий первый тон

232. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ТРОМБОЗА МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА КЛАПАНА СЕРДЦА НЕОБХОДИМ ПОСТОЯННЫЙ ПРИЕМ

- 1)+ варфарина
- 2) апиксабана
- 3) низкомолекулярного гепарина
- 4) нефракционированного гепарина

233. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемодинамически значимый сброс крови слева направо
- 2) легочная гипертензия со сбросом справа налево
- 3) синдром Эйзенменгера
- 4) синдром Лютембаше

234. ПОЛНАЯ ФОРМА ОТКРЫТОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ общий вход в желудочки
- 2) нарушение желудочкового сегмента сердца
- 3) атрезию трикуспидального клапана
- 4) нарушение предсердного сегмента сердца

235. БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ тяжелым аортальным стенозом и нестабильной гемодинамикой
- 2) умеренным аортальным стенозом
- 3) острой аортальной недостаточностью
- 4) аневризмой аорты

236. В ДИЕТЕ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ ИСКЛЮЧАЕТСЯ

- 1)+ усиление питьевого режима
- 2) ограничение содержания углеводов
- 3) потребление белка в количестве, соответствующем физиологической потребности
- 4) ограничение поваренной соли

237. У БОЛЬНОГО СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ БЕЗ ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ И КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОЯВИЛИСЬ ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ УСИЛИЯХ, ЧТО ВЫЗЫВАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ

- 1)+ провести консультации врача-кардиохирурга для решения вопроса о возможности хирургического лечения порока
- 2) назначить препараты, улучшающие инотропную функцию миокарда
- 3) провести обследование с целью исключения тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
- 4) установить кардиостимулятор

238. К ТИПУ «А» ПЕРЕРЫВА ДУГИ АОРТЫ ОТНОСЯТ ПЕРЕРЫВ НА УРОВНЕ

- 1)+ перешейка
- 2) дистальной части
- 3) проксимальной части
- 4) восходящей аорты

239. У БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ УМЕНЬШАЕТСЯ РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

- 1)+ хирургической коррекции
- 2) антиаритмиков I класса
- 3) бета-блокаторов
- 4) нитратов

240. ПРИ НАЛИЧИИ ВЫРАЖЕННОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ

- 1)+ конечно-систолического размера левого желудочка более 50 мм
- 2) конечно-диастолического размера левого желудочка от 50 до 70 мм
- 3) размеров левого предсердия
- 4) размеров правого предсердия

241. К ТИПУ «С» ПЕРЕРЫВА ДУГИ АОРТЫ ОТНОСЯТ ПЕРЕРЫВ НА УРОВНЕ

- 1)+ проксимальной части
- 2) восходящей аорты
- 3) перешейка
- 4) дистальной части

242. К ТИПУ «В» ПЕРЕРЫВА ДУГИ АОРТЫ ОТНОСЯТ ПЕРЕРЫВ НА УРОВНЕ

- 1)+ дистальной части
- 2) проксимальной части
- 3) восходящей аорты
- 4) перешейка

243. МОЛОДЫМ ЖЕНЩИНАМ, ПЛАНИРУЮЩИМ БЕРЕМЕННОСТЬ, В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОТЕЗА

- 1)+ биологического
- 2) механического и длительная антикоагулянтная терапия
- 3) биологического и длительная антикоагулянтная терапия
- 4) механического без антикоагулянтной терапии

244. ДИЕТА С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ С МАЛОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1)+ до купирования признаков активности процесса
- 2) на 7-10 дней
- 3) на 2 недели
- 4) на 1 месяц

245. ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕОБХОДИМО ПРИНИМАТЬ

- 1)+ аспирин – пожизненно, клопидогрел – 3 месяца
- 2) клопидогрел – пожизненно, аспирин – 3 месяца
- 3) аспирин и клопидогрел - пожизненно
- 4) аспирин и клопидогрел – 3 месяца

246. ДВУХКАМЕРНЫЙ ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБСТРУКЦИЕЙ ОТТОКА ИЗ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РЕЗУЛЬТАТЕ НАЛИЧИЯ

- 1)+ аномальной мышцы
- 2) гипоплазии выводного отдела правого желудочка
- 3) гипоплазии приточного отдела правого желудочка
- 4) стеноза клапана легочной артерии и гипертрофии миокарда

247. АНОМАЛИЮ ОТХОЖДЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ОТ ЛЕГОЧНОГО СТВОЛА ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА ДВА ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

- 1)+ развития коллатералей
- 2) расположения устьев коронарных артерий
- 3) типа коронарного кровоснабжения
- 4) наличия аневризмы левого желудочка

248. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ умеренный митральный стеноз без выраженных признаков правожелудочковой недостаточности
- 2) тяжёлый митральный стеноз с выраженной лёгочной гипертензией
- 3) митральный стеноз, осложнённый правожелудочковой недостаточностью и тяжёлой трикуспидальной недостаточностью
- 4) площадь атриовентрикулярного отверстия $1,2 \text{ см}^2$ с наличием симптомов

249. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление симптоматики у пациента с тяжелым аортальным стенозом
- 2) площадь открытия аортального клапана менее $0,8 \text{ см}^2$ вне зависимости от симптоматики
- 3) толщина межжелудочковой перегородки более 12 мм у пациента со стенкардией и обмороками
- 4) пиковый градиент давления более 40 мм рт.ст. при прогрессировании симптоматики в течение года

250. ПРИ ОСТРОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ диуретиков и нитратов
- 2) дигоксина
- 3) антагонистов кальция
- 4) эуфиллина

251. ПРИ ДВОЙНОМ ОТХОЖДЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВАЖНО ЗНАТЬ

- 1)+ расположение дефекта межжелудочковой перегородки
- 2) тип стеноза легочной артерии
- 3) расположение аорты относительно легочной артерии
- 4) наличие коллатерального кровотока

252. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническая сердечная недостаточность
- 2) изолированная систолическая артериальная гипертензия
- 3) амилоидоз внутренних органов с вовлечением сердца
- 4) нарушение преимущественно диастолической функции сердца

253. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СИСТЕМЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕ _____ КЛАПАНА

- 1)+ недостаточности трикуспидального
- 2) стеноза трикуспидального
- 3) недостаточности митрального
- 4) недостаточности аортального

254. ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокий риск протезирования клапана
- 2) молодой возраст
- 3) женский пол
- 4) коморбидная ИБС

255. БОЛЬНОМУ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ БЕЗ ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ И КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, У КОТОРОГО ПОЯВИЛИСЬ ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ УСИЛИЯХ, НЕОБХОДИМО

- 1)+ решить вопрос о возможности хирургического лечения порока
- 2) назначить препараты, улучшающие инотропную функцию миокарда
- 3) проведение обследования с целью исключения тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
- 4) проведение консультации врача-кардиохирурга для решения вопроса о возможности установки кардиостимулятора

256. НАИБОЛЕЕ БЫСТРО ПОЯВЛЯЮТСЯ И ПРОГРЕССИРУЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ

- 1)+ митральном стенозе
- 2) митральной недостаточности
- 3) аортальной недостаточности
- 4) клапанном аортальном стенозе

257. БОЛЬШИНСТВО БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ УМИРАЕТ

- 1)+ в течение 4-5 лет с момента возникновения синкопов, болей в области сердца, одышки и сердечной недостаточности
- 2) в течение 4-5 лет от момента возникновения порока
- 3) от инфаркта миокарда
- 4) от инфекционного эндокардита

258. ПОКАЗАНИЕМ К БАЛЛОННОЙ КАТЕТЕРНОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ВОЗРАСТ И

- 1)+ молодой; сохраняющийся синусовый ритм
- 2) пожилой; сохраняющийся синусовый ритм
- 3) молодой; фибрилляция предсердий
- 4) пожилой; фибрилляция предсердий

259. ВНУТРИАОРТАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ КОНТРАПУЛЬСАЦИЯ ОПРАВДАНА В СЛУЧАЕ ШОКА ПРИ

- 1)+ тяжелой митральной недостаточности
- 2) тяжелой аортальной недостаточности
- 3) тяжелом аортальном стенозе
- 4) расслаивающей аневризме аорты

260. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ В РАЦИОНЕ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ СОСТАВЛЯЕТ В СУТКИ (В ЛИТРАХ)

- 1)+ 1
- 2) 1,5
- 3) 2
- 4) 2,5

261. К АНТАГОНИСТАМ ЭНДОТЕЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ Бозентан
- 2) Силденафил
- 3) Вазaproстан
- 4) Пентоксифиллин

262. ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНА МЕХАНИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ ПОКАЗАНА ПЕРОРАЛЬНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ пожизненно
- 2) первые 6 месяцев
- 3) при высоком риске тромбоэмболических событий 12 месяцев
- 4) первые 3-6 месяцев

263. ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ тяжелой степени недостаточности, необходимости проведения АКШ и ФВ ЛЖ более 30%
- 2) тяжелой степени недостаточности и ФВ > 40%
- 3) легкой степени недостаточности
- 4) умеренной митральной недостаточности и отсутствии противопоказаний

264. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТЕНОЗ

- 1)+ митральный; осложнённый правожелудочковой недостаточностью и тяжёлой трикуспидальной недостаточностью
- 2) тяжёлый митральный; с выраженной лёгочной гипертензией
- 3) лёгкий митральный; с одышкой при физической нагрузке
- 4) умеренный митральный; без выраженных признаков правожелудочковой недостаточности

265. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одышка
- 2) брадикардия
- 3) боль в области сердца
- 4) отёк лёгких с кровохарканием

266. ЧЕТЫРЕХСТВОРЧАТЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ КЛАПАН ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРИ

- 1)+ общем артериальном стволе
- 2) аневризме аорты
- 3) коарктации аорты
- 4) тетраде Фалло

267. МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ ревматизма
- 2) инфекционного эндокардита
- 3) системной красной волчанки
- 4) атеросклероза

268. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ПЛОЩАДИ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ (В СМ^{>2})

- 1)+ 2-2,2
- 2) 3-3,5
- 3) 1-1,5
- 4) 4-4,5

Тема 5. Инфекционный эндокардит.

1. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ чреспищеводная эхокардиография
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) трансторакальная эхокардиография
- 4) магниторезонансная томография сердца

2. ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ДВС-синдром
- 2) легочная гипертензия
- 3) синдром Дресслера
- 4) гипертрофия левого желудочка

3. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЭМБОЛИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ ВОЗМОЖНЫ В

- 1)+ головной мозг
- 2) легочную артерию
- 3) легкие
- 4) легочные вены

4. ПОД ЭНДОКАРДИТОМ ЛИБМАНА – САКСА ПОНИМАЮТ

- 1)+ эндокардит при системной красной волчанке
- 2) инфекционный вальвулит
- 3) ревматический эндокардит
- 4) асептический тромбэндокардит

5. ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ СИМПТОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ ПОСЛЕ ____ ЧАСОВ С МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО

- 1)+ 48
- 2) 24
- 3) 12
- 4) 72

6. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ СМЕРТИ ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ сердечную недостаточность
- 2) печеночную недостаточность
- 3) абсцессы миокарда
- 4) разрывы клапанов сердца

7. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С _____ ПЕРИКАРДИТОМ

- 1)+ вирусным и идиопатическим
- 2) эпистенокардитическим
- 3) туберкулезным
- 4) уремическим

8. У НАРКОМАНОВ СЛЕДУЕТ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ОБРАТИТЬ НА СОСТОЯНИЕ

- 1)+ трикуспидального клапана
- 2) митрального клапана со стороны левого предсердия
- 3) митрального клапана со стороны левого желудочка
- 4) аортального клапана

9. ПРИЧИНОЙ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ГЕМОКУЛЬТУРЫ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ забор крови после назначения антибиотиков
- 2) забор крови из подключичного катетера
- 3) наличие бактериемии, обусловленной S.aureus MRSA
- 4) забор крови из разных вен

10. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аортальная недостаточность
- 2) сопутствующий миокардит
- 3) сопутствующий перикардит
- 4) абсцесс миокарда

11. ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВЕРИФИЦИРОВАН ПРИ НАЛИЧИИ _____ КРИТЕРИЕВ

- 1)+ 5 малых
- 2) 4 малых
- 3) 1 большого и 2 малых
- 4) 1 большого и 1 малого

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ золотистый стафилококк
- 2) синегнойная палочка
- 3) зеленающий стрептококк
- 4) эпидермальный стрептококк

13. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ЭХО-кардиография
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) ЭКГ
- 4) радионуклидная вентрикулография

14. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ лихорадку
- 2) артралгии
- 3) петехии на коже и слизистых
- 4) эритроцитурию

15. САМЫЕ БОЛЬШИЕ ВЕГЕТАЦИИ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, ВЫЗВАННОМ

- 1)+ грибами
- 2) стрептококками
- 3) энтерококками
- 4) анаэробными бактериями

16. ТРИАДА ОСЛЕРА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ эндокардит, пневмонию, менингит
- 2) перикардит, плеврит, отит
- 3) миокардит, менингит, бронхит
- 4) эндокардит, флебит, пневмонию

17. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ В _____ АРТЕРИЮ

- 1)+ лёгочную
- 2) селезёночную
- 3) мезентериальную
- 4) почечную

18. ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВЕРИФИЦИРОВАН ПРИ НАЛИЧИИ _____ КРИТЕРИЕВ

- 1)+ 2 больших
- 2) 4 малых
- 3) 1 большого и 2 малых
- 4) 1 большого и 1 малого

19. ВЕГЕТАЦИИ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1)+ эндокардите
- 2) миксоте левого предсердия
- 3) кардиомиопатии
- 4) ишемической болезни сердца

20. ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВЕРИФИЦИРОВАН ПРИ НАЛИЧИИ _____ КРИТЕРИЕВ

- 1)+ 1 большого и 3 малых
- 2) 1 большого и 2 малых
- 3) 3 малых
- 4) 4 малых

21. ПРИ НЕНОЗОКОМИАЛЬНОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ СИМПТОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ МЕНЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР

- 1)+ 48 часов
- 2) 60 часов
- 3) 72 часа
- 4) 90 часов

22. САМЫМ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение температуры тела
- 2) появление боли в области сердца
- 3) появление петехий
- 4) появление узелков Ослера

23. НЕБОЛЬШИМИ СЧИТАЮТСЯ ВЕГЕТАЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, ДИАМЕТР КОТОРЫХ (ММ)

- 1)+ < 5
- 2) 5-10
- 3) 5-15
- 4) < 10

24. ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ стафилококки
- 2) стрептококки
- 3) энтерококки
- 4) грибы

25. ТРАНСЭЗОФАГАЛЬНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ достоверной диагностики вегетаций на клапанах
- 2) более точного расчёта фракции выброса и ударного объёма
- 3) достоверной диагностики ишемической болезни сердца
- 4) более точного расчёта количества жидкости в полости перикарда

26. К ПРЕДИКТОРАМ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ размер клапанных вегетаций >15 мм
- 2) молодой возраст
- 3) наличие устойчивой лихорадки
- 4) внутривенное введение наркотиков

27. У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭМБОЛИИ МЕЛКИХ АРТЕРИЙ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В СЕТЧАТКУ ЯВЛЯЮТСЯ ПЯТНА

- 1)+ Рота
- 2) Лукина-Либмана
- 3) Джейнуэя
- 4) Ослера

28. ПОВТОРНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВТОРНЫЙ ЭПИЗОД, СЛУЧИВШИЙСЯ ПОЗДНЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРВОГО

- 1)+ 6
- 2) 12
- 3) 18
- 4) 24

29. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление вегетаций на клапанах при эхокардиографии
- 2) нарастание явлений сердечной недостаточности
- 3) значительное ускорение СОЭ
- 4) появление шумов в сердце

30. ПАЦИЕНТУ С ВЫСОКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, НО БЕЗ ХАРАКТЕРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПО ДАННЫМ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХО-КГ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ чреспищеводную эхокардиографию
- 2) повторный посев крови
- 3) оценку острофазовых показателей
- 4) мультиспиральную компьютерную томографию

31. ОСОБЕННОСТЬЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХПН НА РЕГУЛЯРНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ более частое поражение трёхстворчатого клапана или клапана лёгочной артерии
- 2) преобладание тромбоэмболии по большому кругу, инфарктов почки, селезёнки
- 3) отсутствие анемии
- 4) преимущественно хороший ответ на антибактериальную терапию

32. БОЛЬШИМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЕВА КРОВИ

- 1)+ положительный; в трёх пробах, взятых с интервалом 30 минут между первой и последней
- 2) положительный; в обеих пробах, взятых с интервалом 5 минут
- 3) отрицательный; но высокий титр антител к Brucella
- 4) положительный; в одной из двух проб, взятых с интервалом более 12 часов

33. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖНА БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА

- 1)+ эхокардиография
- 2) рентгенография грудной клетки
- 3) электрокардиография
- 4) спирометрия

34. ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, КОТОРОЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОДОСТРОМ ТЕЧЕНИИ, ЧЕМ ПРИ ОСТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микотические аневризмы
- 2) сердечная недостаточность
- 3) эмболии
- 4) абсцессы миокарда

35. РЕДКО ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ _____ КЛАПАНА

- 1)+ легочного
- 2) аортального
- 3) митрального
- 4) трикуспидального

36. У НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ КЛАПАН

- 1)+ трикуспидальный
- 2) митральный
- 3) аортальный
- 4) легочной артерии

37. ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вегетация на клапанах
- 2) наличие систолической дисфункции
- 3) наличие диастолической дисфункции
- 4) высокое давление наполнения левого желудочка

38. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эпидермальный стрептококк
- 2) золотистый стафилококк
- 3) пневмококк
- 4) менингококк

39. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ _____ ФК (NYHA)

- 1)+ IV
- 2) III
- 3) II
- 4) I

40. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ _____ АНТИБИОТИКОВ

- 1)+ внутривенное введение
- 2) внутримышечное введение
- 3) внутриартериальное введение
- 4) пероральное применение

41. ОСЛОЖНЕНИЕМ, РЕЗКО УХУДШАЮЩИМ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутрисердечный абсцесс
- 2) микрогематурия
- 3) гломерулонефрит
- 4) развитие недостаточности митрального клапана

42. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКУ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ ПЕРЕД

- 1)+ стоматологическими манипуляциями на десневой ткани
- 2) установкой съемных ортодонтических устройств
- 3) установкой брекетов
- 4) рентгенографией зубов

43. ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ тромбоэмболический
- 2) ранней реполяризации желудочков
- 3) Дресслера
- 4) болевой

44. ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СЧИТАЕТСЯ ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ 2 больших критериев
- 2) 3 малых критериев
- 3) 1 большого и 1 малого критериев
- 4) 1 большого и 2 малых критериев

45. У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ НА ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ КОНЬЮКТИВЫ НАХОДЯТСЯ ПЯТНА

- 1)+ Лукина-Либмана
- 2) Джейнуэя
- 3) Ослера
- 4) Рота

46. РЕЦИДИВОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВТОРНЫЙ ЭПИЗОД, ВЫЗВАННЫЙ ТЕМ ЖЕ ВОЗБУДИТЕЛЕМ, КОТОРЫЙ СЛУЧИЛСЯ В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРВОГО

- 1)+ 6
- 2) 9
- 3) 12
- 4) 18

47. ПОЗДНИЙ ПРОТЕЗНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА КЛАПАНАХ

- 1)+ 12
- 2) 6
- 3) 3
- 4) 9

48. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- 1)+ внутривенных наркоманов
- 2) пожилых пациентов
- 3) пациентов с врожденными пороками сердца
- 4) детей

49. НА ТАМПОНАДУ СЕРДЦА УКАЗЫВАЕТ

- 1)+ парадоксальный пульс
- 2) высокое пульсовое давление
- 3) дефицит пульса более 20 в минуту
- 4) усиленный сердечный толчок

50. РАННИЙ ПРОТЕЗНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ РАЗВИВАЕТСЯ ДО ____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА КЛАПАНАХ

- 1)+ 12
- 2) 14
- 3) 18
- 4) 16

51. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЯ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ НА

- 1)+ отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистой патологии
- 2) связь с перенесенной инфекцией
- 3) связь с экстракцией зуба или малым хирургическим вмешательством
- 4) внутривенные инъекции и катетеризации

52. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАТИВНЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 90-95
- 2) 30-40
- 3) 45-55
- 4) 60-70

53. К ФАКТОРАМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РЕЦИДИВАМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ поражение протезного клапана
- 2) поражение нативного клапана
- 3) вегетации
- 4) сопутствующую хроническую болезнь почек

54. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ЭНДОКАРДИТУ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ миксоматозная дегенерация створок митрального клапана
- 2) коарктация аорты
- 3) аневризма аорты
- 4) дефект межпредсердной перегородки

55. К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ положительную культуру крови
- 2) лихорадку с температурой выше 38°C
- 3) наличие больших артериальных эмболий
- 4) гломерулонефрит

56. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОТЕЗНОГО ЭНДОКАРДИТА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 85-95
- 2) 60-75
- 3) 30-40
- 4) 41-50

57. ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ЧАЩЕ ФОРМИРУЕТСЯ К/КО _____ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ 2-ой неделе
- 2) концу первого месяца
- 3) концу четвертого месяца
- 4) концу первого полугодия

58. ДЛЯ ЭНДОКАРДИТА ЛЕФФЛЕРА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ лихорадка, кашель, сыпь
- 2) боли в животе
- 3) боли в горле
- 4) проявления гипертрофия межжелудочковой перегородки

59. ВЕГЕТАЦИИ НА КЛАПАНАХ СЧИТАЮТСЯ БОЛЬШИМИ, ЕСЛИ ОНИ _____ ММ

- 1)+ более 10
- 2) менее 7
- 3) 2-3
- 4) 5

60. ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение целостности эндотелия
- 2) гипертрофия стенок
- 3) дилатация камер
- 4) наличие регургитации

61. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ эндомиокардита
- 2) перенесенной ангины
- 3) диспротеинемии
- 4) узловой эритемы

62. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ КЛАПАН

- 1)+ аортальный
- 2) митральный
- 3) трикуспидальный
- 4) пульмональный

63. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ грамположительную микрофлору
- 2) грамотрицательную микрофлору
- 3) грибы
- 4) L-формы бактерий

Тема 6. Ишемическая болезнь сердца.

1. ЕДИНСТВЕННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СТЕНОКАРДИИ В РЯДЕ СЛУЧАЕВ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+** одышка при физической нагрузке
- 2) боль, воспроизводимая при пальпации грудной клетки
- 3) боль в левой половине грудной клетки продолжительностью более 30 минут
- 4) боль, проходящая при физической нагрузке

2. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

- 1)+** 1,4
- 2) 2,0
- 3) 2,5
- 4) 3,0

3. КЛАССИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ, КОТОРАЯ

- 1)+** купируется в покое
- 2) продолжается несколько часов
- 3) воспроизводится при пальпации грудной клетки
- 4) усиливается при вдохе

4. ПРЕДТЕСТОВАЯ ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ ИБС У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА БАЗИРУЕТСЯ НА ОЦЕНКЕ ХАРАКТЕРА БОЛЕЙ И

- 1)+** возраста и пола
- 2) показателей липидного обмена
- 3) уровня АД и данных антропометрии
- 4) данных семейного анамнеза

5. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СТЕНОЗ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ БОЛЕЕ (В %)

- 1)+** 50
- 2) 70
- 3) 30
- 4) 25

6. К РЕДКИМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- 1)+** синдром Дресслера
- 2) острый перикардит
- 3) кардиогенный шок
- 4) блокаду левой ножки пучка Гиса

7. НЕТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ КАРДИАЛЬНОГО Х-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** преобладание синдрома у мужчин старшей возрастной группы
- 2) наличие классических приступов стенокардии напряжения
- 3) положительный нагрузочный ЭКГ-тест
- 4) отсутствие значимого поражения коронарных артерий по данным коронароангиографии

8. ТРОМБОЭНДОКАРДИТ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+** развитию аневризмы левого желудочка
- 2) синдроме Дресслера
- 3) чрезмерно ранней активизации больных
- 4) желудочковых нарушениях ритма

9. ВЫСОКАЯ ЧСС У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ

- 1)+ повреждающим
- 2) компенсаторным
- 3) не влияющим на течение заболевания
- 4) улучшения прогноза заболевания

10. РАЗВИТИЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИ УСКОРЕННОЙ ХОДЬБЕ БОЛЕЕ 200 МЕТРОВ, ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ БОЛЕЕ 1 ПРОЛЕТА, В ХОЛОДНУЮ ИЛИ ВЕТРЕННУЮ ПОГОДУ СООТВЕТСТВУЕТ _____ Ф. К.

- 1)+ II
- 2) III
- 3) IV
- 4) I

11. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклероз коронарных артерий
- 2) «мышечный» мостик в коронарных артериях
- 3) коронарит
- 4) гипертрофия левого желудочка

12. НЕТИПИЧНЫМ ДЛЯ КЛАССИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ продолжительность приступа более 30 минут
- 2) дискомфорт (боль) за грудиной с иррадиацией в плечо, руку, шею
- 3) возникновение приступа при физической и/или эмоциональной нагрузке
- 4) купирование приступа в покое или после приема Нитроглицерина

13. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклероз коронарных артерий
- 2) «мышечный» мостик
- 3) коронарит
- 4) гипертрофия левого желудочка

14. ДИАГНОЗ «ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА» СТАВИТСЯ _____ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ИНФАРКТА

- 1)+ через 28 суток и более
- 2) через сутки
- 3) через 48 часов
- 4) до 3 месяцев

15. К КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТАМ ОКС ОТНОСЯТ

- 1)+ нестабильную стенокардию, острый инфаркт миокарда
- 2) стенокардию напряжения IV ФК, постинфарктный кардиосклероз
- 3) вариантную стенокардию
- 4) аневризму левого желудочка

16. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ

- 1)+ перикардита, плеврита, пневмонита
- 2) плеврита, миокардита, асцита
- 3) лихорадки, кардиалгии, отеков нижних конечностей
- 4) бронхита, миокардита, лихорадки

17. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕ ЗУБЦА

- 1)+ Q
- 2) T
- 3) P
- 4) R

18. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ aVR
- 2) aVF
- 3) aVL
- 4) V1-4

19. ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ХОДЬБЕ ПО РОВНОЙ ПОВЕРХНОСТИ В ОБЫЧНОМ ТЕМПЕ ЧЕРЕЗ 100-200 МЕТРОВ ИЛИ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ НА 1 ПРОЛЕТ, СООТВЕТСТВУЮТ ____ Ф. К.

- 1)+ III
- 2) II
- 3) IV
- 4) I

20. ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРИСТУПА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ высокая частота сердечных сокращений
- 2) недостаточная оксигенация крови
- 3) низкая сократительная способность миокарда
- 4) высокий показатель гематокрита

21. ОПРЕДЕЛЕННЫМ КРИТЕРИЕМ ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ патологический зубец Q
- 2) низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях
- 3) инверсия зубца T
- 4) высокий, остроконечный зубец T

22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ болевая
- 2) астматическая
- 3) абдоминальная
- 4) цереброваскулярная

23. ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ Q ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обычно в течение первых нескольких часов
- 2) не позже, чем через 30 мин от начала заболевания
- 3) не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания
- 4) на вторые-третьи сутки от начала заболевания

24. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СТРЕСС-ЭХОКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ишемическая болезнь сердца
- 2) врожденный порок сердца
- 3) жидкость в полости перикарда
- 4) опухоль сердца-миксома

25. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛПНП, СОСТАВЛЯЮЩИЙ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

- 1)+ 1,4
- 2) 2,5
- 3) 3,0
- 4) 3,5

26. В ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V3R-V6R
- 2) V7-V9
- 3) I,aVL
- 4) V4-V6

27. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ устойчивая горизонтальная и медленная косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм
- 2) быстрая и косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм
- 3) появление полной блокады левой ножки пучка Гиса
- 4) появление инверсии зубца T

28. ПРИЗНАКОМ ПЕРЕНЕСЕННОГО Q-ИНФАРКТА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ЗАДНЕБАЗАЛЬНОГО) НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ ЗУБЕЦ ____ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ R>S; V1-2
- 2) Q; II,III, aVF
- 3) Q; I, aVL
- 4) Q; V4-6

29. ВЫЯВЛЕНИЕ ПАРАДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ тампонады сердца
- 2) сердечной недостаточности
- 3) гипертрофической кардиомиопатии
- 4) дефекта межпредсердной перегородки

30. БОЛЬНЫМ С ВЫСОКОЙ ПРЕДТЕСТОВОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ИБС (>85%) ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

- 1)+ коронароангиографию
- 2) однофотонную эмиссионную компьютерную томографию с введением фармакологических препаратов
- 3) стресс-ЭхоКГ с введением фармакологических препаратов
- 4) стресс-ЭКГ-тест с физической нагрузкой

31. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ СВЯЗАНО С

- 1)+ увеличением сократимости миокарда
- 2) уменьшением сократимости миокарда
- 3) урежением ЧСС
- 4) замедлением АВ-проводимости

32. СИНДРОМ Х ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ диффузным спазмом артериол
- 2) тромбозом коронарных артерий
- 3) антифосфолипидным синдромом
- 4) окклюзией коронарной артерии

33. В ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST НИЖНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЭЛЕВАЦИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ II, III, aVF
- 2) V1-3
- 3) I, aVL
- 4) V4-V6

34. КОРОНАРОАНГИОГРАФИЮ НЕ ПРОВОДЯТ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ профилактической
- 2) диагностической
- 3) решения вопроса о целесообразности оперативного лечения
- 4) определения прогноза

35. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КАРДИАЛЬНОГО X-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поражение мелких сосудов коронарного русла
- 2) отсутствие типичных приступов стенокардии напряжения
- 3) отрицательный нагрузочный ЭКГ-тест
- 4) неэффективность β -адреноблокаторов

36. ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРФУЗИОННОЙ СТРЕСС-СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕРАЦИОНАЛЬНО ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ положительного стресс-ЭхоКГ-теста
- 2) сомнительного результата нагрузочного ЭКГ-теста
- 3) блокады левой ножки пучка Гиса
- 4) синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта

37. СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ атеросклеротический кардиосклероз
- 2) инфаркт миокарда
- 3) постинфарктный кардиосклероз
- 4) нарушения ритма сердца

38. КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тропонин I
- 2) миоглобин
- 3) ЛДГ
- 4) общая КФК

39. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАГРУЗОЧНОГО ЭКГ-ТЕСТА ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ депрессия сегмента ST более 1 мм через 0,08 секунд от точки j
- 2) появление отрицательных зубцов T
- 3) снижение вольтажа зубцов R
- 4) появление эпизода суправентрикулярной экстрасистолии

40. ПАЦИЕНТ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ОТНОСИТСЯ К _____ КАТЕГОРИИ РИСКА

- 1)+ очень высокой
- 2) высокой
- 3) умеренной
- 4) низкой

41. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА 65 ЛЕТ С ТИПИЧНЫМИ АГИНОЗНЫМИ БОЛЯМИ И ВЫЯВЛЕННОЙ ФРАНКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 40% ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коронарная ангиография
- 2) стресс-тест (тредмил)
- 3) стресс-эхо
- 4) сцинтиграфия миокарда с нагрузкой

42. ДИАГНОЗ «СТЕНОКАРДИЯ» МАЛОВЕРОЯТЕН ПРИ ЖАЛОБАХ БОЛЬНОГО НА

- 1)+ длительную ноющую боль в левой половине грудной клетки
- 2) выраженную одышку при физической нагрузке
- 3) чувство «страха смерти» во время приступа болей
- 4) боль в эпигастральной области при физической нагрузке и после обильного приема пищи

43. ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ МЕДЛЕННОЙ ХОДЬБЕ ПО РОВНОМУ МЕСТУ ПРИ _____ СТЕНОКАРДИИ

- 1)+ III и IV классах
- 2) II и III классах
- 3) II функциональном классе
- 4) I функциональном классе

44. ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ В СПИНУ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ расслоения аорты
- 2) стабильной стенокардии
- 3) тромбоэмболии легочной артерии
- 4) спонтанного пневмоторакса

45. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипотония
- 2) пульсовое давление более 30 мм.рт.ст
- 3) брадикардия
- 4) артериальная гипертензия

46. ПОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ МОЩНОСТИ МАКСИМАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ 100 Вт ВО ВРЕМЯ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ СООТВЕТСТВУЕТ _____ Ф. К. СТЕНОКАРДИИ

- 1)+ II
- 2) III
- 3) I
- 4) IV

47. ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В СУТКАХ)

- 1)+ 2-3
- 2) 4-5
- 3) 6-7
- 4) 8-9

48. ПРИЗНАКОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ депрессия сегмента ST на ЭКГ в момент приступа
- 2) элевация сегмента ST на ЭКГ в момент приступа
- 3) положительный эффект при приеме антагонистов кальция
- 4) развитие приступа преимущественно в покое

49. САМЫМ РАННИМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подъем сегмента ST
- 2) нарушение сердечного ритма
- 3) изменение комплекса QRS
- 4) инверсия зубца T

50. НАЛИЧИЕ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ

- 1)+ приступа стенокардии напряжения
- 2) приступа вариантной (вазоспастической) стенокардии
- 3) перикардита
- 4) аневризмы левого желудочка

51. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ПРОВОДИТСЯ МЕЖДУ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И

- 1)+ перикардитом
- 2) пневмонией
- 3) синдромом X
- 4) эзофагитом

52. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1)+ сегмента ST
- 2) зубца P
- 3) комплекса QRS
- 4) интервала PQ

53. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперхолестеринемия
- 2) нарушение ритма и проводимости сердца
- 3) врождённый порок сердца
- 4) артериальная гипотония

54. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА С. ST ВЫСОКОГО РИСКА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемодинамическая нестабильность
- 2) нормальный уровень тропонинов
- 3) развитие типичного болевого синдрома без изменений на ЭКГ
- 4) отсутствие зон гипокинеза на ЭХО КГ

55. ДЛЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие зон гипокинеза
- 2) парадоксальное движение межжелудочковой перегородки
- 3) диффузное снижение сократительной способности
- 4) сократительная способность в норме

56. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГОЛОСИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОДНОВРЕМЕННО С ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ отрыва сосочковой мышцы
- 2) расслаивающей аневризмы аорты
- 3) острой тромбоэмболии легочной артерии
- 4) разрыва межжелудочковой перегородки при остром инфаркте миокарда

57. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ СТЕНОКАРДИИ НАБЛЮДАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ

- 1)+ ствола левой коронарной артерии более 70%
- 2) среднего сегмента правой коронарной артерии до 60%
- 3) проксимальным поражением огибающей артерии более 70%
- 4) задней межжелудочковой артерии более 80%

58. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ РЕПЕРFUЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного
- 2) купирование болевого синдрома
- 3) исчезновение признаков сердечной недостаточности
- 4) восстановление АВ проводимости

59. ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В СУТКАХ)

- 1)+ 2-3
- 2) 1
- 3) 5
- 4) 14

60. РУБЦОВЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ ПРИ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ зубец QS
- 2) подъём интервала ST выше изолинии
- 3) смещение интервала ST ниже изолинии
- 4) отсутствие патологического зубца Q

61. ПРЕДТЕСТОВЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЭКГ, КОТОРОЕ ДЕЛАЕТ НЕВОЗМОЖНЫМ ПРОВЕДЕНИЕ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 2) полная блокада правой ножки пучка Гиса
- 3) исходная горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF до 1 мм
- 4) исходная горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях V4

62. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фракция выброса левого желудочка менее 35%
- 2) относительно молодой возраст пациента - до 50 лет
- 3) небольшой размер инфарктной зоны левого желудочка
- 4) фракция выброса левого желудочка, превышающая 45%

63. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение ритма
- 2) отёк лёгких
- 3) острая сердечно-сосудистая недостаточность
- 4) кардиогенный шок

64. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
- 2) боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
- 3) коллапс
- 4) внезапно развившаяся одышка

65. К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМАМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ загрудинную боль при нагрузке и депрессию сегмента S-T более 2 мм на ЭКГ
- 2) колющую боль в левой половине грудной клетки без существенных изменений ЭКГ
- 3) элевацию сегмента S-T менее 1 мм на ЭКГ во время болевого приступа, одышку
- 4) желудочковую и наджелудочковую экстрасистолию после физической нагрузки

66. ДЕЛЕНИЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КЛАССЫ ОСНОВАНО НА

- 1)+ толерантности к физической нагрузке
- 2) степени выраженности сердечной недостаточности
- 3) выраженности болевого синдрома в грудной клетке
- 4) продолжительности приступа стенокардии

67. ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ НА 1 И БОЛЕЕ ММ ТИПИЧНА ДЛЯ

- 1)+ ишемических изменений при приступе стенокардии напряжения
- 2) ишемических изменений при приступе вазоспастической стенокардии
- 3) изменений при перикардите
- 4) аневризмы левого желудочка

68. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНА БОЛЬ

- 1)+ длительная, не купирующаяся нитратами
- 2) длительная, купирующаяся нитратами
- 3) кратковременная, купирующаяся нитратами
- 4) кратковременная, купирующаяся НПВС

69. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипертензия
- 2) употребление алкоголя
- 3) этническая принадлежность
- 4) характер трудовой деятельности

70. БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, РВОТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ локализации инфаркта миокарда в области нижней стенки левого желудочка
- 2) расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
- 3) локализации инфаркта миокарда в области передней стенки левого желудочка
- 4) тромбоэмболии лёгочной артерии

71. СПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тропонин
- 2) креатинфосфокиназа
- 3) аспаратаминотрансфераза
- 4) аланинаминотрансфераза

72. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ И СПЕЦИФИЧНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тропонин T, I
- 2) МВ-КФК
- 3) КФК
- 4) ЛДГ

73. СИНДРОМ ТИТЦЕ КАК ПРИЧИНА БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОБУСЛОВЛЕН ВОСПАЛЕНИЕМ

- 1)+ грудинно-реберных хрящей
- 2) межреберных мышц
- 3) надкостницы ребер
- 4) грудинно-реберных связок

74. В КАРДИОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ НАГРУЗОЧНАЯ ПРОБА

- 1)+ ступенчато возрастающая
- 2) быстро возрастающая
- 3) постоянная
- 4) волнообразно нарастающая

75. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ _____ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

- 1)+ тромбоз
- 2) ишемия
- 3) некроз
- 4) амилоидоз

76. ОСТРО ВОЗНИКШАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТ ИНФАРКТ _____ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1)+ передней
- 2) нижней
- 3) боковой
- 4) задней

77. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ В ВОЗРАСТЕ 25 ЛЕТ ЗАКОНЧИЛ ПРОБУ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ НА СТУПЕНИ 50 Вт, ЧСС ПРИ ЭТОМ БЫЛА 190 УДАРОВ/МИНУТУ, НА ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ОТМЕЧАЛОСЬ, ЖАЛОБ НЕ БЫЛО, СЛЕДОВАТЕЛЬНО

- 1)+ проба отрицательная, толерантность к нагрузке низкая
- 2) проба не доведена до диагностических критериев, толерантность к нагрузке средняя
- 3) проба не доведена до диагностических критериев, толерантность к нагрузке низкая
- 4) проба положительная, толерантность к нагрузке средняя

78. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИМЕЕТ

- 1)+ коронарография
- 2) высокий уровень липидов плазмы
- 3) эхокардиография с определением размеров полостей сердца
- 4) возраст пациента старше 70 лет

79. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ?

- 1)+ дилатация всех камер сердца и диффузная гипокинезия стенок
- 2) дилатация левого желудочка и региональная гипокинезия межжелудочковой перегородки
- 3) дилатация правого желудочка с парадоксальным движением межжелудочковой перегородки
- 4) изолированная дилатация левого и правого предсердия с сохранённой систолической функцией желудочков

80. ДЛЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ депрессия сегмента ST
- 2) патологический зубец Q
- 3) удлинение интервала PQ
- 4) появление отрицательного зубца T

81. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоз коронарной артерии
- 2) коронароспазм
- 3) гипертоническая болезнь
- 4) воспаление коронарных сосудов

82. РАННЯЯ ПОСТИНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1)+ в период от 24 часов до 2 недель
- 2) через 12 недель
- 3) через 6 месяцев
- 4) через 12 месяцев

83. НА ФОНЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ

- 1)+ наличии комплексов QR в левых грудных отведениях (V_{5-6} и V_{6-6})
- 2) отсутствии патологических зубцов Q в левых грудных отведениях V5-V6
- 3) превышении длительности комплекса QRS более 0,12 с во всех отведениях
- 4) имеющемся смещении сегмента ST вниз (депрессия) более чем на 3 мм

84. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ИБС И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИМЕЕТ

- 1)+ коронарография
- 2) ЭХО-КГ
- 3) возраст
- 4) уровень липидов плазмы крови

85. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ длительный подъём ST выше изолинии
- 2) коронарный зубец T в соответствующих отведениях
- 3) снижение амплитуды зубца R в соответствующих отведениях
- 4) появление зубца Q в соответствующих отведениях

86. К ТИПИЧНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ ____ БОЛИ

- 1)+ давящие; за грудиной, возникающие при физической нагрузке
- 2) колющие; в области левой лопатки
- 3) тупые ноющие; в правой половине грудной клетки
- 4) иррадиирующие; в правой руке

87. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ангинозная
- 2) астматическая
- 3) гастралгическая
- 4) церебро-васкулярная

88. ПРИЗНАКОМ ВОВЛЕЧЁННОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стойкая гипотония
- 2) снижение темпа диуреза менее 40 мл/час
- 3) боль в эпигастральной области
- 4) появление влажных хрипов в нижних отделах лёгких

89. В ОСНОВЕ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЛЕЖИТ

- 1)+ спазм коронарных артерий
- 2) атеротромбоз коронарных артерий
- 3) увеличение потребности миокарда в кислороде
- 4) повышение вязкости крови

90. ОБ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НИЖНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИЗНАК НА ЭКГ - СМЕЩЕНИЕ ST ВЫШЕ ИЗОЛИНИИ В ОТВЕДЕНИЯХ II, III

- 1)+ aVF
- 2) V5-V6
- 3) I, aVL
- 4) V1-V2

91. ШКАЛА GRACE ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ

- 1)+ острым коронарным синдроме без подъёма сегмента ST
- 2) ишемическом инсульте
- 3) острой левожелудочковой недостаточности
- 4) хронической сердечной недостаточности

92. ПРИЗНАКОМ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подъём ST выше изолинии («застывшая» монофазная кривая)
- 2) коронарный зубец T в соответствующих отведениях
- 3) снижение амплитуды зубца R в соответствующих отведениях
- 4) появление зубца Q в соответствующих отведениях

93. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В СЛУЧАЕ

- 1)+ появления зон гипокинезии
- 2) ухудшения диастолической функции левого желудочка
- 3) возрастания фракции выброса менее чем на 10%
- 4) возникновения парадоксального движения межжелудочковой перегородки

94. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ метод парных велоэргометров
- 2) чреспищеводная кардиостимуляция
- 3) проба с физической нагрузкой на тредмиле
- 4) 24-часовое мониторирование электрокардиограммы

95. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеноз ствола левой коронарной артерии
- 2) острый миокардит
- 3) острый инфаркт миокарда в течение первых 2 суток
- 4) критический аортальный стеноз

96. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, назначение аспирина, госпитализацию
- 2) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение
- 3) выдачу направления на плановую госпитализацию
- 4) амбулаторное обследование

97. В ВЕРИФИКАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА БОЛЕЙ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА НАИБОЛЬШЕЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ нагрузочный тест
- 2) 12-канальное суточное мониторирование ЭКГ
- 3) холодовая проба
- 4) одновременное суточное мониторирование ЭКГ и АД

98. К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ аневризма левого желудочка
- 2) разрыв стенки левого желудочка
- 3) кардиогенный шок
- 4) фибрилляция желудочков

99. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИНЯТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАССИФИКАЦИЮ

- 1)+ Killip
- 2) NYHA
- 3) Стражеско
- 4) GOLD

100. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

- 1)+ 1,4
- 2) 2,0
- 3) 2,5
- 4) 3,0

101. КАКИЕ ФЕРМЕНТЫ ОТНОСЯТСЯ К КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ?

- 1)+ фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК)
- 2) аспарагиновая трансаминаза (АСТ)
- 3) лактатдегидрогеназа (ЛДГ)
- 4) общая креатинфосфокиназа (КФК)

102. ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ СУЖЕНИИ ПРОСВЕТА КРУПНОЙ ВЕТВИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%
- 2) гипертрофическая кардиомиопатия
- 3) стеноз устья аорты
- 4) пролапс митрального клапана

103. СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НА ЭКГ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выраженной горизонтальной депрессией сегмента ST
- 2) выраженной инверсией зубца Т с заострённой вершиной
- 3) подъёмом сегмента ST выше изолинии выпуклостью кверху
- 4) появлением патологических зубцов Q

104. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ» И УТОЧНЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКИ ПАЦИЕНТУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

- 1)+ стресс-тест с визуализацией миокарда или регистрацией ЭКГ
- 2) суточное имониторирование ЭКГ
- 3) электрофизиологическое исследование миокарда
- 4) эхокардиографическое исследование

105. УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫСОТЫ ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЗУБЦОМ T ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ заднего инфаркта миокарда (заднебазального)
- 2) инфаркта миокарда правого желудочка
- 3) мелкоочагового инфаркта миокарда
- 4) передне-перегородочного инфаркта миокарда

106. У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ РАЗВИТИИ БУРНОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ С ПАДЕНИЕМ АД И ПОЯВЛЕНИЕМ ВЫРАЖЕННОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ отрыв сосочковой мышцы
- 2) распространении инфаркта на правый желудочек
- 3) разрыв свободной стенки
- 4) разрыв межжелудочковой перегородки

107. РЕГИСТРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА ST В ОТВЕДЕНИЯХ I, aVL, V5-V6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ _____ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1)+ бокового
- 2) нижнего
- 3) заднебазального
- 4) передне-перегородочного

108. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локальный гипокинез
- 2) диффузный гиперкинез
- 3) диффузный гипокинез
- 4) локальный гиперкинез

109. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ВЫСОКОЙ БОКОВОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ I, aVL
- 2) V1 и V2
- 3) V2, V3, V4
- 4) III, aVF, V5, V6

110. ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ СЕГМЕНТА ST НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ ишемической болезни сердца
- 2) вегетативной дисфункции
- 3) миокардита
- 4) кардиалгии

111. ИНФАРКТ МИОКАРДА ВСЛЕДСТВИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА, ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ, ЭРОЗИРОВАНИЯ ИЛИ РАССЛОЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ОТНОСИТСЯ СОГЛАСНО УНИВЕРСАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ESC, 2018) К ТИПУ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4a

112. ИНФАРКТ МИОКАРДА, СВЯЗАННЫЙ С ТРОМБОЗОМ РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННОГО СТЕНТА, ОТНОСИТСЯ СОГЛАСНО УНИВЕРСАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ESC, 2018) К ТИПУ

- 1)+ 4b
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

113. СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ нижнего инфаркта миокарда
- 2) базального инфаркта миокарда
- 3) инфаркта межжелудочковой перегородки
- 4) передне-перегородочного инфаркта миокарда

114. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклеротическое сужение коронарных артерий
- 2) климакс у женщины
- 3) наличие миокардиальных мостиков
- 4) артериит

115. ИНФАРКТ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ОПЕРАЦИЕЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ОТНОСИТСЯ СОГЛАСНО УНИВЕРСАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ESC, 2018) К ТИПУ

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

116. ИНФАРКТ МИОКАРДА II ТИПА СВЯЗАН С

- 1)+ ишемическим дисбалансом (нарушением баланса между поступлением и потреблением кислорода)
- 2) проведением аорто-коронарного шунтирования
- 3) проведением чрескожного коронарного вмешательства
- 4) проведением тромболизиса

117. НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ КОРОНАРОГРАФИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС, ЕСЛИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СТРЕСС-ТЕСТА

- 1)+ индекс Дьюка = -11
- 2) индуцированная зона ишемии миокарда левого желудочка 5 %
- 3) индекс Дьюка = 0
- 4) произошло снижение цифр АД во время нагрузки на 10 мм рт.ст.

118. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДОБРАННОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ИБС ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ на фоне приёма препаратов
- 2) на фоне отмены препаратов за 2 дня до исследования
- 3) после курса лечения и отмены препаратов
- 4) на фоне приёма половины дозы препаратов

119. ПРИ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МИОКАРДА ОТМЕЧАЮТ

- 1)+ подъём сегмента ST над изолинией выпуклостью кверху
- 2) горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии
- 3) появление зазубрин на комплексе QRS
- 4) инверсию зубца T

120. АНГИНОЗНЫЙ ХАРАКТЕР ДИСКОМФОРТА В ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВЫСОКОВЕРОЯТЕН, ЕСЛИ ДИСКОМФОРТ

- 1)+ проходит после приема нитроглицерина сублингвально в течение 1-2 минут
- 2) проходит после приема нитроглицерина сублингвально в течение 30 минут
- 3) усиливается при пальпации
- 4) изменяется при глубоком вдохе

121. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление сжимающих болей за грудиной при быстрой ходьбе, прекращение приступа в покое
- 2) возникновение боли при резких движениях, поворотах туловища
- 3) локализация боли на ограниченном пространстве в области верхушки сердца
- 4) ощущение «неполноты вдоха»

122. К САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушения ритма
- 2) тромбоэмболию легочной артерии
- 3) шок
- 4) разрыв миокарда

123. ИНФАРКТ МИОКАРДА, СВЯЗАННЫЙ С ПРОВЕДЕНИЕМ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ОТНОСИТСЯ СОГЛАСНО УНИВЕРСАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ESC, 2018) К ТИПУ

- 1)+ 4
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

124. СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПРИ КОТОРОЙ ПРИМЕНЕНИЕ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром слабости синусового узла
- 2) сахарный диабет
- 3) перемежающаяся хромота
- 4) синдром Рейно

125. ДИАГНОСТИКА РАСПРОСТРАНЁННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОВОДИТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПО ОТВЕДЕНИЯМ

- 1)+ V1 - V6
- 2) III, aVF
- 3) aVR, II
- 4) S1 - S4 (отведения по Слопаку)

126. РАЗВИТИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ сахарный диабет
- 2) легочное сердце
- 3) вирусный гепатит С
- 4) тиреотоксикоз

127. КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ X ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

- 1)+ при физической нагрузке, отсутствием стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии, депрессией сегмента ST при проведении стресс-теста
- 2) без связи с физической нагрузкой, отсутствием стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии независимо от результатов стресс-теста
- 3) при физической нагрузке, возникновением депрессий на стресс-тесте, стенотическим поражением коронарных артерий при коронарографии
- 4) при физической нагрузке, стенотическим поражением коронарных артерий, отсутствием депрессий сегмента ST при проведении стресс-теста

128. ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ СУБСТАНЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ простациклин (PGI₂)
- 2) простагландин (PGH₂)
- 3) эндотелин-1
- 4) тромбоксан A₂

129. ПРИ РАЗВИТИИ ГИПОТОНИИ И ПОЯВЛЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПОПЕРЕК ГРУДИНЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН

- 1)+ разрыв межжелудочковой перегородки
- 2) инфаркт миокарда с распространением на правый желудочек
- 3) отрыв сосочковой мышцы
- 4) разрыв свободной стенки левого желудочка

130. У ПАЦИЕНТА С АНГИНОЗНЫМИ БОЛЯМИ, ВОЗНИКАЮЩИМИ ПРИ ХОДЬБЕ НА 400 М В ОБЫЧНОМ ТЕМПЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

131. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРЕДНЕВЕРХУШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V2, V3, V4
- 2) V4, V5, V6
- 3) I, aVL, V5, V6
- 4) I, III, aVF

132. В ВЕРИФИКАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коронароангиография
- 2) аускультация сердца
- 3) недостаточность кровообращения
- 4) анамнез

133. ОСНОВНЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление комплекса QS в двух и более отведениях
- 2) желудочковая экстрасистолия
- 3) депрессия сегмента ST в нескольких отведениях
- 4) подъем сегмента ST в нескольких отведениях

134. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЭКГ- ПРОБ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ (ТРЕДМИЛ-ТЕСТ ИЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 70%, ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО У 70% _____ ИБС СТРЕСС-ТЕСТ

- 1)+ пациентов с; положительный
- 2) лиц без; положительный
- 3) пациентов с; отрицательный
- 4) лиц без; отрицательный

135. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ II, III, aVF
- 2) II, III, aVL
- 3) I, III, aVF
- 4) I, II, aVF

136. У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ РАЗВИТИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ С ПАДЕНИЕМ АД И ПОЯВЛЕНИИ ВЫРАЖЕННОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО

- 1)+ наличие отрыва сосочковой мышцы
- 2) распространение инфаркта миокарда на правый желудочек
- 3) наличие разрыва свободной стенки левого желудочка
- 4) наличие разрыва межжелудочковой перегородки

137. ДЛЯ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИ

- 1)+ очень быстрой ходьбе, беге
- 2) нагрузке на велоэргометре 120 Вт
- 3) ускоренной ходьбе, подъёме по лестнице после еды или эмоциональном стрессе
- 4) ходьбе на расстояние 100-200 м или подъёме по лестнице в обычном темпе

138. ПРИ ВЫСОКОМ БОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ aVL (или aVL и I)
- 2) aVF
- 3) I, V5, V6
- 4) I, V4, V5

139. ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИ СТЕНОЗЕ _____ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ ствола левой
- 2) правой
- 3) дистального отдела передней нисходящей
- 4) огибающей

140. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ИЗМЕНЕНИЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V1 - V2, (V3)
- 2) V3 - V4
- 3) V4 - V6
- 4) S1 - S4 (отведения по Слопаку)

141. СПЕЦИФИЧНОСТЬ ЭКГ- ПРОБ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ (ТРЕДМИЛ- ТЕСТ ИЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 85 %, ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО У 85 % _____ ИБС СТРЕСС-ТЕСТ

- 1)+ лиц без; отрицательный
- 2) пациентов с; положительный
- 3) лиц без; положительный
- 4) пациентов с; отрицательный

142. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ВО ВРЕМЯ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА

- 1)+ элевация ST
- 2) депрессия ST
- 3) появление патологического зубца Q
- 4) появление отрицательного зубца T

143. У ПАЦИЕНТОВ С ЗАТЯЖНЫМ АНГИНОЗНЫМ ПРИСТУПОМ И ИНВЕРСИЕЙ ЗУБЦА T В V1-V6 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ИМЕЕТСЯ ЗНАЧИМОЕ СТЕНОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ передней межжелудочковой артерии
- 2) интрамедиарной ветви
- 3) огибающей артерии
- 4) ветви тупого края

144. ЭПИЗОДЫ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ У ЛИЦ СТРАДАЮЩИХ

- 1)+ сахарным диабетом
- 2) тиреотоксикозом
- 3) анемией
- 4) ожирением

145. В ОСНОВЕ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ ЛЕЖИТ

- 1)+ спазм коронарных артерий
- 2) повышение частоты сердечных сокращений
- 3) тромбоз коронарных артерий
- 4) повышение вязкости крови

146. ТИПИЧНОЙ КЛИНИКОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление неприятных ощущений за грудиной при быстрой ходьбе, которые заставляют остановиться, прекращение приступа в покое
- 2) появление неприятных ощущений за грудиной после еды, уменьшающихся в положении сидя
- 3) неприятные ощущения за грудиной при эмоциональной нагрузке, уменьшаются при ходьбе
- 4) одышка, уменьшающаяся в положении ортопноэ

147. ПРИ ВНЕЗАПНОЙ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ И РАЗВИТИЯ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИИ ПОСЛЕ ИНТЕНСИВНОГО ПРИСТУПА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО

- 1)+ наличие разрыва свободной стенки
- 2) распространение инфаркта на правый желудочек
- 3) наличие отрыва сосочковой мышцы
- 4) наличие разрыва межжелудочковой перегородки

148. НЕТРАНСМУРАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ

- 1)+ депрессией сегмента ST и отрицательным T
- 2) полной блокадой ножек пучка Гиса
- 3) элевацией сегмента ST и появлением зубца Q
- 4) депрессией сегмента PQ

149. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В AVR ПРИ ОДНОВРЕМЕННОЙ ЕГО ДЕПРЕССИИ В 8 И БОЛЕЕ ОТВЕДЕНИЯХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТРОМБОЗА

- 1)+ ствола левой коронарной артерии
- 2) изолированного среднего отдела передней межжелудочковой артерии
- 3) изолированного огибающей артерии
- 4) изолированного правой коронарной артерии

150. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоз коронарной артерии
- 2) спазм коронарной артерии
- 3) внезапное повышение потребности миокарда в кислороде
- 4) эмболия коронарной артерии

151. УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЗУБЦОМ T ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ заднего инфаркта миокарда (задне-базального)
- 2) передне-перегородочного инфаркта миокарда
- 3) инфаркта миокарда правого желудочка
- 4) мелкоочагового инфаркта миокарда

152. ПОД РЕСТЕНОЗОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ повторное сужение сосуда в оперированной зоне
- 2) стеноз коронарной артерии проксимальнее оперированной зоны
- 3) гемодинамически значимое сужение просвета коронарной артерии
- 4) сужение коронарной артерии ниже оперированной зоны

153. В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ВЕРОЯТНОСТЬ ИБС, И У КОТОРЫХ ЭКГ НЕ ДАЕТ НАДЕЖНОЙ ИНФОРМАЦИИ, НЕ ПОДХОДИТ

- 1)+ амбулаторное (холтеровское) мониторирование ЭКГ в 12 отведениях
- 2) перфузионная однофотонная эмиссионная компьютерная томография с нагрузкой
- 3) стресс-эхокардиография
- 4) проба с дозированной физической нагрузкой в сочетании с визуализацией сердца

154. К СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НА ЭКГ ОТНОСЯТ

- 1)+ изменения сегмента ST и зубца T, исчезающие после прекращения приступа
- 2) патологический зубец Q и комплексы типа QS
- 3) суправентрикулярные экстрасистолы во время приступа
- 4) атриовентрикулярную блокаду 1-2 степени во время приступа

155. КОСОВОСХОДЯЩАЯ ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST, КАК ПРАВИЛО, МЕНЕЕ 2 ММ, ВЫЯВЛЯЮЩАЯСЯ ВО МНОГИХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ФОНЕ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- 1)+ «якоря»
- 2) «буравчика»
- 3) «праздничного сердца»
- 4) «спортивного сердца»

156. СЕЛЕКТИВНУЮ КОРОНАРОГРАФИЮ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И УМЕРЕННЫМ РИСКОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПО GRACE НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ИНТЕРВАЛЕ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 24-72
- 2) менее 2
- 3) 2-24
- 4) более 72

157. ВАРИАНТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- 1)+ ангинозные приступы часто возникают ночью
- 2) во время ангинозного приступа отсутствуют изменения на ЭКГ
- 3) всегда имеется четкая связь ангинозного приступа с физической нагрузкой
- 4) течение никогда не осложняется развитием инфаркта миокарда

158. К ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ разрыв левого желудочка
- 2) выпот в перикард при злокачественных опухолях
- 3) доброкачественные опухоли
- 4) сахарный диабет II типа

159. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМЫМ СЧИТАЕТСЯ СУЖЕНИЕ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ НА ____ ПРОЦЕНТОВ ПРОСВЕТА

- 1)+ 50
- 2) 75
- 3) 80
- 4) 85

160. ДЛЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИ

- 1)+ ходьбе на расстояние 100-200 м по ровному месту, подъёме на 1-2 пролёта по лестнице
- 2) при езде на велосипеде со скоростью 10-12 км в час
- 3) при подъёме по лестнице на 4-5 этаж
- 4) очень быстрой ходьбе, беге

161. У ПАЦИЕНТА 56 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST БЕЗ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА, С ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА (ФВ) 35%» РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ коронарографии в течение 72 часов
- 2) экстренной коронарографии (в течение 2 часов)
- 3) консервативной (медикаментозной) стратегии
- 4) нагрузочных проб

162. ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МАКСИМАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ 7-12 дней
- 2) несколько часов
- 3) 1-2 дня
- 4) 4-5 дней

163. В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ЭКГ МОЖНО ЗАФИКСИРОВАТЬ

- 1)+ норму
- 2) смещение сегмента ST вниз от изолинии
- 3) отрицательные коронарные зубцы T
- 4) появление зубцов U

164. ТИП КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

- 1)+ отхождению задней межжелудочковой артерии
- 2) различию в диаметре артерий
- 3) наличию множества ветвей, отходящих от коронарной артерии
- 4) отхождению передней межжелудочковой артерии

165. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ СТАДИЙ КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПО TIMI 0 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ отсутствие потока контрастного средства
- 2) замедление и не полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов
- 3) замедление, но полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов.
- 4) быстрое антероградное заполнение и выведение контрастного вещества

166. СОДЕРЖАНИЕ МВ-ФРАКЦИИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ В КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (БЕЗ РЕЦИДИВА) ПРИХОДИТ В НОРМУ ЧЕРЕЗ (В ДНЯХ)

- 1)+ 2-3
- 2) 5-6
- 3) 8-12
- 4) 14-15

167. ЗУБЕЦ T НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РЕПОЛЯРИЗАЦИЮ

- 1)+ обоих желудочков
- 2) только правого желудочка
- 3) только левого предсердия
- 4) обоих предсердий

168. РЕГИСТРИРОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ГРУДНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V7-V9 И ДОРЗАЛЬНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ПО НЭБУ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ

- 1)+ заднебазальном инфаркте
- 2) инфаркте правого желудочка
- 3) высоком боковом инфаркте
- 4) переднем инфаркте миокарда

169. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ СТАДИЙ КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПО ТІМІ 3 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ быстрое антероградное заполнение и выведение контрастного вещества
- 2) замедление, но полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов
- 3) замедление и не полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов
- 4) отсутствие потока контрастного средства

170. ОТВЕДЕНИЯ V1, V2, V3, V4, V5, V6 НАЗЫВАЮТСЯ

- 1)+ грудными
- 2) стандартными
- 3) усиленными
- 4) дополнительными

171. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V7-V9 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ (ЭКГ) ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1)+ задней стенки
- 2) правого желудочка
- 3) передней стенки
- 4) нижней стенки

172. ПОД ДИСКРЕТНЫМ СТЕНОЗОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ непродолжительное сужение коронарной артерии
- 2) пролонгированное сужение коронарной артерии
- 3) стеноз, расположенный в месте бифуркации коронарной артерии
- 4) два стеноза расположенные рядом

173. ЛЕЙКОЦИТОЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ через несколько часов от начала заболевания
- 2) на вторые-третьи сутки
- 3) через 5 суток от начала заболевания
- 4) к концу первых суток

174. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ____ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

- 1)+ бледные, влажные
- 2) бледные, сухие
- 3) цианотичные, сухие
- 4) розовые, влажные

175. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ СЕРДЦА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО

- 1)+ левой и правой коронарным артериям
- 2) медиальной и латеральной коронарным артериям
- 3) внутренней грудной артерии справа и слева
- 4) бронхиальной артерии

176. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V5 И V6, РАСПОЛОЖЕННЫЕ НА 2 РЕБРА ВЫШЕ ОБЫЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ, ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА _____ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

- 1)+ верхней части боковой стенки
- 2) задне-базальных отделов
- 3) передней стенки
- 4) нижней стенки

177. КАКИЕ ТИПЫ КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СУЩЕСТВУЮТ?

- 1)+ правый, левый, сбалансированный
- 2) полный, неполный, смешанный
- 3) передний, задний, интермедиальный
- 4) кардиальный, внекардиальный

178. СОДЕРЖАНИЕ МВ-ФРАКЦИИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ В КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАЧИНАЕТ ПОВЫШАТЬСЯ ЧЕРЕЗ ____ ЧАСА/ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 6-8
- 4) 12

179. ПОД СИНДРОМОМ РЕПЕРFUЗИИ ПОНИМАЮТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС, СОПРОВОЖДАЮЩИЙ

- 1)+ восстановление кровотока по тромбированной коронарной артерии
- 2) увеличение кровотока по венозной системе
- 3) разрыв артерии
- 4) развитие коллатералей

180. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ОБЛАДАЕТ ПРОБА

- 1)+ с нагрузкой на велоэргометре
- 2) со статической физической нагрузкой
- 3) с гипервентиляцией
- 4) дипиридамоловая

181. ШУМ ПРИ РАЗРЫВЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пансистолическим
- 2) мезосистолическим
- 3) систоло-диастолическим
- 4) диастолическим

182. У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦОВ Q В ОТВЕДЕНИЯХ AVL, I, V5-6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1)+ боковой локализации
- 2) передне-перегородочной локализации
- 3) нижней локализации
- 4) задней стенки

183. ПОВТОРНЫЙ АНАЛИЗ КРОВИ НА ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ ТРОПОНИН ПРИ ПОДОЗРЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 3-6
- 2) 6-9
- 3) 12-24
- 4) 24-48

184. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УСКОРЕНИЕ СОЭ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ через двое суток от начала заболевания
- 2) уже через 1-2 часа от начала заболевания
- 3) через 6-8 часов от начала заболевания
- 4) на четвертые-пятые сутки

185. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ СТАДИЙ КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПО ТІМІ 2 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ замедление, но полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов
- 2) замедление и не полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов
- 3) быстрое антероградное заполнение и выведение контрастного вещества
- 4) отсутствие потока контрастного средства

186. В ОСНОВЕ РЕСТЕНОЗА ЛЕЖИТ

- 1)+ гиперплазия интимы
- 2) гиперплазия мышечной стенки сосуда
- 3) формирование атеросклеротической бляшки
- 4) возникновение нарушений ритма сердца

187. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дозированная физическая нагрузка
- 2) 24-часовой мониторинг электрокардиограммы
- 3) внутривенная фармакологическая проба
- 4) чреспищеводная электрокардиостимуляция

188. К ПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ КОРОНАРОГРАФИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ прогрессирующую стенокардию и стабильную стенокардию III ФК
- 2) вазоспастическую стенокардию
- 3) синдром слабости синусового узла
- 4) синоатриальную блокаду 1 степени

189. ПОД ТАНДЕМНЫМ СТЕНОЗОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ два стеноза, расположенные рядом
- 2) сужение, расположенное в месте бифуркации коронарной артерии
- 3) непродолжительное сужение коронарной артерии
- 4) пролонгированное сужение коронарной артерии

190. У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОКС, БЕЗ ВОЗОБНОВЛЯЮЩИХСЯ ПРИСТУПОВ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ИШЕМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ И С НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ СЕРДЕЧНОГО ТРОПОНИНА В КРОВИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ стресс-эхокардиографии
- 2) коронарографии
- 3) суточного мониторирования ЭКГ
- 4) анализа крови на КФК, КФК-МВ

191. ДЛЯ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИ

- 1)+ при ускоренной ходьбе, подъёме по лестнице после еды или эмоциональном стрессе
- 2) очень быстрой ходьбе, беге
- 3) при нагрузке на велоэргометре 80 Вт
- 4) при нагрузке на велоэргометре 120 Вт

192. ЕСЛИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ В ОТВЕДЕНИЯХ V1, V2 СЕГМЕНТ S-T ВЫШЕ ИЗОЛИНИИ, ДУГООБРАЗНЫЙ, ПЕРЕХОДИТ В ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ T, ТО ЭТО ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА

- 1)+ передне-перегородочной области левого желудочка
- 2) передне-боковой стенки левого желудочка
- 3) задне-базальных отделов левого желудочка
- 4) задней стенки левого желудочка

193. К ОСНОВНОМУ ИСТОЧНИКУ ЭНДОГЕННОГО ХОЛЕСТЕРИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ печень
- 2) тонкий кишечник
- 3) почки
- 4) артерии и вены

194. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА (ОКС) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ разрыв атеросклеротической бляшки
- 2) выраженный спазм коронарных артерий
- 3) спонтанная диссекция коронарных артерий
- 4) прогрессивное увеличение массы атеросклеротической бляшки с последующей полной закупоркой коронарной артерии

195. ПОД МИОКАРДИАЛЬНЫМ МОСТИКОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ участок коронарной артерии, проходящий в толще миокарда
- 2) спазм коронарной артерии
- 3) диссекцию коронарной артерии
- 4) дополнительную хорду левого желудочка

196. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОБЛАДАЕТ

- 1)+ велоэргометрия
- 2) холодовая диагностическая проба
- 3) дипиридамовая проба
- 4) проба со статической физической нагрузкой

197. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОМУ СТЕНТИРОВАНИЮ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- 2) стабильная стенокардия III ФК
- 3) прогрессирующая стенокардия
- 4) вазоспастическая стенокардия

198. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИ НЕИЗМЕНЁННЫХ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эрговиновая проба
- 2) проба с дозированной физической нагрузкой
- 3) дипиридамовая проба
- 4) чреспищеводная электрокардиостимуляция

199. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС СИМПТОМОВ

- 1)+ локализация боли за грудиной, боль развивается при нагрузке, длительность боли до 10 минут, эффективен нитроглицерин
- 2) боль колющая, иррадиация отсутствует, продолжительность более 10 минут, эффективен корвалол
- 3) локализация боли в области сердца, чаще возникает в дневное время после приёма обильной пищи, эффективна но-шпа
- 4) боль интенсивная в левой половине груди, возникает без видимой причины, купируется седативными препаратами

200. У БОЛЬНЫХ С КЛАССИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ (ВАРИАНТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ) ПРИСТУПЫ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ ночью или рано утром
- 2) во второй половине дня
- 3) вне зависимости от циркадности
- 4) на высоте физической нагрузки

201. НА НАЛИЧИЕ ЗОНЫ НЕКРОЗА В МИОКАРДЕ УКАЗЫВАЕТ

- 1)+ наличие патологического зубца Q
- 2) отрицательный "коронарный" зубец T
- 3) снижение вольтажа электрокардиограммы
- 4) монофазный подъем сегмента ST в нескольких отведениях

202. СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подъем сегмента ST в большинстве отведений
- 2) депрессия сегмента ST в большинстве отведений
- 3) инверсия зубца T
- 4) подъем сегмента PQ в отведении aVR

203. У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ ИСХОДНЫМ УРОВНЕМ ТРОПОНИНОВ, ИНФАРКТ МИОКАРДА, СВЯЗАННЫЙ С ЧКВ, ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ ТРОПОНИНА БОЛЕЕ ЧЕМ В

- 1)+ 5 раз
- 2) 3 раза
- 3) 2 раз
- 4) 4 раз

204. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ВЕРХУШЕЧНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЧАЩЕ ВСЕГО НА ЭКГ ВСТРЕЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ патологических зубцов Q V3-4
- 2) блокады левой ножки пучка Гиса
- 3) «гигантских» отрицательных зубцов T на фоне высоких зубцов R в левых грудных отведениях (V4-V6)
- 4) признаков гипертрофии правого желудочка

205. ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕДНЕБОКОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ I, aVL, V5-V6
- 2) V1-V3
- 3) II, aVR, V4
- 4) II, III, aVF

206. НА НАЛИЧИЕ ЗОНЫ НЕКРОЗА В МИОКАРДЕ УКАЗЫВАЕТ

- 1)+ патологический зубец Q
- 2) отрицательный «коронарный» зубец T
- 3) монофазный подъем сегмента ST
- 4) снижение вольтажа электрокардиограммы

207. СТЕНОКАРДИЯ ПРИНЦМЕТАЛА ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ

- 1)+ преходящим подъемом сегмента ST
- 2) удлинением интервала P-Q
- 3) инверсией зубца T
- 4) появлением патологического зубца Q

208. СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СООТВЕТСТВУЮТ АНГИНОЗНЫЕ ПРИСТУПЫ ВОЗНИКАЮЩИЕ

- 1)+ при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице на 2 этаж, в холодную погоду или эмоциональном стрессе
- 2) при ходьбе на расстояние 100 - 200 м в обычном темпе
- 3) в покое
- 4) при очень быстрой ходьбе, беге

209. СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СООТВЕТСТВУЮТ АНГИНОЗНЫЕ ПРИСТУПЫ ВОЗНИКАЮЩИЕ

- 1)+ при очень быстрой ходьбе, беге
- 2) рано утром при подъеме с кровати
- 3) при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице на 2 этаж, в холодную погоду или эмоциональном стрессе
- 4) при ходьбе на расстояние 100 - 200 м в обычном темпе

210. ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ ГЛУБОКОГО ПЕРЕГОРОДОЧНОГО (ПЕРЕДНЕЗАДНЕГО) ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ II, III, aVF, Dorsalis по Небу, V1-V4, V7-V9
- 2) I, aVL, V5-V6
- 3) V1-V6
- 4) II, aVR, V4

211. ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выявление скрытых форм ИБС и определение толерантности к физической нагрузке и физической работоспособности
- 2) выявление врожденного порока сердца
- 3) подтверждение острого инфаркта миокарда
- 4) подтверждение сердечной недостаточности

212. ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ РАСПРОСТРАНЕННОГО (ОБШИРНОГО) ПЕРЕДНЕБОКОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ I, aVL, V1-V6
- 2) I, II, aVL, V5-V6
- 3) II, aVR, V4
- 4) AVL

213. ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕДНЕВЕРХУШЕЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V3-V4
- 2) II, III, aVF
- 3) II, aVR, V4
- 4) I, aVL, V5-V6

214. ТРАНЗИТОРНЫЕ ПОДЪЕМЫ СЕГМЕНТА ST, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ, ЗАФИКСИРОВАННЫЕ ВО ВРЕМЯ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ стенокардии Принцметала
- 2) безболевой ишемии миокарда
- 3) микрососудистой стенокардии
- 4) стенокардии напряжения

215. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА ЭКГ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ увеличение высоты зубцов R в отведениях V1-2
- 2) появление патологических зубцов Q в отведениях II, III, aVF
- 3) подъем сегмента ST в отведениях V1-2
- 4) депрессия сегмента ST в отведениях V5-6

216. ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ РАСПРОСТРАНЕННОГО (ОБШИРНОГО) ПЕРЕДНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V1-V6
- 2) II, III, aVF
- 3) AVL
- 4) I, aVL, V5-V6

217. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ КРИТЕРИЕМ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST на 1,0 мм и более, либо его подъем на 1,5 мм и более, протяженностью не менее 0,08 с от точки g
- 2) при появлении частых (1:10) экстрасистол и другие нарушения возбудимости миокарда
- 3) появление признаков АВ блокады
- 4) горизонтальная элевация сегмента ST менее 1,0 мм

218. ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V1-V3
- 2) I, II, aVL, V5-V6
- 3) II, III, aVF
- 4) III, aVR, V1

219. ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОГО (НИЖНЕГО) ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ II, III, aVF
- 2) I, aVL
- 3) V1-V3
- 4) II, aVR, V4

220. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ТЕРАПИИ ТРОМБОЛИТИКАМИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- 1)+ перенесённый геморрагический (или неуточнённый) инсульт любой давности
- 2) транзиторную ишемическую атаку < 6 месяцев
- 3) рефрактерную АГ (САД > 180 мм.рт.ст или ДАД > 110 мм.рт.ст)
- 4) тромбоэмболию легочной артерии

221. К ПРЕПАРАТАМ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ нитраты
- 2) диуретики
- 3) ИАПФ
- 4) статины

222. СИНДРОМ МЕЖКОРОНАРНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ ПРОВОЦИРУЕТСЯ ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ

- 1)+ дипиридамола
- 2) эргоновина
- 3) изопротеренола
- 4) нитроглицерина

223. ОПТИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ АСПИРИНА ДЛЯ РЕГУЛЯРНОГО ПРИЕМА ПРИ ИБС С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА И НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОЗА (В МГ)

- 1)+ 100
- 2) 50
- 3) 300
- 4) 500

224. ИНФАРКТ ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БЫВАЕТ

- 1)+ крупноочаговый
- 2) микроскопический
- 3) красный
- 4) белый с геморрагическим венчиком

225. КАЛОРИЙНОСТЬ РАЦИОНА В ПЕРВЫЕ 5 ДНЕЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ/СУТКИ)

- 1)+ 1000-1200
- 2) 1200-1400
- 3) 1500-1700
- 4) 1800-2000

226. КАКОЕ СВОЙСТВО СТРЕПТОКИНАЗЫ ОГРАНИЧИВАЕТ ЕЕ ПОВТОРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ?

- 1)+ антигенность
- 2) тромбоспецифичность
- 3) пирогенность
- 4) отсутствие влияния на фибринолитическую активность крови

227. ПРЕПАРАТАМИ, НЕ ВЛИЯЮЩИМИ НА ПРОГНОЗ И НЕ ПРЕДОТВРАЩАЮЩИМИ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИБС, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нитраты различной продолжительности действия
- 2) антитромботические препараты (аспирин)
- 3) гиполипидемические препараты (статины)
- 4) ингибиторы АПФ (при СД и ПИКС)

228. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический инсульт в анамнезе
- 2) язвенная болезнь желудка в анамнезе
- 3) геморрагический васкулит
- 4) артериальная гипертензия

229. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ ____ В 1 МИНУТУ

- 1)+ 100-120
- 2) 40-50
- 3) 60-70
- 4) 10-20

230. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ дигидропиридиновые антагонисты кальция
- 2) нитраты пролонгированного действия
- 3) никорандил
- 4) ранолазин

231. НИТРАТАМ НЕ СВОЙСТВЕННО

- 1)+ улучшение прогноза при ИБС
- 2) улучшение качества жизни при ИБС
- 3) уменьшение преднагрузки
- 4) развитие толерантности

232. ДОБАВЛЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ К БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ИБС УЛУЧШАЕТ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ДИАГНОЗОМ

- 1)+ сахарный диабет 2 типа
- 2) выраженная гиперлипидемия
- 3) гиперурикемия
- 4) гипотиреоз

233. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ФК 3-4 ОТНОСИТСЯ

- 1)+ амлодипин
- 2) никорандил
- 3) триметазидин
- 4) ивабрадин

234. ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ К ПОКАЗАНИЯМ К ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ стеноз ствола левой коронарной артерии более 50% или проксимальное трехсосудистое поражение
- 2) выраженное диффузное поражение коронарных артерий, наличие множественных межмышечных мостиков
- 3) однососудистое поражение коронарных артерий, их извитость, узкий просвет, отсутствие коллатералей у женщин
- 4) атеросклеротическое поражение ветви тупого края, правый тип кровоснабжения миокарда у мужчин

235. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ бисопролол
- 2) ивабрадин
- 3) триметазидин
- 4) никорандил

236. ПРИ РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИИ ОПТИМАЛЬНЫМИ СЧИТАЮТ ЗНАЧЕНИЯ ЧСС (В УД/МИН)

- 1)+ 50-55
- 2) 60-70
- 3) 70-80
- 4) 80-90

237. ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА

- 1)+ при остром коронарном синдроме
- 2) при ИБС стенокардии напряжения III ФК
- 3) после операции аорто-коронарного шунтирования
- 4) всем больным с ИБС

238. В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА БОЛЬНОМУ ИСКЛЮЧАЕТСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ

- 1)+ виноградного сока
- 2) печёного яблока
- 3) овощного бульона
- 4) отвара шиповника

239. НАЛИЧИЕ НЕГОМОГЕННОГО ВНУТРИПОЛОСТНОГО ТРОМБА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК

- 1)+ тромбоэмболии в большой круг кровообращения
- 2) желудочковых нарушений ритма сердца
- 3) разрыва сердца
- 4) тромбоэмболии в малый круг кровообращения

240. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФАРКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоз сосудов
- 2) диапедез эритроцитов
- 3) артериальная гиперемия
- 4) разъедание стенок сосудов

241. ДОПУСКАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ инфарктом миокарда 6-месячной давности
- 2) нестабильной стенокардией
- 3) недостаточностью кровообращения III стадии
- 4) острой формой тромбоэмболии лёгочной артерии

242. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ β -адреноблокаторы
- 2) нитраты
- 3) антикоагулянты
- 4) ингибиторы АПФ

243. ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ острым коронарным синдромом
- 2) вазоспастической стенокардией на фоне атеросклероза коронарных артерий
- 3) ИБС и желудочковыми нарушениями ритма
- 4) ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

244. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС ОТНОСЯТ

- 1)+ диаметр коронарных артерии менее 1,5 мм
- 2) возраст больного старше 70 лет
- 3) избыточную массу тела
- 4) ХСН I-II ФК

245. ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА ПОКАЗАНА

- 1)+ незамедлительно после постановки диагноза
- 2) после купирования болевого синдрома
- 3) после стабилизации гемодинамики
- 4) после прибытия в стационар

246. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОКОНЧАТЕЛЬНО НЕКРОЗ ТКАНЕЙ ФОРМИРУЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 4-6
- 2) 1-2
- 3) 10-12
- 4) 8-10

247. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ УСИЛЕНИЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА В-АДРЕНОБЛОКАТОРА И НИТРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ дилтиазема
- 2) ивабрадина
- 3) амлодипина
- 4) ранолазина

248. МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стресс-ЭКГ с физической нагрузкой
- 2) регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях
- 3) холтеровское ЭКГ-мониторирование
- 4) чрезпищеводная электрокардиография

249. ОБЩИМ В ДЕЙСТВИИ ВСЕХ ГРУПП АНТИИШЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение потребности миокарда в кислороде
- 2) расширение коронарных сосудов
- 3) снижение частоты сердечных сокращений
- 4) антиагрегантный эффект

250. НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ В ДОПОЛНЕНИЕ К БАЗОВОЙ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ С ИБС НЕРАЦИОНАЛЬНО ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ДИАГНОЗЕ

- 1)+ клапанный стеноз устья аорты
- 2) сахарный диабет 2 типа
- 3) артериальная гипертензия
- 4) сердечная недостаточность

251. ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НЕОБХОДИМО ПРИНИМАТЬ

- 1)+ аспирин постоянно, клопидогрел (тикагрелор, прасугрел) в течение 1 года
- 2) аспирин + клопидогрел в течение 1 месяца
- 3) аспирин + клопидогрел в течение 1 года
- 4) аспирин постоянно, варфарин в течение 1 года

252. БОЛЬНОМУ СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АГ ПОМИМО СТАНДАРТНОЙ АНТИИШЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ИНГИБИТОРЫ АПФ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ дигидропиридиновыми антагонистами кальция
- 2) антагонистами минералкортикоидных рецепторов
- 3) антагонистами рецепторов ангиотензина II
- 4) α -адреноблокаторами

253. ТРОПОНИНЫ Т И I ПОВЫШАЮТСЯ

- 1)+ через 6 часов
- 2) в течение первого часа от начала заболевания
- 3) через 2 недели от начала острого инфаркта миокарда
- 4) через 4 недели от начала заболевания

254. АНЕВРИЗМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОВЫШАЕТ РИСК

- 1)+ артериальной тромбоэмболии
- 2) гипоксии мозга
- 3) цирроза печени
- 4) легочной гипертензии

255. РЕГЕНЕРАЦИЮ В ЗОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАЗЫВАЮТ

- 1)+ субституцией
- 2) реституцией
- 3) метаплазией
- 4) компенсацией

256. ОПТИМАЛЬНОЙ АЛЬТЕРНАТИВОЙ ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И ГИПОТОНИИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ивабрадин
- 2) верапамил
- 3) дилтиазем
- 4) никорандил

257. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНУЮ ТЕРАПИЮ (ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ) НАДО НАЧИНАТЬ С РАЗРЯДА

- 1)+ 200 Дж
- 2) 50 Дж
- 3) 150 Дж
- 4) 220 W

258. ПРОТИВПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ недостаточность кровообращения IIБ степени
- 2) АВ- блокада I степени
- 3) мерцательная аритмия
- 4) артериальная гипертензия 2 степени, 2 стадии, риск 4

259. УВЕЛИЧИВАЮТ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА С. ST ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ

- 1)+ бета-блокаторы
- 2) фибринолитики
- 3) непрямые антикоагулянты
- 4) ингибиторы гликопротеина IIb/IIIa

260. ДЛИТЕЛЬНОЕ ОБЕЗДВИЖИВАНИЕ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ тромбоэмболическим осложнениям
- 2) брадикардии
- 3) артериальной гипертензии
- 4) сердечной недостаточности

261. ДОБАВЛЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ИБС ОПРАВДАНО И УЛУЧШАЕТ ПРОГНОЗ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

- 1)+ хронической сердечной недостаточности
- 2) клапанного стеноза устья аорты
- 3) выраженной гиперхолестеринемии
- 4) хронической обструктивной болезни легких

262. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УМЕНЬШАЮТ

- 1)+ ингибиторы АПФ, в-адреноблокаторы
- 2) нитраты пролонгированного действия, цитопротекторы
- 3) сердечные гликозиды, диуретики
- 4) антагонисты кальция длительного действия

263. ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СТЕНОКАРДИЕЙ, ПРИНИМАЮЩЕМУ ОРГАНИЧЕСКИЕ НИТРАТЫ, НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ пиоглитазон
- 2) глибенкламид
- 3) метформин
- 4) лираглутид

264. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ давность ангинозного статуса не более 12 часов
- 2) отсутствие перенесенных инфарктов миокарда в анамнезе
- 3) наличие желудочковой экстрасистолии
- 4) циркулярная депрессия сегмента ST

265. СТРУЙНОЕ ВВЕДЕНИЕ КАЛЬЦИЯ ГЛЮКОНАТА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ передозировке верапамила с артериальной гипотензией
- 2) фибрилляции желудочков
- 3) массивной кровопотере
- 4) желудочковой пароксизмальной тахикардии

266. К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- 1)+ снижение сегмента ST на 50% в течение 90 мин
- 2) уменьшение болевого синдрома
- 3) повышение сократительной способности миокарда
- 4) «реперфузионные» аритмии

267. ПРИ НЕАДЕКВАТНОМ КОНТРОЛЕ ЧСС ПРИ ИБС НА ФОНЕ ПРИЕМА МАКСИМАЛЬНОЙ ДОЗЫ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ К ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ ДОБАВИТЬ

- 1)+ ивабрадин
- 2) дилтиазем
- 3) верапамил
- 4) дигоксин

268. БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) блокаторы рецепторов ангиотензина II
- 3) диуретики
- 4) альфа-адреноблокаторы

269. К ПРЕПАРАТАМ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ОТНОСЯТ

- 1)+ эпинефрин
- 2) антагонисты кальция
- 3) преднизолон
- 4) сердечные гликозиды

270. КУПИРОВАНИЕ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА НАЧИНАЕТСЯ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1)+ нитроглицерина сублингвально
- 2) нитратов внутривенно капельно
- 3) миотропных спазмолитиков внутримышечно
- 4) наркотических анальгетиков внутривенно

271. ПРЕПАРАТОМ, НЕ РЕКОМЕНДУЕМЫМ ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бета-адреноблокатор
- 2) пролонгированный 5-мононитрат
- 3) антагонист кальция
- 4) ивабрадин

272. ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В _____ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ общем стволе левой
- 2) правой
- 3) задней межжелудочковой
- 4) передней межжелудочковой

273. АНТИАНГИНАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антагонисты кальция
- 2) неселективные бета-блокаторы
- 3) ингибиторы АПФ
- 4) нитраты

274. ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЙ И НЕВОЗМОЖНОСТЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ЧКВ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЧАСОВ _____ ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

- 1)+ показано; при отсутствии противопоказаний
- 2) показано; даже при наличии противопоказаний
- 3) показано; только при наличии нестабильной гемодинамики
- 4) не показано

275. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амлодипин
- 2) амиодарон
- 3) метопролола сукцинат
- 4) ивабрадин

276. РАЗВИТИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ МОЖНО ПРЕОДОЛЕТЬ _____ ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1)+ прерывистым; с периодом, свободным от нитратов 8-12 часов
- 2) совместным; с ацетилцистеином
- 3) совместным; с ингибиторами АПФ
- 4) преимущественным; мононитратов

277. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧКВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА НАЗНАЧАЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ, В ПРЕДШЕСТВУЮЩУЮ НЕДЕЛЮ РЕГУЛЯРНО НЕ ПРИНИМАВШИХ ДАННЫЙ ПРЕПАРАТ В НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЕ (В МГ)

- 1)+ 150-325
- 2) 100-125
- 3) 75-100
- 4) 350-500

278. ФОРМОЙ ОСТРОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфаркт миокарда
- 2) кардиосклероз
- 3) хроническая аневризма сердца
- 4) атеросклероз

279. ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ постинфарктный кардиосклероз
- 2) декомпенсация сердечной деятельности
- 3) гипертрофия миокарда левого желудочка
- 4) жировая дистрофия миокарда

280. У БОЛЬНЫХ С НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЗКОЙ ГИПОТОНИИ И ВЫРАЖЕННОЙ БРАДИКАРДИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1)+ атропин
- 2) норадреналин
- 3) введение жидкости
- 4) форсированный диурез

281. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА- АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бронхиальная астма
- 2) фракция выброса менее 35%
- 3) микроваскулярная стенокардия (кардиальный синдром Х)
- 4) хроническая болезнь почек со скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73м²

282. ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПОВЫШЕНИЕМ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ТЕЧЕНИЕ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 24
- 2) 48
- 3) 72
- 4) 96

283. ПРИ РЕЦИДИВЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ДЛЯ ПОВТОРНОГО ВВЕДЕНИЯ НЕ РАЗРЕШЕНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ стрептокиназы
- 2) проурокиназы
- 3) алтеплазы
- 4) тенектеплазы

284. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ наркотические анальгетики
- 2) ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- 3) анальгетики
- 4) селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа

285. ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ АСПИРИНА В СУТКИ В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТА БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ (В МГ)

- 1)+ 75-100
- 2) 50-70
- 3) 150-200
- 4) 200-300

286. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ первичного чрескожного вмешательства в течение 90 минут
- 2) системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением чрескожного вмешательства
- 3) только системной тромболитической терапии
- 4) чрескожного вмешательства в течение 24 часов после начала симптомов

287. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА ПЕРЕД ПЕРВИЧНЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 180
- 2) 60
- 3) 90
- 4) 240

288. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОКАЗАНО В ПЕРВЫЕ

- 1)+ 12 часов от начала болевого приступа при невозможности провести ЧКВ в течение 2 часов
- 2) 4 часа от начала симптомов при невозможности провести ЧКВ в течение 1 часа
- 3) 4 часа от начала симптомов всем больным
- 4) 24 часа от начала симптомов всем больным

289. У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ИЗ-ЗА СИНДРОМА ОБКРАДЫВАНИЯ НЕ РЕКОМЕНДОВАН К ПРИМЕНЕНИЮ

- 1)+ дипиридамо́л
- 2) никорандил
- 3) рабепразол
- 4) домперидон

290. ПРИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ амлодипину
- 2) дипиридамо́лу
- 3) метопрололу
- 4) амиодарону

291. ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ ацетилсалициловой кислоты
- 2) антагонистов кальция
- 3) сердечных гликозидов
- 4) лидокаина

292. ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ ТРОМБОЦИТОВ П2/У1А ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ массивном тромбозе или феномене No-reflow по данным коронарографии
- 2) остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 часов от начала симптомов
- 3) хронической окклюзии коронарной артерии
- 4) тромбированной аневризме левого желудочка

293. РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНОГО

- 1)+ хирургического вмешательства
- 2) тромболизиса
- 3) МРТ
- 4) антибактериального лечения

294. ПРИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ блокаторы кальциевых каналов
- 2) нитраты
- 3) бета-адреноблокаторы
- 4) ранолазин

295. ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ ухудшает прогноз
- 2) улучшает прогноз
- 3) не влияет на прогноз
- 4) улучшает прогноз при исходной депрессии сегмента ST > чем на 4 мм в 2 и более отведениях

296. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СИМПТОМНОЙ БРАДИАРИТМИИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВВЕДЕНИЯ

- 1)+ 0,5-1 мг атропина внутривенно
- 2) 100 мг лидокаина внутривенно
- 3) электрода в полость правого желудочка
- 4) 1 мг изупрела внутривенно

297. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК, ОСЛОЖНЕННЫМ ШОКОМ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ давление заклинивания легочной артерии
- 2) центральное венозное давление
- 3) давление в легочной артерии
- 4) пульсовое давление

298. У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ З ФК, У КОТОРОГО ПРИ КОРОНАРОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО МНОГОСОСУДИСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ аортокоронарного шунтирования
- 2) чрескожного коронарного вмешательства с установкой покрытых стентов нового поколения
- 3) чрескожного коронарного вмешательства с установкой голометаллических стентов
- 4) оптимальной медикаментозной терапии

299. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) новокаиномид
- 3) лидокаин
- 4) метопролол

300. К АНТИАГРЕГАНТАМ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ДЛЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА, ОТНОСЯТ

- 1)+ аспирин в комбинации с клопидогрелем
- 2) аспирин в монотерапии
- 3) аспирин в комбинации с тикагрелором
- 4) тикагрелор в комбинации с клопидогрелем

301. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИМЕНЕНИЕ _____ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1)+ нитроглицерина
- 2) эналаприла
- 3) метопролола
- 4) фуросемида

302. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕЗКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ТИКАГРЕЛОР НАЗНАЧАЕТСЯ В НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЕ ПЕРОРАЛЬНО (В МГ)

- 1)+ 180
- 2) 90 (пациентам старше 75 лет)
- 3) 360
- 4) 600

303. К ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ 1 ЛИНИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, ОЖИРЕНИЕМ, ЛИБО ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ метформин
- 2) производные сульфонилмочевины
- 3) ингибиторы альфа-глюкозидаз
- 4) тиазолидиндионы

304. ПРИ СОВМЕСТНОМ ПРИЕМЕ ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ СНИЖАЕТ ЭФФЕКТ

- 1)+ дигоксина
- 2) амиодарона
- 3) ривароксабана
- 4) ацетилсалициловой кислоты

305. ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПОТОНИИ БОЛЬНОМУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНА ИНФУЗИЯ

- 1)+ физиологического раствора
- 2) норадреналина
- 3) нитроглицерина
- 4) допамина

306. ПРИ РАЗВИТИИ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА _____ ОТ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА СИМПТОМОВ

- 1)+ как можно быстрее, независимо
- 2) в первые 3 часа
- 3) в первые 12 часов
- 4) в первые 24 часа

307. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперхолестеринемия
- 2) гипопроteinемия
- 3) протеинурия
- 4) гиперлипидемия

308. У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИМЕНЕНИЕ ЛЮБЫХ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ синдроме слабости синусового узла
- 2) сахарном диабете
- 3) перемежающейся хромоте
- 4) синдроме Рейно

309. ПРИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ БЛОКАТОРЫ

- 1)+ медленных кальциевых каналов
- 2) гистаминовых рецепторов
- 3) бета-адренорецепторов
- 4) альфа-адренорецепторов

310. ПРИ ЛОКАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ КРУПНОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транслуминальная ангиопластика коронарных артерий
- 2) консервативная терапия коронаролитическими препаратами
- 3) разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном
- 4) операция аорто-коронарного шунтирования

311. ЭФФЕКТИВНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 5
- 2) 120
- 3) 180
- 4) 10

312. СНИЖАТЬ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ НИТРОГЛИЦЕРИНА БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ МОЖНО НА _____ % ОТ ИСХОДНОГО

- 1)+ 10-20
- 2) 30-40
- 3) 50
- 4) 5

313. ПРАСУГРЕЛ ПО СРАВНЕНИЮ С КЛОПИДОГРЕЛЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

- 1)+ в большей степени уменьшает риск повторных сердечно-сосудистых событий
- 2) увеличивает риск тромбоза стента
- 3) не влияет на прогноз
- 4) уменьшает риск кровотечений

314. ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снизить потребность миокарда в кислороде
- 2) расширить коронарные сосуды
- 3) повысить артериальное давление
- 4) увеличить сократительную способность миокарда

315. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ПЕРВИЧНЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПОКАЗАНА ИМПЛАНТАЦИЯ СТЕНТОВ

- 1)+ нового поколения с лекарственным покрытием всем пациентам
- 2) без лекарственного покрытия пациентам с высокими риском кровотечения
- 3) с лекарственным покрытием пациентам с сахарным диабетом, бифуркационным поражением и при малом диаметре коронарных артерий
- 4) без лекарственного покрытия пациентам с фибрилляцией предсердий

316. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ИЛИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТАХ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН

- 1)+ валсартан
- 2) лосартан
- 3) телмисартан
- 4) кандесартан

317. ПРИ ОДНОКРАТНОМ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПАЦИЕНТУ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВОВ АРИТМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ β-адреноблокаторов
- 2) кордарона
- 3) этмозина
- 4) этагизина

318. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАРОКСИЗМА УСТОЙЧИВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОКАЗАНО

- 1)+ незамедлительное проведение электроимпульсной терапии
- 2) проведение инфузии кордарона
- 3) проведение инфузии лидокаина
- 4) назначение бета-блокаторов

319. ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПАЦИЕНТАМ СО СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИБС РЕКОМЕНДОВАН ПОСТОЯННЫЙ ПРИЕМ

- 1)+ клопидогреля
- 2) тикагрелора
- 3) дипиридамола
- 4) ривароксабана

320. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЦЕЛЕВОЕ ВРЕМЯ ОТ МОМЕНТА ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНЫМ ЗВЕНОМ (СМП ИЛИ НЕ ЧКВ-ЦЕНТР) ДО ПЕРВИЧНОГО ЧКВ СОСТАВЛЯЕТ НЕ > _____ МИНУТ

- 1)+ 120
- 2) 150
- 3) 180
- 4) 240

321. К ФОРМЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА ЩАДЯЩЕМ ДВИГАТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ бег трусцой
- 2) лечебную гимнастику
- 3) дозированную ходьбу
- 4) малоподвижные игры

322. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КЛОПИДОГРЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТРОМБОЗ

- 1)+ коронарной артерии
- 2) ушка левого предсердия на фоне затянувшегося пароксизма мерцательной аритмии
- 3) кавернозного синуса
- 4) глубоких вен нижних конечностей

323. КОРРИГИРУЕМЫМ ОБЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дислипидемия
- 2) желудочковая экстрасистолия
- 3) пароксизм мерцательной аритмии
- 4) удлинение интервала QT

324. АНТАГОНИСТОМ ВИТАМИНА К ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ варфарин
- 2) гепарин
- 3) ривароксабан
- 4) фондапаринукс

325. РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА РАССМАТРИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1)+ наличия клиники стенокардии на фоне оптимальной медикаментозной терапии
- 2) документированной ишемии миокарда в зоне окклюзии 5%
- 3) локализации окклюзии в передней нисходящей артерии
- 4) положительной пробы с физической нагрузкой

326. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ИНФАРКТМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И БЕССИМПТОМНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА СМЕРТИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ бета-блокаторы
- 2) сартаны
- 3) антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- 4) сердечные гликозиды

327. У ПАЦИЕНТА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ВЫПОЛНЕННЫМ ПЛАНОВЫМ ЧКВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОМ РИСКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ШКАЛЕ HAS-BLED ТРОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ

- 1)+ только во время госпитализации
- 2) 1 месяц
- 3) 3 месяца
- 4) полгода

328. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ блокаторы кальциевых каналов
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) ингибиторы апф
- 4) антагонисты рецепторов к ангиотензину

329. НАГРУЗОЧНАЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА ПРАСУГРЕЛА У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПИВШИХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 60/10
- 2) 600/75
- 3) 180/90
- 4) 300/75

330. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛЯ СОСТАВЛЯЕТ _____МГ ОДИН РАЗ В СУТКИ

- 1)+ 75
- 2) 50
- 3) 150
- 4) 300

331. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С УСКОРЕННЫМ ИДИОВЕНТРИКУЛЯРНЫМ РИТМОМ С ЧАСТОТОЙ 90 В 1 МИНУТУ СЛЕДУЕТ

- 1)+ обеспечить наблюдение за пациентом
- 2) внутривенно ввести атропин
- 3) внутривенно ввести новокаинамид
- 4) внутривенно ввести лидокаин

332. У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ОККЛЮЗИРОВАННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОБЫЧНО ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ появление желудочковых аритмий
- 2) антиаритмический эффект
- 3) отсутствие динамики нарушений ритма
- 4) быстрый подъем сегмента ST

333. К ГРУППЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ривароксабан
- 2) клопидогрел
- 3) тиклопидин
- 4) тикагрелор

334. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ ЛЕТАЛЬНОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) соталол
- 3) дофетилид
- 4) аймалин

335. ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ОККЛЮЗИРОВАННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ быстрое возвращение сегмента ST к изолинии
- 2) исчезновение патологических зубцов Q
- 3) более медленное возвращение сегмента ST к изолинии
- 4) обычная динамика сегмента ST

336. ДЛЯ НАЧАЛА АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST РЕКОМЕНДОВАНА НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ (В МГ)

- 1)+ 150-300
- 2) 75-100
- 3) 300-600
- 4) 600-1000

337. ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ нитратами
- 2) селективными бета-блокаторами
- 3) антагонистами кальция
- 4) неселективными бета-блокаторами

338. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОКС, ОТНОСЯТ

- 1)+ риск геморрагий
- 2) состав планируемой терапии
- 3) тип стента
- 4) пол и возраст пациента

339. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ МЕТОПРОЛОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ брадикардия
- 2) артериальная гипертензия
- 3) острое нарушение мозгового кровообращения
- 4) хроническая сердечная недостаточность

340. К ФОРМЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА ЩАДЯЩЕМ ДВИГАТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ велотренинг
- 2) лечебную гимнастику
- 3) дозированную ходьбу
- 4) малоподвижные игры

341. У ПАЦИЕНТОВ С ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ

- 1)+ β -адреноблокаторов
- 2) антагонистов кальция
- 3) ингибиторов АПФ
- 4) нитратов

342. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ИБС ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ препараты ацетилсалициловой кислоты
- 2) антикоагулянты
- 3) нитраты
- 4) омега-3

343. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СТЕНТОВ БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ, ОТНОСЯТ

- 1)+ рестеноз (интентстенозы) и поздние тромбозы коронарных артерий
- 2) различные аллергические реакции
- 3) синдром реперфузии миокарда
- 4) синдром слабости синусового узла

344. У ПАЦИЕНТА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ВЫПОЛНЕННЫМ ПЛАНОВЫМ ЧКВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ НИЗКОМ РИСКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ШКАЛЕ HAS-BLED ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ ДО

- 1)+ 6-12 месяцев
- 2) одного месяца
- 3) трех месяцев
- 4) 1,5 лет

345. ПОКАЗАТЕЛЕМ КОАГУЛОГРАММЫ, КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ СДЕЛАТЬ ВЫВОД О ВОЗМОЖНОСТИ ИНИЦИАЦИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ПРИНИМАЛ ВАРФАРИН, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МНО
- 2) протромбиновый индекс
- 3) протромбиновое время
- 4) длительность кровотечения

346. К СРЕДСТВАМ ВЫБОРА ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ антагонисты кальция
- 2) В-блокаторы
- 3) нитраты
- 4) сердечные гликозиды

347. У ПАЦИЕНТА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ВЫПОЛНЕННЫМ ПЛАНОВЫМ ЧКВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ НИЗКОМ РИСКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ШКАЛЕ HAS-BLED ТРОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ от 1 до 6 месяцев
- 2) 1 год
- 3) 2 недели
- 4) только во время госпитализации

348. ПРИ СОЧЕТАНИИ ОКС С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ТРОМБОМ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ, ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, ПРИ НИЗКОМ РИСКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 1
- 2) 3
- 3) 6
- 4) 12

349. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ СТАДИЙ КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПО TIMI 1 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ замедление и не полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов
- 2) замедление, но полное заполнение контрастным веществом дистальных сосудов
- 3) быстрое антероградное заполнение и выведение контрастного вещества
- 4) отсутствие потока контрастного средства

350. К ГРУППЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дабигатран
- 2) празугрел
- 3) тиклопидин
- 4) ацетилсалициловая кислота

351. ЭФФЕКТИВНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 50-100
- 2) 100-120
- 3) 20-40
- 4) 150-200

352. ПОКАЗАТЕЛИ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ЛЕЧЕБНУЮ ГИМНАСТИКУ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ множественные экстрасистолы
- 2) небольшую одышку
- 3) смещение сегмента ST до 1 мм
- 4) кратковременное превышение допустимых пределов артериального давления

353. У ПАЦИЕНТА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ВЫПОЛНЕННЫМ ПЛАНОВЫМ ЧКВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ШКАЛЕ HAS-BLED ТРОЙНАЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) полгода
- 4) только во время госпитализации

354. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST РЕКОМЕНДОВАНА В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 1 года
- 2) 3 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 2 лет

355. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 100-200
- 2) 50-100
- 3) 20-40
- 4) 250-320

356. ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ

- 1)+ нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) антигистаминные препараты
- 3) глюкокортикоиды
- 4) антибиотики

357. БОЛЬНОМУ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ амлодипин
- 2) метопролол
- 3) пропранолол
- 4) изосорбида динитрат

358. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипотензия
- 2) брадикардия
- 3) экстрасистолия
- 4) врожденный порок сердца

359. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАНОВОЙ НЕКАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ через 1 год
- 2) через 2 месяца
- 3) через 6 месяцев
- 4) сразу после имплантации стента

360. ПАЦИЕНТУ 65 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СТРАДАЮЩЕМУ УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИСТУПАМИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ сердечные гликозиды
- 2) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 3) В-блокаторы
- 4) антагонисты кальция

361. ПОВЫШЕНИЕ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ С МОЧОЙ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ пропранолол
- 2) празозин
- 3) резерпин
- 4) фуросемид

362. К ГРУППЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ варфарин
- 2) клопидогрел
- 3) ацетилсалициловая кислота
- 4) пентоксифиллин

363. ПОКАЗАТЕЛИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ превышение допустимых пределов пульса
- 2) приступы стенокардии
- 3) выраженную ишемию на электрокардиограмме
- 4) нарушения ритма сердца

364. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОКРЫТИЕ СТЕНТА

- 1)+ тормозит чрезмерную пролиферацию неоинтимы
- 2) тормозит рост атеросклеротической бляшки
- 3) улучшает ток крови через стент
- 4) ускоряет пролиферацию эндотелия сосуда

365. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ I-II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХВОЙНЫЕ И ЖЕМЧУЖНЫЕ ВАННЫ НАЗНАЧАЮТ С ТЕМПЕРАТУРОЙ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ 35-36
- 2) 38-40
- 3) 42-44
- 4) 28-30

366. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ОТНОСЯТ

- 1)+ минимальные физические нагрузки в виде дыхательных упражнений и ходьбы
- 2) плавание
- 3) игровые виды спорта
- 4) бег на ускорение

367. ОСНОВНЫМ ОБЩИМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ГИПОДИНАМИИ ДЛЯ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение биоэнергетических процессов, электролитного баланса сердечной мышцы, нарушение возбудимости и проводимости миокарда
- 2) увеличение массы миокарда
- 3) снижение частоты сердечных сокращений
- 4) улучшение координации деполяризации и реполяризации миокарда

368. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛФК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНОГО С ТУБЕРКУЛЕМОЙ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОТНОСЯТ

- 1)+ нестабильное состояние гемодинамики
- 2) брадикардию
- 3) блокаду правой ножки пучка Гиса
- 4) единичные желудочковые экстрасистолы

369. ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ 2-сосудистым поражением коронарного русла без вовлечения проксимального сегмента передней нисходящей артерии
- 2) поражением ствола левой коронарной артерии и баллами по шкале Syntax >22
- 3) 3-сосудистым поражением коронарного русла и сопутствующим сахарным диабетом
- 4) 3-сосудистым поражением коронарного русла и баллами по шкале Syntax >22

370. К КРАТКОСРОЧНЫМ ЗАДАЧАМ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ стабилизацию сердечно-сосудистого заболевания и обеспечение контроля его симптомов
- 2) выявление и устранение факторов риска
- 3) стабилизацию или предотвращение прогрессирования атеросклеротического процесса
- 4) снижение заболеваемости и смертности

371. ТРЕТИЙ ЭТАП КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1)+ 3-4 месяца
- 2) 2-3 года
- 3) 3-4 недели
- 4) 7-10 дней

372. КАКОЙ ВИД ХОДЬБЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ?

- 1)+ дозированная
- 2) скандинавская
- 3) спортивная
- 4) по лестницам

373. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ велоэргометрию
- 2) тест трехминутной ходьбы
- 3) гарвардский степ-тест
- 4) электроэнцефалографию

374. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА, ПЕРЕНЕСШЕГО ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ санаторно-курортное лечение
- 2) реконструктивную хирургию
- 3) протезирование и ортезирование
- 4) социокультурную реабилитацию или абилитацию

375. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В СТАЦИОНАРЕ (ПО ВОЗ) СОСТАВЛЯЕТ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 0

376. ПРОЦЕСС КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ РАЗДЕЛЯЮТ НА ____ ЭТАПА/ЭТАПОВ

- 1)+ 4
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 7

377. КРИТЕРИЕМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО С ПРОМЕЖУТОЧНЫМ РИСКОМ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неосложненный инфаркт миокарда
- 2) выраженное нарушение насосной функции миокарда (фракция выброса менее 30%)
- 3) остановка сердца в анамнезе
- 4) отсутствие патологической симптоматики в покое

378. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ВОЗВРАЩЕНИЕ БОЛЬНОГО НА РАБОТУ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полное исчезновение симптоматики после операции
- 2) интенсивность стенокардии до операции
- 3) количество шунтированных артерий
- 4) продолжительность стенокардии до операции

379. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1)+ дозированную физическую нагрузку с ЭКГ-контролем
- 2) ежедневную физическую нагрузку
- 3) обычную для больного нагрузку под прикрытием нитратов
- 4) установление группы инвалидности с последующим отказом от профессиональной деятельности

380. РЕАБИЛИТАЦИЮ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С _____ ОТ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА

- 1)+ первых суток
- 2) первой недели
- 3) четвертой недели
- 4) шестой недели

381. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СОСТАВЛЯЕТ (В УДАРАХ В МИНУТУ)

- 1)+ 120-130
- 2) 60-80
- 3) 150-160
- 4) 180-200

382. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТНОСЯТ

- 1)+ дозированную тренировочную ходьбу
- 2) силовые упражнения
- 3) подвижные игры
- 4) трудотерапию

383. К МЕТОДАМ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ велоэргометрию
- 2) пробу Штанге и Генча
- 3) ортостатическую пробу и пробу Летунова
- 4) электроэнцефалографию

384. КРИТЕРИЕМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО С НИЗКИМ РИСКОМ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие патологической симптоматики в покое
- 2) выраженное нарушение насосной функции миокарда (фракция выброса менее 30%)
- 3) коронарное шунтирование
- 4) остановка сердца в анамнезе

385. ПЕРВЫЙ ЭТАП КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЛИТСЯ

- 1)+ 3-4 дня или до стабилизации состояния пациента
- 2) пока пациент сам не захочет перейти на следующий этап
- 3) 1-2 месяца
- 4) до года

386. У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ СЛЕДУЕТ РАЗВИВАТЬ

- 1)+ выносливость
- 2) ловкость
- 3) силу и скорость
- 4) гибкость

387. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЗАПИСЬ

- 1)+ электрических потенциалов сердца
- 2) функциональных шумов сердца
- 3) ультразвуковых волн
- 4) тонов сердца

388. СИЛОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПОДКЛЮЧАТЬ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТом МИОКАРДА НЕ РАНЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ НЕДЕЛИ/НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ 2-3
- 2) 4-5
- 3) 6-7
- 4) 8-9

389. НА ЗАНЯТИЯХ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ СЛЕДУЕТ ДАВАТЬ УПРАЖНЕНИЯ НА

- 1)+ выносливость
- 2) увеличение мышечной массы
- 3) ловкость
- 4) гибкость

390. ЗАДАЧИ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ тренировку экстракардиальных и кардиальных факторов кровообращения
- 2) тренировку пластичности нервных процессов
- 3) тренировку функции двигательной системы
- 4) укрепление мышц брюшного пресса

391. В ПРОГРАММУ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ВКЛЮЧЕНА

- 1)+ ходьба в среднем темпе
- 2) спортивные упражнения
- 3) гипоксическая тренировка
- 4) тренировка на максимальном значении частоты сердечных сокращений

392. В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ТРУДОСПОСОБНЫМИ СТАНОВЯТСЯ _____ БОЛЬНЫХ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 70-80
- 2) 10-20
- 3) 20-30
- 4) 40-50

393. ОСНОВНЫМ ОБЩИМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ГИПОДИНАМИИ ДЛЯ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение частоты сердечных сокращений, снижение ударного и минутного объема
- 2) уменьшение частоты сердечных сокращений
- 3) увеличение адаптационных возможностей миокарда
- 4) снижение риска заболеваний миокарда

394. ЗАДАЧИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТом МИОКАРДА НА БОЛЬНИЧНОМ ЭТАПЕ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ тренировочные нагрузки
- 2) предупреждение осложнений постельного режима
- 3) улучшение периферического кровообращения и дыхания
- 4) подготовку к вставанию и ходьбе, обучению ходьбе по лестнице

395. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЛИЦ, ВЕДУЩИХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СИДЯЧИЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ С

- 1)+ дозированной ходьбы
- 2) бега на короткие дистанции
- 3) чередования ходьбы и бега
- 4) упражнений на турниках

396. РАННЯЯ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА СНИЖАЕТ КОЛИЧЕСТВО

- 1)+ тромбоэмболических осложнений
- 2) нарушений ритма сердца
- 3) недостаточности кровообращения
- 4) разрывов сердечных хорд

397. К ФОРМАМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА I-II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ активные спортивные нагрузки
- 2) лечебную гимнастику
- 3) физические тренировки на велотренажерах
- 4) трудотерапию

398. ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТом МИОКАРДА I КЛАССА ТЯЖЕСТИ НА II СТУПЕНЬ АКТИВНОСТИ ПЕРЕВОДЯТ НА _____ ДЕНЬ

- 1)+ 3-4
- 2) 5-7
- 3) 1-2
- 4) 10-14

399. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПОКОЙ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТом МИОКАРДА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ тромбоэмболическим осложнениям
- 2) тахикардии
- 3) развитию коронарных коллатералей
- 4) артериальной гипертензии

400. СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) новокаиномид
- 3) бета-блокаторы
- 4) дронедарон

401. ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВЫСОКОГО РИСКА СМЕРТИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ гипотония, дилатация правого желудочка, повышение уровня тропонина
- 2) положение «ортопноэ», появление влажных хрипов в нижних отделах лёгких
- 3) тромбоз глубоких вен нижних конечностей, повышение D-димера в 2 раза выше нормы
- 4) субфебрильная температура тела, кровохарканье, инфильтративные изменения на рентгенограмме органов грудной клетки

402. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ

- 1)+ показана всем больным
- 2) показана в отдельных случаях
- 3) не показана
- 4) показана только при наличии ОКС

403. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический инсульт в анамнезе
- 2) перенесенный ишемический инсульт 1 год назад
- 3) кровоточащий наружный геморрой
- 4) возраст более 80 лет

404. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ДЕЛИРИЯ, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПРИМЕНЯЮТ ПАРЕНТЕРАЛЬНО

- 1)+ диазепам
- 2) кордарон
- 3) морфин
- 4) лабеталол

405. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРОИЗВОДИТСЯ ЧРЕСКАТЕТЕРНАЯ ТРОМБЭКСТРАКЦИЯ?

- 1)+ при остром тромбозе коронарных артерий
- 2) в случае хронической окклюзии коронарных артерий
- 3) в случае дистальной эмболизации во время рентгеноэндоваскулярных хирургических вмешательств
- 4) при наличии тромба в полостях сердца

406. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ морфин
- 2) кеторолак
- 3) пропופол
- 4) парацетамол

407. ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перикардит
- 2) разрыв головки папиллярной мышцы
- 3) разрыв межжелудочковой перегородки
- 4) инфаркт миокарда правого желудочка

408. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипотензия
- 2) дисфункция папиллярных мышц
- 3) экстрасистолия
- 4) тахикардия

409. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подозрение на расслоение аорты
- 2) уровень артериального давления, равный 140/90 мм рт. ст
- 3) крупноочаговый острый инфаркт миокарда левого желудочка
- 4) впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса

410. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВРЕМЯ ОТ ПЕРВИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО КОНТАКТА ДО ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКГ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ

- 1)+ 10 минут
- 2) 1 часа
- 3) 45 минут
- 4) 1 суток

411. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РЕПЕРFUЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первичное чрескожное коронарное вмешательство
- 2) системный тромболизис
- 3) чрескожное коронарное вмешательство после системного тромболизиса
- 4) интракоронарный тромболизис

412. ПОЗДНИЕ РАЗРЫВЫ СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЮТСЯ

- 1)+ на 5-7 сутки от развития инфаркта миокарда
- 2) на 20-30 сутки от развития инфаркта миокарда
- 3) через 2-3 месяца от развития инфаркта миокарда
- 4) через год после перенесенного инфаркта миокарда

413. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ _____ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ стеноз
- 2) тромботическая окклюзия
- 3) спазм
- 4) врожденная аномалия

414. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- 1)+ ритм перепела
- 2) наличие аритмии
- 3) наличие гипотонии
- 4) ритм галопа

415. У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ НЕДОСТУПНОСТИ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ РЕПЕРFUЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В ПЕРВЫЕ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 12
- 2) 36
- 3) 24
- 4) 48

416. ПРИ ОКСБПСТ К ПАЦИЕНТАМ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ ОШ
- 2) GRACE score >140
- 3) СД
- 4) ФВ левого желудочка <40%

417. АНТИКОАГУЛЯНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ БИСГИДРОКСИКУМАРИНА МОЖЕТ БЫТЬ УСПЕШНО ИНГИБИРОВАНО С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ витамина К
- 2) витамина С
- 3) тромбопластина
- 4) ЭДТА

418. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ

- 1)+ резкое снижение сократительной функции левого желудочка
- 2) гиповолемия
- 3) артериальная гипотония
- 4) стрессовая реакция на боль

419. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ ОДИН РАЗ В СУТКИ

- 1)+ 300
- 2) 75
- 3) 150
- 4) 50

420. ПЕРЕД НАЧАЛОМ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ БОЛЬНОМУ ПРИДАЮТ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ на спине, горизонтально, на твердой поверхности
- 2) на спине с приподнятым головным концом
- 3) на спине с опущенным головным концом
- 4) полусидя с валиком под лопатками

421. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ норэпинефрин
- 2) кордиамин
- 3) верапамил
- 4) амиодарон

422. У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОВ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ДИЛАТАЦИЯ

- 1)+ правых камер сердца
- 2) левых камер сердца
- 3) аорты в восходящем грудном отделе
- 4) аорты в брюшном отделе

423. БОЛЬНОМУ С ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЕЕ 48 ЧАСОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ чреспищеводную эхокардиографию (ЭхоКГ)
- 2) магнитно-резонансную томографию или компьютерную томографию головного мозга
- 3) нагрузочную ЭхоКГ-пробу
- 4) скintiграфию щитовидной железы

424. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ БОЛИ, С ЦЕЛЬЮ СЕДАЦИИ И СНИЖЕНИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ТАХИКАРДИИ И ПОВЫШЕНИЮ АД, У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ

- 1)+ морфин внутривенно
- 2) нитроглицерин внутривенно
- 3) баралгин внутримышечно
- 4) нитроглицерин сублингвально

425. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА В ПЛАНЕ РАЗВИТИЯ

- 1)+ инфаркта миокарда
- 2) легочной гипертензии
- 3) венозной недостаточности
- 4) тромбоэмболии мозговых сосудов

426. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТИПИЧНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 2-5
- 2) менее 1
- 3) 15-20
- 4) более 20

427. К ОСНОВНЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- 1)+ смещение сегмента RS-T выше или ниже изолинии
- 2) отрицательные зубцы T
- 3) расширение зубца Q
- 4) расширение с расщепленной вершиной зубцов R

428. ПРЕХОДЯЩИЕ ЭПИЗОДЫ ИШЕМИИ МИОКАРДА

- 1)+ могут не сопровождаться симптомами
- 2) всегда сопровождаются нарушениями ритма
- 3) всегда сопровождаются болевым синдромом
- 4) всегда сопровождаются одышкой

429. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- 1)+ допамин + нитроглицерин
- 2) норадреналин
- 3) лазикс + кортикостероиды
- 4) сердечные гликозиды

430. ОТНОШЕНИЕ АСТ/АЛТ СУЩЕСТВЕННО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ инфаркте миокарда
- 2) недостаточности надпочечников
- 3) почечной недостаточности
- 4) повреждении мозга

431. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ морфина
- 2) преднизолона
- 3) бета-адреноблокаторов
- 4) блокаторов медленных кальциевых каналов

432. У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНЁННЫМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, ПЕРВИЧНОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ незамедлительно
- 2) в течение 6 часов
- 3) в течение 12 часов
- 4) в течение 24 часов

433. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фибрилляция желудочков
- 2) фибрилляция предсердий
- 3) электромеханическая диссоциация
- 4) АВ-блокада 2-3 степени

434. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ НЕОБХОДИМ СУБЛИНГВАЛЬНЫЙ ПРИЕМ

- 1)+ нитроглицерина
- 2) нифедипина
- 3) триметазидина
- 4) атенолола

435. К ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКАМ ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСЯТ _____ В ОТВЕДЕНИЯХ ОТ ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ депрессию сегмента ST
- 2) подъем сегмента ST
- 3) высокие зубцы T
- 4) патологические зубцы Q T

436. В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

- 1)+ проведение спасительного ЧКВ
- 2) внутривенное введение антагонистов IIb/IIIa-рецепторов
- 3) повторное введение тромболитика
- 4) назначение тикагрелора в нагрузочной дозе

437. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 12
- 2) 3
- 3) 6
- 4) 18

438. ПРИ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕГМЕНТ ST РАСПОЛОЖЕН _____ ИЗОЛИНИИ С ДУГОЙ, ОБРАЩЕННОЙ ВЫПУКЛОСТЬЮ

- 1)+ ниже; книзу
- 2) ниже; вверх
- 3) выше; книзу
- 4) выше; вверх

439. ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ

- 1)+ за грудиной
- 2) в области верхушечного толчка
- 3) в эпигастральной области
- 4) в проекции аортального клапана

440. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ИСТИННО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резкое снижение сократимости миокарда
- 2) препятствие кровенаполнению левого желудочка
- 3) потеря более 20% объема циркулирующей крови
- 4) вазодилатация

441. ОТЛИЧИЯМИ ДЕГИДРАТАЦИОННОГО ШОКА ОТ КАРДИОГЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ сухость кожи, судороги
- 2) падение артериального давления, тахикардия
- 3) холодный пот, страх смерти
- 4) болевой синдром, слабость

442. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛЬГЕЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ МОРФИЯ МОЖЕТ БЫТЬ УСИЛЕН

- 1)+ нейролептиками
- 2) НПВС
- 3) оксигенотерапией
- 4) парацетамолом

443. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоз коронарной артерии
- 2) спазм коронарной артерии
- 3) окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой
- 4) внезапное повышение потребности миокарда в кислороде

444. ПРЕПАРАТОМ, НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ норадреналин
- 2) допамин
- 3) адреналин
- 4) поляризирующая смесь

445. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ отсутствие сознания, дыхания и пульсации на магистральных сосудах
- 2) положение «ортопноэ», цианоз кожных покровов, частое поверхностное дыхание
- 3) снижение систолического артериального давления ниже 70 мм рт.ст, олигурия
- 4) отсутствие сознания, пульсация на магистральных сосудах, систолическое артериальное давление 60 мм рт.ст

446. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА

- 1)+ в первые 12 часов инфаркта миокарда с подъемом ST
- 2) в первые сутки любого инфаркта миокарда
- 3) в первые 6 часов мелкоочагового инфаркта миокарда
- 4) при нестабильной стенокардии

Тема 7. Клиническая фармакология.

1. СРЕДИ ПЛЕЙОТРОПНЫХ (НЕЛИПИДНЫХ) ЭФФЕКТОВ СТАТИНОВ ОТСУТСТВУЕТ _____ ЭФФЕКТ

- 1)+ антибактериальный
- 2) противовоспалительный
- 3) антиоксидантный
- 4) антипролиферативный

2. ВДЫХАНИЕ ПАРОВ ЭТИЛОВОГО СПИРТА ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- 1)+ уменьшения образования пены в альвеолах
- 2) седативного эффекта
- 3) бронходилатации
- 4) вазодилатации

3. К НЕДИГИДРОПИРИДИНОВЫМ АНТАГОНИСТАМ КАЛЬЦИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дилтиазем
- 2) фелодипин
- 3) нифедипин
- 4) амлодипин

4. НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ

- 1)+ колестиполом
- 2) аторвастатином
- 3) фенофибратом
- 4) эндурацином

5. ПРИМЕНЕНИЕ НИТРАТОВ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ вазоспастической стенокардии
- 2) гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией
- 3) стенозе левого а-в отверстия
- 4) клапанном стенозе устья аорты

6. МЕТАБОЛИЗМ СТАТИНА ПУТЕМ ГИДРОЛИЗА В ПЕЧЕНИ И БЕЗ УЧАСТИЯ ЦИТОХРОМА Р-450 СВОЙСТВЕНЕН

- 1)+ правастатину
- 2) симвастатину
- 3) аторвастатину
- 4) ловастатину

7. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В ОДИНАКОВЫХ ДОЗАХ НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ОТ ПРИЕМА

- 1)+ Розувастатина
- 2) Симвастатина
- 3) Аторвастатина
- 4) Правастатина

8. УВЕЛИЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ К ЛИПОПРОТЕИДАМ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НА ПОВЕРХНОСТИ ГЕПАТОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ МЕХАНИЗМОМ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

- 1)+ статинов
- 2) фибратов
- 3) препаратов никотиновой кислоты
- 4) Ω -3 полиненасыщенных жирных кислот

9. ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ пропранолола
- 2) верапамила
- 3) дигоксина
- 4) этацизина

10. НАРУШЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН ВОЗМОЖНО ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ β -адреноблокаторов
- 2) нитратов пролонгированного действия
- 3) дигидропиридиновых антагонистов кальция
- 4) ингибиторов АПФ

11. АТЕРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ

- 1)+ β -адреноблокаторы неселективные
- 2) антагонисты медленных кальциевых каналов
- 3) ингибиторы АПФ
- 4) антагонисты рецепторов ангиотензина II

12. ПРЕПАРАТОМ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИМ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ И ОБРАЗОВАНИЮ «БЕЛОГО» ТРОМБА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аспирин
- 2) варфарин
- 3) апиксабан
- 4) дабигатран

13. МАКСИМАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ фенофибратом
- 2) аторвастатином
- 3) эзимибом
- 4) колестиполом

14. ПРИ ЗНАЧИМОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ бета-адреноблокаторов
- 2) ингибиторов ангиотензин превращающего фермента
- 3) диуретиков
- 4) пролонгированных нитратов

15. ПАЦИЕНТУ 77 ЛЕТ С УМЕРЕННО ТЯЖЕЛЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С РАЗВИТИЕМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА УРОВНЕ 2 ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПОКАЗАНА АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ новыми пероральными антикоагулянтами или антагонистами витамина К
- 2) только антагонистами витамина К
- 3) комбинацией клопидогрела и ацетилсалициловой кислотой
- 4) комбинацией дипиридамола и ацетилсалициловой кислоты

16. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ пролонгированных нитратов
- 2) бета-блокаторов
- 3) сердечных гликозидов
- 4) диуретиков

17. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- 1)+ Допамин + Нитроглицерин
- 2) сердечные гликозиды
- 3) норэпинефрин
- 4) кортикостероиды + фуросемид

18. К КРИСТАЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ 0,9% раствор натрия хлорида
- 2) Полиглюкин
- 3) Реополиглюкин
- 4) Желатиноль

19. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ДОБАВЛЕНИЯ К ТЕРАПИИ В-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ, СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ КОМБИНАЦИИ С

- 1)+ дилтиаземом
- 2) амлодипином
- 3) исрадипином
- 4) фелодипином

20. ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЗА СЧЕТ СЕЛЕКТИВНОГО ИНГИБИРОВАНИЯ АБСОРБЦИИ БИЛИАРНОГО И ЭКЗОГЕННОГО ХОЛЕСТЕРИНА В КИШЕЧНИКЕ СВОЙСТВЕНЕН

- 1)+ эзитимибу
- 2) колестиполу
- 3) омакору
- 4) эвалокумабу

21. К АРТЕРИАЛЬНЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ дигидропиридиновые антагонисты кальция
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) пост-синаптические α -адреноблокаторы
- 4) блокаторы рецепторов ангиотензина

22. К ГИДРОФИЛЬНЫМ СТАТИНАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ розувастатин
- 2) аторвастатин
- 3) симвастатин
- 4) ловастатин

23. МАКСИМАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ препаратами никотиновой кислоты
- 2) статинами
- 3) фибратами
- 4) секвестрантами желчных кислот

24. ПРИ ВЫБОРЕ ИНГИБИТОРА АПФ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ХСН И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ фозиноприлу
- 2) лизиноприлу
- 3) периндоприлу
- 4) каптоприлу

25. ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЗА СЧЕТ АКТИВАЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ И ПЕЧЕНОЧНОЙ ЛИПАЗЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ фенофибрата
- 2) аторвастатина
- 3) Ω -3 полиненасыщенных жирных кислот
- 4) эзитимиба

26. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ ингибиторами АПФ
- 2) β -адреноблокаторами
- 3) тиазидными диуретиками
- 4) кортикостероидами

27. ПРИМЕНЕНИЕ НИТРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ гипертрофической обструктивной кардиомиопатии
- 2) постинфарктном кардиосклерозе
- 3) стенокардии Принцметала
- 4) артериальной гипертонии

28. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИЕМУ ВЕРАПАМИЛА ПРИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩАЯ

- 1)+ сердечная недостаточность
- 2) вазоспастическая стенокардия
- 3) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- 4) нестабильная стенокардия

29. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ β -адреноблокаторов
- 2) глюкокортикостероидов
- 3) петлевых диуретиков
- 4) вазопрессорных аминов

30. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТРИМЕТАЗИДИНА В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНЕНИЯ К БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО

- 1)+ болезни Паркинсона
- 2) сахарного диабета 2 типа
- 3) хориоретинальной патологии
- 4) нарушения мозгового кровообращения в анамнезе

31. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ В ВИДЕ ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ТРЕБУЮЩИЙ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТА, МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ никорандила
- 2) ивабрадина
- 3) ранолазина
- 4) молсидомина

32. ПРЕПАРАТОМ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИМ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ И ОБРАЗОВАНИЮ «БЕЛОГО» ТРОМБА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ клопидогрель
- 2) ривароксабан
- 3) дабигатран
- 4) варфарин

33. К КОЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ Полиглюкин
- 2) Ацесоль
- 3) 5% раствор глюкозы
- 4) 20% раствор глюкозы

34. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ЙОД В АНАМНЕЗЕ БОЛЬНОМУ ПРОТИВОПОКАЗАН

- 1)+ амиодарон
- 2) пропранолол
- 3) нифедипин
- 4) верапамил

35. МЕТАПРОЛОЛА СУКЦИНАТ ЯВЛЯЕТСЯ _____ -АДРЕНОБЛОКАТОРОМ

- 1)+ селективным $\beta_{1\text{₁}}$
- 2) неселективным $\beta_{1,2\text{_{1,2}}}$
- 3) селективным $\alpha_{1\text{₁}}$
- 4) неселективным $\alpha_{1,2\text{_{1,2}}}$

36. ПРИЕМ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5 ТИПА С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС НЕЛЬЗЯ СОЧЕТАТЬ С ПРИЕМОМ

- 1)+ нитратов различной продолжительности действия
- 2) селективных $\beta_{1\text{₁}}$ -адреноблокаторов
- 3) антагонистов кальция дигидропиридинового ряда
- 4) ингибиторов АПФ

37. ПРЕПАРАТОМ, СПОСОБНЫМ СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ АД, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ молсидомин
- 2) ранолазин
- 3) ивабрадин
- 4) триметазидин

38. ПАЦИЕНТУ 45 ЛЕТ С УМЕРЕННО ТЯЖЕЛЫМ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ БЕЗ КЛИНИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНА АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ только антагонистами витамина К
- 2) новыми пероральными антикоагулянтами и ацетилсалициловой кислотой
- 3) только ацетилсалициловой кислотой
- 4) комбинацией клопидогрела и ацетилсалициловой кислоты

39. ПРИ РЕГУЛЯРНОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ НИТРАТОВ РАЗВИТИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИМ ПРЕДУПРЕЖДАЕТ

- 1)+ наличие 8-часового безнитратного периода
- 2) применение трансдермальных форм нитратов
- 3) применение изосорбида динитрата в возрастающих дозах
- 4) периодическая замена одного препарата на другой

40. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ Допамин
- 2) Мезатон
- 3) сердечные гликозиды
- 4) кортикостероиды

41. МИНИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНОЙ ДОЗОЙ АСПИРИНА, КАК АНТИАГРЕГАНТА, ПРИ ОПТИМАЛЬНОМ СООТНОШЕНИИ РИСКА И ПОЛЬЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ДОЗА _____ МГ В СУТКИ

- 1)+ 75
- 2) 50
- 3) 25
- 4) 100

42. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НИТРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ закрытоугольная глаукома
- 2) бронхиальная астма
- 3) артериальная гипертензия
- 4) хроническая сердечная недостаточность

43. ПРИ СТИМУЛЯЦИИ В₁-АДРЕНOREЦЕПТОРОВ ОТСУТСТВУЕТ

- 1)+ дилатация артерий
- 2) учащение ЧСС
- 3) усиление сократимости миокарда
- 4) повышение АД

44. К ВЕНОЗНЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ молсидомин
- 2) фентоламин
- 3) амлодипин
- 4) гидралазин

45. НЕСЕЛЕКТИВНЫМ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ карведилол
- 2) бисопролол
- 3) метапролол
- 4) атенолол

46. НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ АТЕРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ α-адреноблокаторами
- 2) β-адреноблокаторами
- 3) тиазидными диуретиками
- 4) кортикостероидами

47. ПАЦИЕНТУ 52 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕХАНИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ ЗА ГОД ДО НАСТОЯЩЕЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ только антагонисты витамина К
- 2) новые пероральные антикоагулянты или антагонисты витамина К
- 3) только ацетилсалициловую кислоту в дозах
- 4) комбинацию клопидогрела и ацетилсалициловой кислоты

48. ПАЦИЕНТУ 77 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ ЗА ГОД ДО НАСТОЯЩЕЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, С ЧАСТЫМИ ПАОРКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ новыми пероральными антикоагулянтами или антагонистами витамина К
- 2) только антагонистами витамина К
- 3) комбинацией клопидогрела и ацетилсалициловой кислотой
- 4) комбинацией дипиридамола и ацетилсалициловой кислоты

49. ВЫРАЖЕННОСТЬ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УМЕНЬШАЕТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1)+ дигидропиридиновых антагонистов кальция
- 2) бета- блокаторов
- 3) сердечных гликозидов
- 4) недигидропиридиновых антагонистов кальция

50. АНТИИШЕМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ВЛИЯНИЯ НА АД И ЧСС, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ранолазин
- 2) ивабрадин
- 3) амлодипин
- 4) молсидомин

51. К СЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ бисопролол
- 2) соталол
- 3) карведилол
- 4) пропранолол

52. К ЦИТОПРОТЕКТОРАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, ОТНОСЯТ

- 1)+ триметазидин
- 2) пентоксифиллин
- 3) актовегин
- 4) дипиридамол

53. СНИЖЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА АТОРВАСТАТИНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИЕМЕ С

- 1)+ антацидами
- 2) нестероидными противовоспалительными средствами
- 3) оральными антикоагулянтами
- 4) антибиотиками

54. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ гиперурикемия
- 2) сахарный диабет 2 типа
- 3) нарушение функции печени
- 4) миопатия

55. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ АНТИИШЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ИВАБРАДИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение потребности миокарда в кислороде за счет урежения ЧСС
- 2) снижение сократительной способности миокарда
- 3) вазодилатация коронарных артерий
- 4) цитопротекция

56. МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕЙТРАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антагонисты кальция
- 2) тиазидные диуретики
- 3) β -адреноблокаторы
- 4) анаболические гормоны

57. РИСК РАЗВИТИЯ СТАТИН-АССОЦИИРОВАННЫХ МЫШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАТИНАМИ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ верапамилом
- 2) периндоприлом
- 3) спиронолактоном
- 4) атенололом

58. В РАВНОЙ СТЕПЕНИ ЧЕРЕЗ ПОЧКИ И ПЕЧЕНЬ ВЫВОДИТСЯ

- 1)+ фозиноприл
- 2) каптоприл
- 3) эналаприл
- 4) периндоприл

59. КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ не является противопоказанием к назначению гепарина
- 2) является относительным противопоказанием к назначению гепарина
- 3) является абсолютным противопоказанием к применению гепарина
- 4) является показанием для кровоостанавливающей терапии

60. ПРИ ВЫБОРЕ СТАТИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ аторвастатину
- 2) розувастатину
- 3) правастатину
- 4) ловастатину

61. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНОГО С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бисопролол
- 2) верапамил
- 3) нифедипин
- 4) нитросорбид

62. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

- 1)+ снижается потребность миокарда в кислороде
- 2) уменьшается объем циркулирующей крови
- 3) развивается гиполипидемический эффект
- 4) наблюдается положительный хронотропный эффект

63. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атриовентрикулярная блокада
- 2) мерцательная аритмия
- 3) гипокалиемия
- 4) нарушение липидного обмена

64. САМЫМ КОРОТКИМ ПЕРИОДОМ ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ОБЛАДАЕТ ИНГИБИТОР АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

- 1)+ каптоприл
- 2) эналаприл
- 3) лизиноприл
- 4) периндоприл

65. ПОТЕНЦИИРОВАНИЕ ЭФФЕКТА И УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИЕМЕ АТОРВАСТАТИНА С

- 1)+ антибиотиками-макролидами
- 2) β -адреноблокаторами
- 3) антацидами
- 4) нестероидными противовоспалительными препаратами

66. СНИЖАЮТ СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА И НЕБЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮТ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

- 1)+ неселективные бета-адреноблокаторы
- 2) мочегонные средства
- 3) антагонисты кальция
- 4) альфа-адреноблокаторы

67. К ПРЕПАРАТАМ С УЗКИМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ сердечные гликозиды
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) пенициллины
- 4) диуретики

68. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ ГЕМОЛИТИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ

- 1)+ метилдопа
- 2) клонидин
- 3) резерпин
- 4) празозин

69. К ПЛЕЙОТРОПНЫМ СВОЙСТВАМ СТАНИТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ гиполипидемический эффект
- 2) улучшение эндотелиальной функции
- 3) укрепление фиброзной покрышки
- 4) стабилизация липидного ядра

70. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ КАЖДЫЕ ____ МИНУТ

- 1)+ 1; 3-5
- 2) 1; 5-10
- 3) 2; 1-2
- 4) 2; 10-12

71. НЕГАТИВНЫМ ВЛИЯНИЕМ НА ЛИПИДНЫЙ И УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ОБЛАДАЮТ

- 1)+ тиазидные диуретики
- 2) антагонисты медленных кальциевых каналов
- 3) ингибиторы АПФ
- 4) антагонисты рецепторов ангиотензина II

72. БЛАГОПРИЯТНОЕ ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ снижением преднагрузки
- 2) повышением артериального давления
- 3) увеличением притока венозной крови к сердцу
- 4) повышением сократительной способности миокарда

73. К БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ, ИМЕЮЩИМ ВЫСОКУЮ СЕЛЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ, ОТНОСЯТ

- 1)+ бисопролол
- 2) соталол
- 3) пропранолол
- 4) атенолол

74. АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ ингибиторов РААС
- 2) мочегонных
- 3) бета-адреноблокаторов
- 4) клонидина

75. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1)+ уменьшением активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- 2) уменьшением объема циркулирующей крови
- 3) увеличением сократительной способности миокарда
- 4) гипотензивным эффектом

76. КОМБИНАЦИЯ ПРОПРАНОЛОЛА И ВЕРАПАМИЛА СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ нерациональной из-за риска развития АВ-блокады
- 2) рациональной, так как потенцируется антиангинальный эффект
- 3) нерациональной, так как потенцируется бронхоспастический эффект
- 4) рациональной при наличии признаков сердечной недостаточности

77. ПОТЕНЦИИРОВАНИЕ ЭФФЕКТА И УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СИМВАСТАТИНА ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ УПОТРЕБЛЕНИИ В ПИЩУ

- 1)+ грейпфрутового сока
- 2) шпината
- 3) картофеля
- 4) кисло-молочного продукта

78. ЭФФЕКТОМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ положительный инотропный
- 2) положительный хронотропный
- 3) снижение активности ренина плазмы
- 4) снижение активности альдостерона

79. АНТАГОНИСТЫ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КАЧЕСТВЕ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫХ МОДУЛЯТОРОВ НАЗНАЧАЮТСЯ В ДОЗАХ (В МГ/СУТ)

- 1)+ 25-50
- 2) 5-10
- 3) 100-150
- 4) 300

80. АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

- 1)+ тромбозах
- 2) начинающейся гангрене
- 3) эндартериите нижних конечностей
- 4) облитерирующем атеросклерозе

81. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОДАГРОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ сартаны
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) мочегонные
- 4) препараты центрального действия

82. ПРОИЗВОДНЫЕ ДИГИДРОПИРИДИНА (НИФЕДИПИН)

- 1)+ угнетают ионный ток в медленных кальциевых каналах кардиомиоцитов
- 2) вызывают спазм коронарных артерий
- 3) повышают общее периферическое сопротивление
- 4) уменьшают частоту сердечных сокращений

83. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОКАИНАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипотония
- 2) тошнота
- 3) резкая брадикардия
- 4) головная боль

84. УРЕЖЕНИЕ ЧСС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИВАБРАДИНОМ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ БЛОКАДЫ

- 1)+ If -каналов клеток синусового узла
- 2) If -каналов кардиомиоцитов
- 3) Са- каналов кардиомиоцитов
- 4) Na⁺-К⁺ каналов в кардиомиоцитах

85. ЭФФЕКТ ИНГИБИТОРОВ АПФ ТОРМОЗИТСЯ

- 1)+ нестероидными противовоспалительными средствами
- 2) гипотиазидом
- 3) лазиксом
- 4) периферическими вазодилататорами

86. АНТАГОНИСТЫ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ, КАК АКТИВНЫЕ ДИУРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЮТСЯ В ДОЗАХ (В МГ/СУТ)

- 1)+ 100-150
- 2) 5-10
- 3) 25-50
- 4) 50-75

87. У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ МОНОТЕРАПИИ СРЕДНЯЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 5-10
- 2) 2,5
- 3) 20
- 4) 40

88. ГИПОКАЛИЕМИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

- 1)+ фуросемида
- 2) верошпирона
- 3) спиронолактона
- 4) триампура

89. БОЛЬНОМУ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ II КЛАССЕ ПО КИЛЛИПУ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ нифедипин
- 2) фуросемид
- 3) нитросорбид
- 4) аспирин

90. МИНИМАЛЬНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ СТАТИНА ЧЕРЕЗ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ аторвастатина
- 2) розувастатина
- 3) ловастатина
- 4) симвастатина

91. ИВАБРАДИН ОТНОСИТСЯ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ

- 1)+ не влияющим на прогноз при стабильной ИБС
- 2) влияющим на прогноз при стабильной ИБС
- 3) ухудшающим прогноз при ИБС
- 4) улучшающим прогноз при АГ

92. «ПРАВИЛО + 6%» ПРИ УДВОЕНИИ ДОЗЫ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ статинов
- 2) фибратов
- 3) ингибиторов PCSK9
- 4) секвестрантов желчных кислот

93. НЕДИГИДРОПИРИДИНОВЫЕ АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1)+ брадиаритмии
- 2) тахикардии
- 3) бронхиальной астме
- 4) сахарном диабете

94. ТОРАСЕМИД

- 1)+ значительно не влияет на уровень калия
- 2) вызывает выраженную гиперкалиемию
- 3) вызывает выраженную гипокалиемию
- 4) используется только совместно с препаратами калия

95. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперкалиемия
- 2) гипокалиемия
- 3) гиперлипидемия
- 4) повышение уровня глюкозы

96. МИНИМАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОЙ ДОЗОЙ Ω -3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МГ В СУТКИ

- 1)+ 1000
- 2) 500
- 3) 300
- 4) 200

97. В ПЕРИОД ТИТРОВАНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УДВАИВАТЬ ДОЗУ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ 1 раз в 2 недели
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 2 раза в неделю
- 4) 3 раза в неделю

98. РИСК РАЗВИТИЯ СТАТИН-АССОЦИИРОВАННЫХ МЫШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАТИНАМИ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ амиодароном
- 2) метапрололом сукцинатом
- 3) гидрохлортиазидом
- 4) эналаприлом

99. ПОКАЗАНИЕМ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИВАБРАДИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническая сердечная недостаточность
- 2) нейроциркуляторная дистония
- 3) артериальная гипертензия
- 4) желудочковое нарушение ритма

100. К БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ эсмолол
- 2) соталол
- 3) карведилол
- 4) бисопролол

101. КАПТОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ иАПФ
- 2) бета-адреноблокаторов
- 3) блокаторов кальциевых каналов
- 4) блокаторов рецепторов ангиотензина 2

102. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ПРИЁМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ребамипид
- 2) висмута трикалия дицитрат
- 3) алгелдрат+магния гидроксид
- 4) дротаверин

103. В КАЧЕСТВЕ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНТИКОАГУЛЯНТОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЯМИ (ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН ИЛИ ЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ) МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ ривароксабан
- 2) дабигатран
- 3) варфарин
- 4) апиксабан

104. БИСОПРОЛОЛ ОТНОСИТСЯ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ бета-адреноблокаторов
- 2) ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- 3) блокаторов кальциевых каналов
- 4) блокаторов рецепторов ангиотензина 2

105. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРАСУГРЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ предупреждение тромбоза стента при остром коронарном синдроме
- 2) переходящее нарушение мозгового кровообращения
- 3) язвенная болезнь желудка
- 4) артериальная гипертензия

106. К ПОКАЗАНИЯМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГИПОТИАЗИДА ОТНОСЯТ

- 1)+ отёчный синдром
- 2) нарушения ритма и проводимости сердца
- 3) выраженную артериальную гипотензию
- 4) инфаркт миокарда без зубца Q

107. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА ТИКАГРЕЛОРА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

- 1)+ 180 мг однократно
- 2) 180 мг 2 раза в сутки
- 3) 90 мг 2 раза в сутки
- 4) 90 мг 1 раз в сутки

108. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДОЗ ГЕПАРИНА ЕГО ПРОТИВОСВЁРТЫВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ОБЫЧНО ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1)+ активированного частичного тромбопластинового времени
- 2) международного нормализованного отношения
- 3) активированного времени свертывания
- 4) протромбинового времени

109. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ резкая слабость, бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления
- 2) головные боли, головокружение, повышение артериального давления, покраснение лица и шейно-воротниковой зоны
- 3) повышение температуры тела, кашель с мокротой, содержащей прожилки крови, боли в грудной клетке при кашле, чихании, глубоком вдохе
- 4) боли в животе, чувство дурноты, тошнота, рвота желудочным содержимым, резкая слабость, нарушение сознания

110. НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЙ ГЕПАРИН С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИМЕНЯЮТ В ВИДЕ

- 1)+ подкожного введения доз, подобранных с учетом массы тела больного
- 2) постоянных доз, вводимых подкожно
- 3) длительного внутривенного введения
- 4) подкожного введения доз, подобранных с учетом роста больного

111. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бисопролол
- 2) клонидин
- 3) фуросемид
- 4) дроперидол

112. ПОБОЧНУЮ РЕАКЦИЮ В ВИДЕ ОТЁКА ЛОДЫЖЕК ОБЫЧНО ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ амлодипин
- 2) спиронолактон
- 3) периндоприл
- 4) нитроглицерин

113. К НАРУШЕНИЮ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАСТО ПРИВОДИТ ПРИЕМ

- 1)+ амиодарона
- 2) метопролола
- 3) лизиноприла
- 4) спиронолактона

114. ОДЫШКА ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ

- 1)+ тикагрелора
- 2) ацетилсалициловой кислоты
- 3) клопидогрела
- 4) тиклопидина

115. СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ дипиридамола
- 2) тиклопидина
- 3) тикагрелора
- 4) клопидогрела

116. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение периферического кровообращения атеросклеротического генеза
- 2) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) бронхиальная астма
- 4) профилактика острых респираторных заболеваний

117. РЕТРОСПЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ, В КОТОРОМ

- 1)+ исследователь анализирует архивные медицинские записи, выбирает пациентов, удовлетворяющих определённым критериям и анализирует информацию о них
- 2) частота исхода сравнивается с таковым в контрольной группе
- 3) сначала создаётся протокол, а затем в него включаются и начинают получать лечение пациенты
- 4) изучаемый препарат ни с чем не сравнивается, при этом используются методы описательной статистики, констатирующие наблюдение

118. ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С НЕБОЛЬШИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК РЕКОМЕНДУЮТ ПРЕКРАЩАТЬ ПРИЕМ НОВОГО ПЕРОРАЛЬНОГО АНТИКОАГУЛЯНТА ЗА ____ Ч ДО ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНОВОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 1)+ 24
- 2) 12
- 3) 48
- 4) 6

119. ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ПРОТАМИНА СУЛЬФАТА СОСТАВЛЯЕТ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 7
- 2) 9
- 3) 11
- 4) 5

120. ПРЕПАРАТОМ, МАКСИМАЛЬНО ПОДАВЛЯЮЩИМ СЕКРЕЦИЮ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пантопразол
- 2) пирензепин
- 3) фосфалюгель
- 4) сукральфат

121. У БОЛЬНЫХ С КЛИРЕНСОМ КРЕАТИНИНА 60 МЛ/МИН ИЛИ МЕНЕЕ, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЮТ НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ, ФУНКЦИЮ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОЦЕНИВАТЬ 1 РАЗ В

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 2 года
- 3) год
- 4) 3 месяца

122. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ УСТРАНЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ГЕПАРИНА С ПОМОЩЬЮ ВВЕДЕНИЯ ПРОТАМИН СУЛЬФАТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ время свертывания крови
- 2) протромбиновое время
- 3) время кровотечения
- 4) международное нормализованное отношение

123. ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА ВНУТРЬ ДОЗЫ 75 МГ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ КЛОПИДОГРЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 6
- 2) 18
- 3) 24
- 4) 2

124. СИНТЕЗ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ИНГИБИРУЕТ

- 1)+ каптоприл
- 2) анаприлин
- 3) апрессин
- 4) дибазол

125. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СПИРОНОЛАКТОНА ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ хроническая сердечная недостаточность
- 2) тромбоэмболия мелких ветвей лёгочной артерии
- 3) купирование осложнённого гипертонического криза
- 4) отёк лёгких при остром инфаркте миокарда

126. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоэмболия лёгочной артерии
- 2) расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты
- 3) желудочковая аритмия, вызванная интоксикацией сердечными гликозидами
- 4) гипертонический криз, осложнённый отёком лёгких

127. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышенная чувствительность к метилксантинам
- 2) нарушение мозгового кровообращения
- 3) нарушение периферического кровообращения атеросклеротического генеза
- 4) нарушение кровообращения в сетчатке

128. К ИНГИБИТОРАМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дипиридамол
- 2) ацетилсалициловая кислота
- 3) клопидогрел
- 4) тикагрелор

129. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ бета-адреноблокатор
- 2) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
- 3) дигидропиридиновый антагонист кальция
- 4) антагонист минералокортикоидных рецепторов

130. НЕОБХОДИМОСТЬ СНИЖЕНИЯ ДОЗЫ РИВАРОКСАБАНА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ СНИЖЕНИИ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА МЕНЕЕ (В МЛ/МИН)

- 1)+ 50
- 2) 60
- 3) 70
- 4) 80

131. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ отёк лёгких
- 2) кардиогенный шок
- 3) инфаркт миокарда правого желудочка
- 4) артериальная гипотензия

132. АГРАНУЛОЦИТОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНОЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ

- 1)+ тиклопидина
- 2) тикагрелора
- 3) клопидогрела
- 4) прасугрела

133. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С

- 1)+ верапамилом
- 2) спиронолактоном
- 3) периндоприлом
- 4) триметазидином

134. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ КАПТОПРИЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеноз обеих почечных артерий
- 2) застойная сердечная недостаточность
- 3) хроническая ишемия головного мозга
- 4) хроническая обструктивная болезнь легких

135. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ЭЛИМИНАЦИИ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ почечный
- 2) печеночный
- 3) смешанный печеночный и почечный в соотношении 1:1
- 4) смешанный печеночный и почечный в соотношении 1:2

136. РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О ПРОДОЛЖЕНИИ ПРИЕМА ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ размера инфаркта мозга
- 2) пола больного
- 3) возраста больного
- 4) функции почек

137. ПЕРВИЧНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ГИПОТИАЗИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ блокирование транспорта NaCl
- 2) блокирование бета1-адренорецепторов сердца
- 3) увеличение трансмембранного перехода ионов кальция в клетку
- 4) торможение возбуждения альфа- и бета-адренорецепторов

138. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА ПРАСУГРЕЛА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

- 1)+ 60 мг однократно
- 2) 30 мг 2 раза в сутки
- 3) 30 мг однократно
- 4) 10 мг 2 раза в сутки

139. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЁННОГО ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ фуросемида
- 2) метопролола сукцината
- 3) сердечных гликозидов
- 4) клонидина и нитрендипина

140. ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ 5000 ЕД НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ТРЕБУЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ ПРОТАМИНА СУЛЬФАТА В КОЛИЧЕСТВЕ (В МГ)

- 1)+ 50
- 2) 20
- 3) 5
- 4) 10

141. НАЗНАЧЕНИЕ РИВАРОКСАБАНА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МЕНЕЕ (В МЛ/МИН)

- 1)+ 15
- 2) 30
- 3) 40
- 4) 50

142. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ ФУНКЦИЯМИ И/ИЛИ НАХОДЯЩИХСЯ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ низкомолекулярных гепаринов
- 2) нефракционированного гепарина
- 3) непрямых пероральных антикоагулянтов (варфарин)
- 4) прямых пероральных ингибиторов факторов свёртывания (дабигатран, ривароксабан, апиксабан)

143. АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ПРЕПАРАТОМ – ИНГИБИТОРОМ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзомепразол
- 2) сукральфат
- 3) фамотидин
- 4) метоклопрамид

144. РЕКОМЕНДОВАННАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 48
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 96

145. ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ 100 ЕД НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ТРЕБУЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ ПРОТАМИНА СУЛЬФАТА В КОЛИЧЕСТВЕ (В МГ)

- 1)+ 1
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 100

146. НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФОНДАПАРИНУКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) некроз кожи
- 3) тромбоцитопения
- 4) остеопороз

147. ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ДЕЙСТВИЯ ГЕПАРИНА, ВВОДИМОГО ПОДКОЖНО, ПРОТАМИН СУЛЬФАТ ТРЕБУЕТСЯ ВВОДИТЬ

- 1)+ в виде длительной инфузии
- 2) болюсом однократно
- 3) болюсом один или два раза
- 4) болюсом 3 раза с интервалом 2 ч

148. К I КЛАССУ РЕКОМЕНДАЦИЙ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ достоверные доказательства и (или) единство мнений экспертов в том, что данный вид лечения целесообразен, полезен и эффективен
- 2) противоречивые доказательства и (или) расхождения во мнении экспертов о пользе/эффективности лечения
- 3) доказательства и (или) мнения экспертов за пользу/эффективность лечения
- 4) достоверные доказательства и/или единство мнений экспертов в том, вид лечения не является полезным и эффективным, а в ряде случаев может быть вредным

149. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ уменьшить кратность приёма нитратов для создания 10 часового безнитратного периода
- 2) увеличить дозу нитратов
- 3) увеличить кратность приёма нитратов
- 4) добавить к терапии антагонисты кальция

150. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ АНТИДОТАМ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ протамина сульфат
- 2) свежезамороженную плазму
- 3) тромбоцитарную массу
- 4) активированный концентрат протромбинового комплекса

151. К ВИДАМ НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ ПРИ СИСТЕМНОМ НАЗНАЧЕНИИ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ гипергликемию
- 2) гипогликемию
- 3) гипонатриемию
- 4) гипохлоремию

152. ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ СОСТАВЛЯЕТ(В МИЛЛИГРАММАХ)

- 1)+ 90-120
- 2) 20-40
- 3) 50-60
- 4) 200-500

153. ПРИЧИНОЙ ЯТРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ бета-2 агонистов
- 2) пенициллинов
- 3) кромогликата натрия
- 4) препаратов солодки

154. СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лидокаин
- 2) дилтиазем
- 3) верапамил
- 4) новокаиномид

155. ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ВВОДЯТ ВНУТРИВЕННО

- 1)+ урапидил
- 2) каптоприл
- 3) моксонидин
- 4) амлодипин

156. ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ТЕРАПИИ ГЛИКОЗИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ унитиол
- 2) дротаверин
- 3) парацетамол
- 4) флуконазол

157. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СПИРОНОЛАКТОНА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1)+ гиперкалиемия
- 2) снижение массы тела
- 3) нарушение толерантности к глюкозе
- 4) фотосенсибилизация

158. ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЁКЕ НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ

- 1)+ с Н1-гистаминоблокаторов
- 2) с адреномиметиков
- 3) со стабилизаторов мембран тучных клеток
- 4) с глюкокортикостероидов

159. ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА ОБМЕН КАЛЬЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ОНИ

- 1)+ вызывают гипокальциемию и гиперкальциурию
- 2) способствуют накоплению кальция в костной ткани
- 3) улучшают всасывание кальция в кишечнике
- 4) уменьшают почечную экскрецию кальция

160. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА ТОНУС ВЕНОЗНОГО РУСЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ изосорбида динитрат
- 2) амлодипин
- 3) метопролол
- 4) дилтиазем

161. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВА, НАЗЫВАЮТСЯ

- 1)+ аллергические
- 2) токсические
- 3) фармакодинамические
- 4) фармакокинетические

162. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ ТИПА «TORSADE DE POINTES», ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прокаинамид
- 2) бисопролол
- 3) магния сульфат
- 4) верапамил

163. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, РИСК КОТОРОГО ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НПВС (ДИКЛОФЕНАК) И АНТИКОАГУЛЯНТА НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ (ВАРФАРИН), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический синдром
- 2) нефротоксичность
- 3) гепатотоксичность
- 4) нейротоксичность

164. ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ПРИ ВНЕЗАПНОМ ПРЕКРАЩЕНИИ ПРИЁМА «СИНДРОМ ОТМЕНЫ», ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) диуретики
- 3) агонисты имидазолиновых рецепторов
- 4) ингибиторы АПФ

165. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НПВС, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гастропатия
- 2) артериальная гипотензия
- 3) тахифилаксия
- 4) толерантность

166. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОКАЗАНО

- 1)+ проведение электроимпульсной терапии
- 2) введение наркотических анальгетиков
- 3) введение амиодарона
- 4) введение новокаинамида

167. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА МЕТАБОЛИЗМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ катаболизмом белков
- 2) снижением аппетита
- 3) снижением веса
- 4) гипогликемией

168. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эпинефрин
- 2) норэпинефрин
- 3) допамин
- 4) фенилэфрин

169. КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ РАССТРОЙСТВ ГЕМОДИНАМИКИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ проведения вагусных проб
- 2) проведения чрезпищеводной стимуляции сердца
- 3) введения амиодарона
- 4) введения верапамила

170. ПРЕПАРАТОМ С САМЫМ ВЫРАЖЕННЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ДЕЙСТВИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ индометацин
- 2) метамизол
- 3) парацетамол
- 4) кеторолак

171. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ ЧСС И ВЫЗЫВАЮЩИМ ЗАМЕДЛЕНИЕ АВ-ПРОВЕДЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верапамил
- 2) индапамид
- 3) фозиноприл
- 4) телмисартан

172. ЛУЧШИМ ПРОФИЛЕМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОБЛАДАЮТ ИНГИБИТОРЫ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ

- 1)+ высокоселективные - 2
- 2) неселективные - 1 и 2
- 3) селективные - 1
- 4) селективные - 2

173. К ОСНОВНЫМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ обезболивающий, жаропонижающий, противовоспалительный
- 2) противовоспалительный, обезболивающий, седативный
- 3) жаропонижающий, обезболивающий, снотворный
- 4) обезболивающий, седативный, антиагрегантный

174. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, НЕХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задержка калия
- 2) повышение глюкозы плазмы
- 3) катаболизм белков
- 4) задержка натрия и воды

175. ОСОБЕННОСТЯМИ ДЕЙСТВИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО

- 1)+ повышается вероятность возникновения гликозидной интоксикации
- 2) увеличивают конечно-диастолический объём полостей сердца
- 3) увеличивают конечно-систолический объём полостей сердца
- 4) снижают сердечный выброс

176. ЧЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ОДНОВРЕМЕННО НАЗНАЧЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ?

- 1)+ абсолютной необходимостью в зависимости от состояния пациента
- 2) возрастом пациента
- 3) совместимостью лекарственных препаратов
- 4) профессией пациента

177. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ КОНТРОЛИРОВАТЬ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ЭКГ
- 2) рентгенография
- 3) общий анализ крови
- 4) УЗИ почек

178. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

- 1)+ синдром отмены
- 2) тахикардию
- 3) артериальную гипертензию
- 4) периферические отёки

179. БОЛЬНОМУ С НЕОСЛОЖНЁННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ ПРОТИВОПОКАЗАН

- 1)+ пропранолол
- 2) каптоприл
- 3) нифедипин
- 4) клонидин

180. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1)+ гиперурикемия
- 2) гиперкалиемия
- 3) гипернатриемия
- 4) гипермагниемия

181. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) этмозин
- 3) дизопирамид
- 4) лидокаин

182. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОТОРОГО ТРЕБУЕТСЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОКАЛИЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фуросемид
- 2) спиронолактон
- 3) эналаприл
- 4) рамиприл

183. К НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ МЕХАНИЗМАМ РАЗВИТИЯ ЭПИЗODOВ «ПЕРЕБОЕВ» В РАБОТЕ СЕРДЦА И СЛАБОСТИ У ПАЦИЕНТА, ПОСТОЯННО ПРИНИМАЮЩЕГО ПРЕДНИЗОЛОН И ФУРОСЕМИД, ОТНОСЯТ

- 1)+ дисэлектролитные изменения
- 2) гипокоагуляцию
- 3) печёночную недостаточность
- 4) сердечную недостаточность

184. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ морфина гидрохлорид
- 2) тримеперидин
- 3) нитроглицерин
- 4) трамадол

185. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРЕПАРАТОВ, ПРИ КОТОРОМ ЭФФЕКТ ЛЕКАРСТВА ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖАЕТСЯ, ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ тахифилаксии
- 2) «рикошета»
- 3) «обкрадывания»
- 4) абстинентный

186. К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ брадикардию, АВ-блокаду
- 2) артериальную гипертензию
- 3) снижение тонуса матки
- 4) тахикардию

187. СИНДРОМ ОТМЕНЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ _____ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ДОСТИЖЕНИИ НЕОБХОДИМОГО ЭФФЕКТА

- 1)+ ухудшение клинического течения болезни
- 2) снижение достигнутого результата
- 3) накопление положительного действия
- 4) полную ликвидацию симптомов

188. ПРИ ВВЕДЕНИИ ЭПИНЕФРИНА ПРОИСХОДИТ

- 1)+ повышение артериального давления
- 2) увеличение кровоточивости
- 3) урежение сердечных сокращений
- 4) расширение сосудов кожи, слизистых

189. РИСК ТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ КОМБИНАЦИИ ГЕНТАМИЦИНА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

- 1)+ фуросемид
- 2) бисопролол
- 3) пенициллин
- 4) теофиллин

190. ДОЗА МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/КГ)

- 1)+ 1-2
- 2) 0,1-0,6
- 3) 3-4
- 4) 0,01-0,05

191. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верапамил
- 2) лидокаин
- 3) панангин
- 4) орнид

192. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ПОВЫШЕНИЯ АД ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЁМЕ ПРЕДНИЗОЛОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задержка натрия и жидкости
- 2) снижение объёма циркулирующей крови
- 3) сенситизация β -адренорецепторов
- 4) повышение вязкости крови

193. ОСОБЕННОСТЬЮ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫХ БЛОКАТОРОВ ЦОГ-2 ГРУППЫ КОКСИБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ухудшение прогноза при ИБС
- 2) снижение остроты зрения
- 3) угнетение дыхания
- 4) нейро-мышечная блокада

194. ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ВЫЗЫВАЮТ

- 1)+ лимфоцитопению
- 2) лейкопению
- 3) эритремию
- 4) эозинофилию

195. ВВЕДЕНИЕ КАКОГО ИНФУЗИОННОГО РАСТВОРА ПОКАЗАНО ПРИ НАЛИЧИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ?

- 1)+ изотонического натрия хлорида
- 2) рефортана
- 3) реополиглюкина
- 4) глюкозы 5%

196. ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ИЗМЕНЕНИЕ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение скорости клубочковой фильтрации
- 2) повышение активности цитохрома P450
- 3) ускорение всасывания препаратов в ЖКТ
- 4) увеличение содержания белков плазмы

197. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ брадикардия
- 2) тахикардия
- 3) гиполипидемия
- 4) артериальная гипертензия

198. ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ СТИМУЛИРОВАНИЯ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА И УВЕЛИЧЕНИЯ МИНУТНОГО ОБЪЁМА ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ добутамина
- 2) фенилэфрина
- 3) эналаприлата
- 4) фуросемида

199. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ карведилол
- 2) индапамид
- 3) амлодипин
- 4) ирбесартан

200. ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПОВЫШАЮЩИМИ КОНЦЕНТРАЦИЮ КАЛИЯ В КРОВИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) петлевые диуретики
- 3) глюкокортикостероиды
- 4) препараты инсулина

201. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) антиаритмические препараты IA класса
- 3) антиаритмические препараты IB класса
- 4) антиаритмические препараты IC класса

202. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ТРЕБУЮЩИМ РАСЧЁТА ИНТЕРВАЛА QT ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) пропранолол
- 3) верапамил
- 4) лидокаин

203. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двухсторонний стеноз почечных артерий
- 2) нарушение функции почек
- 3) сухой кашель
- 4) сахарный диабет

204. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, НЕ ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРОВОДИТЬ КОРРЕКЦИЮ ГИПОКАЛИЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ калия оротат
- 2) эплеренон
- 3) калия/магния аспарагинат
- 4) спиронолактон

205. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ эритроциты в моче
- 2) кровь в мокроте
- 3) скрытую кровь в кале
- 4) желудочно-кишечное кровотечение

206. САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С ПРИЕМОМ ХИНИДИНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ желудочковая тахикардия типа «пируэт»
- 2) развитие хронического диффузного фиброза легких
- 3) нарушение функции желудочно-кишечного тракта
- 4) поражение щитовидной железы

207. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ САРТАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ беременность
- 2) подагра
- 3) сахарный диабет
- 4) инсульт в анамнезе

208. К ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫМ КОМБИНАЦИЯМ ОТНОСЯТ НПВС И

- 1)+ диуретики
- 2) антихолинэстеразные препараты
- 3) ингибиторы протонного насоса
- 4) препараты висмута

209. НЕОБХОДИМЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КОНТРОЛЕМ ДЛЯ БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ АЧТВ
- 2) МНО
- 3) время свёртывания
- 4) протромбин

210. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина
- 2) бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 3) бета-блокаторы, тиазидные диуретики
- 4) тиазидные диуретики, дигидропиридиновые антагонисты кальция

211. В КАЧЕСТВЕ КАРДИОТОНИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ДОПАМИН ИСПОЛЬЗУЮТ В ДОЗЕ

- 1)+ 3-10 мкг/кг/мин
- 2) 1-3 мкг/кг/мин
- 3) более 10 мкг/кг/мин
- 4) 3-10 мг/кг/мин

212. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НИТРАТОВ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ

- 1)+ уменьшается
- 2) практически не изменяется
- 3) увеличивается незначительно
- 4) изменяется индивидуально

213. ПРИ ПРИЕМЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ НА ЭКГ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ

- 1)+ корытообразное смещение сегмента ST, удлинение интервала PQ
- 2) удлинение электрической систолы желудочков относительно должной
- 3) снижение вольтажа зубцов комплекса QRS во всех стандартных отведениях
- 4) пароксизмальную синусовую тахикардию с частотой свыше 150 в 1 минуту

214. КАК АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ВЛИЯЮТ НА ФУНКЦИЮ СЕРДЦА?

- 1)+ уменьшают постнагрузку
- 2) уменьшают преднагрузку и существенно не влияют на постнагрузку
- 3) снижают преднагрузку и постнагрузку
- 4) увеличивают преднагрузку и постнагрузку

215. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВАГОТОНИИ ПРИ ВВЕДЕНИИ БАРБИТУРАТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атропин
- 2) эpineфрин
- 3) налорфин
- 4) гексобарбитал

216. КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИЕМА НИТРАТОВ?

- 1)+ понижается
- 2) незначительно повышается
- 3) как правило, не изменяется
- 4) может как повышаться, так и понижаться

217. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АПИКСАБАНА В ДОЗЕ 10 МГ 2 РАЗА В СУТКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 7
- 2) 14
- 3) 21
- 4) 28

218. ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КАШЛЯ ПРИ ПРИЁМЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смена на блокатор рецепторов ангиотензина II
- 2) назначение другого препарата из этой группы
- 3) уменьшение дозы препарата
- 4) отказ от использования препаратов, влияющих на ренин-ангиотензиновую систему

219. ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ амиодарона
- 2) хинидина гидрохлорида
- 3) пропafenона
- 4) лаптаконитина гидробромида

220. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 12

221. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ беременность
- 2) гипокалиемия
- 3) обструктивное заболевание лёгких
- 4) гипергликемия

222. ЗА КАКИМ ИНТЕРВАЛОМ НЕОБХОДИМО СЛЕДИТЬ ПРИ ТЕРАПИИ АМИОДАРОНОМ?

- 1)+ QT
- 2) PQ
- 3) QRS
- 4) внутреннего отклонения

223. НАИБОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПЕРИОДОМ ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ амиодарон
- 2) лидокаин
- 3) морацизина гидрохлорид
- 4) пропafenон

224. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ АЦЕТАЗОЛАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цирроз печени
- 2) глаукома
- 3) эпилепсия
- 4) ХСН

225. СИТУАЦИЕЙ НАЗНАЧЕНИЯ БОЛЕЕ 5 ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТУ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полипрагмазия
- 2) идиосинкразия
- 3) тератогения
- 4) потенцирование

226. КАК ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ АДРЕНАЛИН?

- 1)+ увеличивает
- 2) уменьшает выраженно
- 3) практически не влияет
- 4) дозозависимо снижает

227. ИНГИБИТОРОМ АПФ, КОТОРЫЙ НА ФОНЕ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОБЫЧНО НЕ ТРЕБУЕТ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фозиноприл
- 2) эналаприл
- 3) лизиноприл
- 4) периндоприл

228. ПРИМЕНЕНИЕ ИАПФ В СОЧЕТАНИИ СО СПИРОНОЛАКТОНОМ В ДОЗЕ БОЛЕЕ 25 МГ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ гиперкалиемии
- 2) гипернатриемии
- 3) гипермагниемии
- 4) гиперкальциемии

229. К КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ ОТНОСИТСЯ БЕТА-БЛОКАТОР

- 1)+ бисопролол
- 2) пропранолол
- 3) надолол
- 4) пиндолол

230. НАИБОЛЕЕ ОПАСНО ПРИ В/В ВВЕДЕНИИ ВЕРАПАМИЛА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЁМА БЕТА-БЛОКАТОРА

- 1)+ развитие острой полной а-в блокады
- 2) развитие брадикардии
- 3) обострение сердечной недостаточности
- 4) развитие гипогликемии

231. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НИТРАТОВ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- 1)+ метгемоглобинемия
- 2) диарея
- 3) отёки на ногах
- 4) фотосенсибилизация

232. ДИУРЕТИКОМ, ТРЕБУЮЩИМ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спиронолактон
- 2) фуросемид
- 3) гидрохлортиазид
- 4) хлорталидон

233. ЗА КАКИМ ИНТЕРВАЛОМ НЕОБХОДИМО СЛЕДИТЬ ПРИ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ?

- 1)+ PQ
- 2) QT
- 3) QRS
- 4) внутреннего отклонения

234. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1)+ нарушение толерантности к глюкозе
- 2) нарушение половой функции у мужчин
- 3) синдром Рейно
- 4) бессонница

235. ПРИ СОВМЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ АМИНОГЛИКОЗИДОВ И ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ НАИБОЛЕЕ ОПАСНО

- 1)+ развитие острой почечной недостаточности
- 2) развитие глухоты
- 3) усиление нейротоксичности
- 4) развитие выраженной гипокалиемии

236. ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛСАРТАНА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ билиарном циррозе печени
- 2) ХПН
- 3) ХСН
- 4) артериальной гипертензии

237. ОДНИМ ИЗ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение чувствительности рецепторов сосудистой стенки
- 2) временная гиперактивация системы ренин-ангиотензин-альдостерон
- 3) снижение активации симпат-адреналовой системы
- 4) вазодилатация с задержкой хлорида натрия и воды

238. ПРИ ИСТИННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ИНГИБИТОРОВ АПФ, АЛЬТЕРНАТИВОЙ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ лосартан
- 2) нифедипин
- 3) верапамил
- 4) празозин

239. ПОЛИПРАГМАЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ необоснованное назначение большого количества лекарственных средств
- 2) необходимость в использовании нескольких стандартов лечения
- 3) наличие у пациентов нескольких показаний к применению лекарственных средств
- 4) применение фиксированных комбинаций лекарственных средств

240. ПРИМЕНЕНИЕ НЕГЛИКОЗИДНЫХ СРЕДСТВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВЛИЯЕТ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

- 1)+ увеличивая её
- 2) уменьшая её
- 3) в зависимости от этиологии сердечной недостаточности может увеличивать, а может уменьшать
- 4) в зависимости от выраженности сердечной недостаточности может увеличивать, а может уменьшать

241. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ АНТИАРИТМИКОМ 1С ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пропafenон
- 2) флекаинид
- 3) морацизин
- 4) этацизин

242. НАЗНАЧЕНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОКАЗАНО

- 1)+ при выявлении ишемической болезни сердца
- 2) мужчинам старше 40 лет
- 3) женщинам старше 60 лет
- 4) при выявлении почечной недостаточности

243. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ОРТОСТАТИЧЕСКУЮ ГИПОТОНИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ празозин
- 2) верапамил
- 3) метопролол
- 4) лозартан

244. КЛАССАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ, ТРЕБУЮЩИХ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА БЕЗОПАСНОСТЬЮ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антиаритмики IA класса
- 2) бета-блокаторы
- 3) антагонисты кальция
- 4) петлевые диуретики

245. НПВС УМЕНЬШАЮТ ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ

- 1)+ ингибиторов АПФ
- 2) антагонистов кальция
- 3) седативных препаратов
- 4) альфа-блокаторов

246. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ С УЗКИМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ варфарин
- 2) пенициллин
- 3) эналаприл
- 4) фуросемид

247. НЕБИВОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ БЛОКАТОРОМ ____ АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ

- 1)+ бета1
- 2) бета2
- 3) альфа1
- 4) альфа2

248. У БОЛЬНЫХ ИБС С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ

- 1)+ верапамила
- 2) нитроглицерина
- 3) молсидомина
- 4) нифедипина

249. ПРЕПАРАТОМ, ТРЕБУЮЩИМ КОНТРОЛЯ МНО, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ варфарин
- 2) гепарин
- 3) дабигатран
- 4) клопидогрел

250. К ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫМ КОМБИНАЦИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ фуросемид и гентамицин
- 2) фуросемид и спиронолактон
- 3) торасемид и цефтриаксон
- 4) торасемид и амоксициллин

251. ПРЕПАРАТАМИ, К КОТОРЫМ ВОЗНИКАЕТ ТОЛЕРАНТНОСТЬ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нитраты
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) антагонисты кальция
- 4) антикоагулянты

252. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ НИФЕДИПИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тахикардия
- 2) сухой кашель
- 3) повышение внутриглазного давления
- 4) оральный кандидоз

253. ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТОВ КУМАРИНОВОЙ ГРУППЫ ОПТИМАЛЬНА ПРИ ПОДДЕРЖАНИИ МЕЖДУНАРОДНОГО НОРМАЛИЗОВАННОГО ОТНОШЕНИЯ (МНО) В ПРЕДЕЛАХ

- 1)+ 2,0-3,0
- 2) 1,0-2,0
- 3) 0-1,0
- 4) 5,0-6,0

254. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ II и III КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ соталол
- 2) верапамил
- 3) лидокаин
- 4) этацизин

255. У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лозартан
- 2) спиронолактон
- 3) гипотиазид
- 4) маннитол

256. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ метилдопа
- 2) фозиноприл
- 3) периндоприл
- 4) телмисартан

257. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ III КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ соталол
- 2) лидокаин
- 3) фенитоин
- 4) дигоксин

258. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ БИСОПРОЛОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ урежение частоты сердечных сокращений
- 2) повышение потребности миокарда в кислороде
- 3) повышение частоты сердечных сокращений
- 4) увеличение уровня артериального давления

259. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ III КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) пропранолол
- 3) прокаинамид
- 4) метопролол

260. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ РИТМА ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ

- 1)+ бета-адреноблокаторов и дигоксина
- 2) дигоксина и верапамила
- 3) дигоксина и амиодарона
- 4) бета-адреноблокаторов и верапамила

261. ПРЕПАРАТОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ПЕТЛЕВЫМ ДИУРЕТИКАМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ торасемид
- 2) хлорталидон
- 3) амилорид
- 4) спиронолактон

262. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРОГО СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хининдин
- 2) атенолол
- 3) метопролол
- 4) эналаприл

263. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ IC КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ этацизин
- 2) прокаинамид
- 3) пропранолол
- 4) дилтиазем

264. ПАЦИЕНТУ С СИНДРОМОМ БРУГАДА ПРИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ К ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ДОЛЖЕН БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН

- 1)+ хининдин
- 2) пропафенон
- 3) бисопролол
- 4) верапамил

265. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лозартан
- 2) адеметеонин
- 3) симвастатин
- 4) аторвастатин

266. ПРИЁМ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СИМПТОМОВ МИАЛГИИ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ В КРОВИ АКТИВНОСТИ КФК БОЛЕЕ ЧЕМ _____ НОРМ

- 1)+ 10
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 2

267. К ПРЕПАРАТУ ВЫБОРА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ спиронолактон
- 2) соталол
- 3) амиодарон
- 4) атенолол

268. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ бетаблокаторы
- 2) прокаинамид
- 3) пропафенон
- 4) дизопирамид

269. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ каптоприл
- 2) ацетазоламид
- 3) гидрохлортиазид
- 4) биспролол

270. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ III КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) хинидин
- 3) лидокаин
- 4) пропафенон

271. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ IV КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дилтиазем
- 2) прокаинамид
- 3) биспролол
- 4) пропафенон

272. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ Ib КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лидокаин
- 2) биспролол
- 3) прокаинамид
- 4) ивабрадин

273. ПРЕПАРАТОМ, АРИТМОГЕННОСТЬ КОТОРОГО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ этацизин
- 2) метопролол
- 3) верапамил
- 4) дилтиазем

274. ПРЕПАРАТОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К НЕПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ варфарин
- 2) гепарин
- 3) кардиомагнил
- 4) аспирин

275. ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ НАЗНАЧЕНИИ СТАТИНОВ И ФИБРАТОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1)+ миопатии
- 2) лейкопении
- 3) нейротоксичности
- 4) амилоидоза

276. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА УГЛЕВОДНЫЙ И ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ОКАЗЫВАЮТ

- 1)+ неселективные бета-адреноблокаторы
- 2) антагонисты кальция
- 3) ингибиторы АПФ
- 4) препараты центрального действия

277. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тимолол
- 2) маннитол
- 3) спиронолактон
- 4) индапамид

278. ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ АЛЬДОСТЕРОНА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эплеренон
- 2) индапамид
- 3) гидрохлортиазид
- 4) сакубитрил

279. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ФУРОСЕМИДА ОТНОСЯТ

- 1)+ обострение подагры
- 2) снижение свертываемости крови
- 3) повышение артериального давления
- 4) повышение уровня билирубина

280. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРОГО СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фениитоин
- 2) пропранолол
- 3) атенолол
- 4) амиодарон

281. ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НЕ ПОКАЗАН ПРИЕМ

- 1)+ диуретиков
- 2) антагонистов кальция дигидропиридинового ряда длительного действия
- 3) иАПФ
- 4) блокаторов АТ1-рецепторов ангиотензина II

282. К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ антагонисты кальциевых каналов
- 2) бета-блокаторы
- 3) агонисты альфа2-адренорецепторов
- 4) агонисты имидазолиновых рецепторов

283. ИНТОКСИКАЦИЯ ПРЕПАРАТАМИ ДИГОКСИНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ тошнотой и рвотой
- 2) болью в сердце
- 3) угнетением сознания
- 4) кровотечением

284. ПРЕПАРАТОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ГИПОТЕНЗИВНЫЙ И АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бисопролол
- 2) метамизол натрия
- 3) триметазидин
- 4) гепарин натрия

285. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ II КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атенолол
- 2) пропafenон
- 3) прокаинамид
- 4) леркадипин

286. К ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ I КЛАССА (БЛОКАТОРАМ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ

- 1)+ пропafenон
- 2) пропранолол
- 3) эналаприл
- 4) нифедипин

287. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ФАСЦИКУЛЯРНОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ВНУТРИВЕННО МОЖНО ВВЕСТИ

- 1)+ верапамил
- 2) эпинефрин
- 3) нифедипин
- 4) спиронолактон

288. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БРУГАДА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST И ЛЕЧЕНИЯ «АРИТМИЧЕСКОГО ШТОРМА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хинидин
- 2) прокаинамид
- 3) нифедипин
- 4) верапамил

289. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ БРУГАДА ДОЛЖЕН БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН

- 1)+ хинидин
- 2) лидокаин
- 3) пропранолол
- 4) фенитоин

290. ПРЕПАРАТОМ, АРИТМОГЕННОСТЬ КОТОРОГО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хинидин
- 2) бисопролол
- 3) верапамил
- 4) дигоксин

291. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ В ВИДЕ КАШЛЯ ПРИ ПРИЁМЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ СВЯЗАН С/СО

- 1)+ увеличением продукции брадикинина в лёгких
- 2) снижением содержания ангиотензина II
- 3) снижением активности ренина плазмы
- 4) увеличением продукции натрийуретических пептидов

292. К ПРЕПАРАТУ С АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРОГО ВОЗМОЖНО НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ ивабрадин
- 2) леркадипин
- 3) спиронолактон
- 4) метопролола сукцинат

293. ВРЕМЯ НАЧАЛА ЭФФЕКТА НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ПРИЁМЕ СУБЛИНГВАЛЬНО СОСТАВЛЯЕТ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 2
- 2) 5
- 3) 30
- 4) 8

294. МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибирование фермента ГМГ-КоА-редуктазы
- 2) активация аденозина
- 3) ингибирование фосфодиэстеразы
- 4) активация аденилатциклазы

295. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ IA КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хинидин
- 2) лидокаин
- 3) пропранолол
- 4) амиодарон

296. ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 19
- 2) 14
- 3) 9
- 4) 6

297. ПРЕПАРАТОМ, АРИТМОГЕННОСТЬ КОТОРОГО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фенитоин
- 2) метопролол
- 3) верапамил
- 4) ивабрадин

298. ОСНОВУ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ РАНОЛАЗИНА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ блокада натриевых каналов
- 2) блокада рецепторов ангиотензина-II
- 3) стимуляция продукции альдостерона
- 4) стимуляция рецепторов ангиотензина-II

299. К ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА, ОТНОСЯТ

- 1)+ добутамин
- 2) атропин
- 3) атенолол
- 4) триметазидин

300. АНТИАНГИНАЛЬНЫМ СРЕДСТВОМ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРОГО ВОЗМОЖНО ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ивабрадин
- 2) бисопролол
- 3) фозиноприл
- 4) метопролол

301. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ АПИКСАБАНОМ В ДОЗЕ ____МГ____

- 1)+ 10; 2 раза в день в течение 7 дней с последующим переходом на поддерживающую дозу 5 мг 2 раза в день
- 2) 5; 2 раза в день в течение 1 месяца с последующим переходом на поддерживающую дозу 2,5 мг 1 раз в день
- 3) 20; 2 раза в день в течение 7 дней с последующим переходом на поддерживающую дозу 15 мг 2 раза в день
- 4) 2,5; в сутки

302. К КАКОЙ ГРУППЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРОПАФЕНОН?

- 1)+ 1C
- 2) 1A
- 3) 2
- 4) 3

303. БОЛЬНОМУ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ЙОДА АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАН

- 1)+ амиодарон
- 2) бисопролол
- 3) амлодипин
- 4) ивабрадин

304. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1)+ АВ-блокаде 2 степени
- 2) аритмиях, провоцируемых повышенной адренэргической стимуляцией сердца
- 3) тахикардиях из АВ узла
- 4) аритмиях при гликозидной интоксикации и удлинении QT

305. ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ СУЛЬФАТА МАГНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ желудочковой тахикардии типа пируэт
- 2) мерцательной аритмии
- 3) пароксизмальных атриовентрикулярных тахикардий
- 4) мономорфной желудочковой тахикардии

306. ХОЛИНОЛИТИЧЕСКИМ (АТРОПИНОПОДОБНЫМ) ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ хинидин
- 2) амиодарон
- 3) метопролол
- 4) лидокаин

307. МЕХАНИЗМОМ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АЛИРОКУМАБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибирование пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9)
- 2) ингибирование 3-гидрокси-3-метилглутарил-СоА редуктазы в печени
- 3) стимуляция альфа-рецепторов клеточного ядра, активируемых пролифератор пероксисом (PPAR-альфа)
- 4) препятствование всасыванию холестерина в кишечнике

308. ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ БЫСТРОГО ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ АТФ ПРИ КУПИРОВАНИИ

- 1)+ пароксизмальной АВ-узловой тахикардии
- 2) желудочковой тахикардии
- 3) мерцательной аритмии
- 4) тахикардии с участием дополнительного пути проведения

309. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ исчезновение болевого синдрома
- 2) увеличение дозы нитроглицерина
- 3) снижение толерантности к нагрузке
- 4) снижение фракции сердечного выброса

310. К КЛАССУ ПРЕПАРАТОВ, АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАННОМУ ПРИ ПОДАГРЕ, ОТНОСЯТ

- 1)+ тиазидные диуретики
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) антагонисты кальция
- 4) ингибиторы АПФ

311. У БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ

- 1)+ низкомолекулярными гепаринами
- 2) ацетилсалициловой кислотой
- 3) клопидогрелем
- 4) дабигатраном

312. БРОНХОСПАЗМ И КОНСТРИКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ ПРИ ПРИЕМЕ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ОБУСЛОВЛЕНА БЛОКАДОЙ

- 1)+ бета-2-рецепторов
- 2) бета-1-рецепторов
- 3) М-холинорецепторов
- 4) бета-1 с одновременным агонистическим эффектом к бета-2-рецепторам

313. К ПРЕПАРАТАМ, ЗАМЕДЛЯЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ НА УРОВНЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ дигоксин
- 2) амлодипин
- 3) ивабрадин
- 4) лизиноприл

314. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) дабигатран
- 3) ацетилсалициловая кислота
- 4) метопролола сукцинат

315. К КЛАССУ ПРЕПАРАТОВ, АБСОЛЮТНО ПРОТИВПОКАЗАННОМУ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, ОТНОСЯТ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) тиазидные диуретики
- 3) антагонисты кальция
- 4) ингибиторы АПФ

316. МЕХАНИЗМОМ АРИТМОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ БЛОКАТОРОВ NA- КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ замедление проведения импульса
- 2) подавление автоматизма клеток синусового узла
- 3) подавление автоматизма клеток АВ-узла
- 4) повышение триггерной активности кардиомиоцитов

317. ПРИЕМ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИВОДИТ К СНИЖЕНИЮ

- 1)+ агрегации тромбоцитов
- 2) активированного частичного тромбопластинового времени
- 3) тромбопластинового времени
- 4) протромбинового времени

318. У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА И СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ антикоагулянтной терапии
- 2) тромболитической терапии в первые сутки
- 3) постановки кава-фильтра
- 4) антиагрегантной терапии

319. САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С ПРИЕМОМ ХИНИДИНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возникновение желудочковой тахикардии типа пируэт
- 2) возникновение фиброза легких
- 3) головокружение
- 4) нарушение функции желудочно-кишечного тракта

320. В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) аллапинин
- 3) пропафенон
- 4) соталол

321. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАННЕЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ БОЛЬНОМУ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И ФВ 35% ПОКАЗАН

- 1)+ амиодарон
- 2) пропafenон
- 3) соталол
- 4) новокаиnamид

322. ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СПОСОБНЫМ УВЕЛИЧИВАТЬ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нифедипин
- 2) телмисартан
- 3) фозиноприл
- 4) сакубитрил

323. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ АРИТМИЯХ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) лидокаин
- 3) дигоксин
- 4) верапамил

324. К ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ, УВЕЛИЧИВАЮЩИМ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, ОТНОСЯТ

- 1)+ нифедипин
- 2) ацетилсалициловую кислоту
- 3) периндоприл
- 4) кандесартан

325. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ амиодарону
- 2) дизопирамиду
- 3) этмозину
- 4) хинидину

326. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОКАИНАМИДА (ОСОБЕННО ПРИ ОЧЕНЬ БЫСТРОМ ВВЕДЕНИИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипотензия
- 2) головная боль
- 3) резкая брадикардия
- 4) тошнота

327. УСКОРЕНИЕ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- 1)+ лидокаин
- 2) аллапинин
- 3) пропafenон
- 4) амиодарон

328. В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) дифенин
- 3) хинидин
- 4) амиодарон

329. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВЕРАПАМИЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ брадикардия
- 2) артериальная гипертензия
- 3) бронхиальная астма
- 4) хронический калькулезный холецистит

330. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ГЛИКОЗИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дифенин
- 2) хинидин
- 3) аллапинин
- 4) новокаиномид

331. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ

- 1)+ двустороннем стенозе почечной артерии
- 2) диабетической нефропатии
- 3) хронической болезни почек 2 стадии
- 4) синдроме Конна

332. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ДИЛТИАЗЕМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипотония
- 2) болезнь Крона
- 3) язва желудка
- 4) тахикардия

333. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ РИВАРОКСАБАНОМ В ДОЗЕ _____ МГ _____

- 1)+ 15; 2 раза в день в течение 3 недель с последующим переходом на поддерживающую дозу 20 мг в сутки
- 2) 40; 2 раза в день в течение 3 недель с последующим переходом на поддерживающую дозу 20 мг в сутки
- 3) 110; 2 раза в день
- 4) 5; 2 раза в день

334. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА СУБЛИНГВАЛЬНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ каптоприл
- 2) спиронолактон
- 3) периндоприл
- 4) кандесартан

335. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНОЙ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И УМЕРЕННЫМ ИЛИ ТЯЖЕЛЫМ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ варфарин
- 2) дабигатран
- 3) апиксабан
- 4) ривароксабан

336. БИВАЛИРУДИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямым ингибитором тромбина
- 2) селективным ингибитором Ха фактора
- 3) блокатором IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов
- 4) низкомолекулярным гепарином

337. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) спиронолактон
- 3) периндоприл
- 4) ривароксабан

338. К КЛАССУ ПРЕПАРАТОВ, АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАННОМУ ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ В АНАМНЕЗЕ, ОТНОСЯТ

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) тиазидные диуретики
- 3) бета-адреноблокаторы
- 4) антагонисты кальция

339. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нитроглицерин
- 2) изосорбида мононитрат
- 3) ацетилсалициловая кислота
- 4) розувастатин

340. КОНТРОЛЬНЫМ ТЕСТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРФАРИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ международное нормализованное отношение (МНО)
- 2) время кровотечения
- 3) количество тромбоцитов
- 4) активированное частичное тромбопластиновое время

341. К КАКОЙ ГРУППЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ НОВОКАИНАМИД?

- 1)+ 1А
- 2) 1В
- 3) 1С
- 4) 2

342. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ амиодарона
- 2) пропафенона
- 3) соталола
- 4) карведилола

343. ПРЕПАРАТОМ, В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАМЕДЛЯЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ В АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ УЗЛЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верапамил
- 2) новокаинамид
- 3) хинидин
- 4) лидокаин

344. ДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ-II ОПОСРЕДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ БЛОКАДУ

- 1)+ рецепторов 1 типа
- 2) рецепторов 2 типа
- 3) рецепторов 3 типа
- 4) mas-р рецепторов к ангиотензину 1-7

345. К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ОТНОСЯТ

- 1)+ низкомолекулярные гепарины
- 2) ацетилсалициловую кислоту
- 3) тикагрелор
- 4) блокаторы P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов

346. МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НИТРАТОВ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тредмил-тест
- 2) рентгенография
- 3) общий анализ крови
- 4) биохимический анализ крови

347. ИНГИБИТОРОМ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА, КОТОРЫЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ каптоприл
- 2) формотерол
- 3) сакубитрил
- 4) леркадипин

348. МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗНАЧЕННЫХ НИТРАТОВ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тредмил-тест
- 2) суточное мониторирование по Холтеру
- 3) эхокардиография
- 4) общий анализ крови

349. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ БИСОПРОЛОЛА УМЕНЬШАЕТ

- 1)+ нимесулид
- 2) периндоприл
- 3) спиронолактон
- 4) флуконазол

350. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ каптоприл
- 2) ацетилсалициловая кислота
- 3) фозиноприл
- 4) нитроглицерин

351. ПРИЗНАКОМ КАРДИОТОКСИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление желудочковой экстрасистолии по типу бигеминии
- 2) укорочение интервала QT
- 3) корытообразная депрессия сегмента ST
- 4) развитие брадикардии

352. АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ АДРЕНЕРГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СЕРДЦЕ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

353. АЦЕТАЗОЛАМИД ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ В ПОЧЕЧНЫХ НЕФРОНАХ

- 1)+ проксимального извитого канальца
- 2) восходящей части петли Генле
- 3) дистального извитого канальца
- 4) собирательных трубочек

354. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперурикемия
- 2) аменорея
- 3) гипернатриемия
- 4) гипокальциемия

355. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипокалиемия
- 2) аменорея
- 3) гинекомастия
- 4) гиперкальциемия

356. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ КАРДИОТОНИЧЕСКИХ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение чувствительности миофибрилл сердца к ионам кальция
- 2) опосредование механизма действия через адренергические рецепторы
- 3) ухудшение диастолического расслабления левого желудочка
- 4) частичное стимулирование синтеза фосфодиэстеразы-3

357. К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕПРИЯТНЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА ИЛИ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ОТНОСЯТ

- 1)+ бета-блокаторы
- 2) каптоприл
- 3) дигоксин
- 4) амиодарон

358. СТРУЙНОЕ ВВЕДЕНИЕ ХЛОРИДА КАЛЬЦИЯ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ передозировке верапамила
- 2) фибрилляции желудочков
- 3) массивной кровопотере
- 4) желудочковой пароксизмальной тахикардии

359. К НЕГЛИКОЗИДНЫМ ИНОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ стимуляторы бета-адренорецепторов
- 2) альфа1-адреностимуляторы
- 3) производные наперстянки
- 4) миокардиальные цитопротекторы

360. ОСНОВНЫМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РЕГУЛЯЦИИ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ аденозина
- 2) b2-адренорецепторов
- 3) M-холинорецепторов
- 4) a1-адренорецепторов

361. К ПОБОЧНЫМ ЯВЛЕНИЯМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАТИНАМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ миопатии
- 2) импотенцию
- 3) гиперурикемию
- 4) снижение скорости клубочковой фильтрации

362. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипертензия
- 2) облитерирующий атеросклероз периферических артерий
- 3) атриовентрикулярная блокада I степени
- 4) бронхиальная астма

363. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ (КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИХ ДИУРЕТИКОВ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперкалиемию
- 2) гиперурикемию
- 3) нарушение толерантности к глюкозе
- 4) гиперкальциемию

364. ПЕРЕД ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИЕМ КЛОПИДОГРЕЛЯ НЕОБХОДИМО ОТМЕНИТЬ ЗА (В ДНЯХ)

- 1)+ 3
- 2) 14
- 3) 7
- 4) 1

365. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ силденафил
- 2) амринон
- 3) допамин
- 4) левосимендан

366. АМФИФИЛЬНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ, РАСТВОРИМЫМ В ВОДЕ И ЖИРАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бетаксолол
- 2) метопролол
- 3) соталол
- 4) атенолол

367. РЕЗУЛЬТАТЫ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОДЕМОНСТРИРОВАЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПОЛЬЗУ ОТ НАЗНАЧЕНИЯ СТАТИНОВ БОЛЬНЫМ АГ С УМЕРЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ (≤ 6.5 ммоль/л)?

- 1)+ ASCOT-LLA
- 2) ACTION
- 3) ALLHAT
- 4) ATHEROMA

368. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ДОБУТАМИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ непосредственное влияние на альфа- и бета-адренорецепторы
- 2) повышение высвобождения норадреналина из симпатических окончаний
- 3) влияние на дофаминовые рецепторы
- 4) блокирование исключительно β_1 -адренорецепторов

369. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШИМ ЭФФЕКТОМ ПО СНИЖЕНИЮ ХС ЛПНП И УМЕНЬШЕНИЮ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПРИ ЕГО ДОБАВЛЕНИИ К СТАТИНАМ В СЛУЧАЯХ, ЕСЛИ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХС ЛПНП НА МОНОТЕРАПИИ СТАТИНАМИ НЕ ДОСТИГНУТ?

- 1)+ ингибитор PCSK9
- 2) никотиновая кислота
- 3) фенофибрат
- 4) эзетимиб

370. АНТИТРОМБОЦИТАРНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ празугрел
- 2) фондапаринукс
- 3) тенектеплаза
- 4) гирудин

371. ДЛЯ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-3 ХАРАКТЕРНО

- 1)+ снижение лёгочно-капиллярного давления
- 2) уменьшение коронарного кровотока
- 3) повышение системного артериального давления
- 4) уменьшение частоты сердечных сокращений

372. ПРИЗНАКОМ НАСЫЩЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ корытообразная депрессия сегмента ST
- 2) появление желудочковых экстрасистол
- 3) подъём сегмента ST
- 4) развитие тахикардии

373. УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ПРИ ПРИЕМЕ НИТРАТОВ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ уменьшением преднагрузки на левый желудочек
- 2) отрицательным хронотропным эффектом
- 3) отрицательным инотропным эффектом
- 4) уменьшением постнагрузки на правый желудочек

374. К АНТИАНГИНАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ПЕРВОГО ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО И/ИЛИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ дигидропиридиновые антагонисты кальция
- 2) верапамил, дилтиазем
- 3) ингибиторы АПФ
- 4) нитраты

375. К АНТИАРИТМИКАМ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ IB КЛАССА, ОТНОСЯТ

- 1)+ лидокаин, тримекаин, мексилетин
- 2) амиодарон, соталол
- 3) морацизин, этализин, пропафенон
- 4) хинидин, прокаинамид, аймалин

376. ПРИ ПРИЕМЕ АНТИКОАГУЛЯНТА РИСК РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОЦЕНИВАТЬ ПО ШКАЛЕ

- 1)+ HAS-BLED
- 2) CHA2DS2VASc
- 3) SCORE
- 4) ВАШ

377. КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ спиронолактон
- 2) гипотиазид
- 3) этакриновая кислота
- 4) фуросемид

378. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острая левожелудочковая недостаточность
- 2) стенокардия напряжения
- 3) эссенциальная артериальная гипертензия
- 4) аритмия

379. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ (КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИХ ДИУРЕТИКОВ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эссенциальная артериальная гипертензия
- 2) аритмия
- 3) острая левожелудочковая недостаточность
- 4) нефротический синдром

380. АНТИАНГИНАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ уменьшении преднагрузки миокарда
- 2) увеличении притока венозной крови к сердцу
- 3) увеличении периферического сопротивления и снижении артериального давления
- 4) увеличении конечного диастолического давления

381. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ПРОИСХОДИТ СНИЖЕНИЕ

- 1)+ общего периферического сосудистого сопротивления
- 2) активности симпат-адреналовой системы
- 3) активности ренин-ангиотензиновой системы
- 4) образования альдостерона

382. НЕСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ надолол
- 2) небиволол
- 3) эсмолол
- 4) метопролол

383. К АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ антагонисты кальция
- 2) бета-блокаторы
- 3) нитраты
- 4) ингибиторы АПФ

384. АНТИАНГИНАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ снижении потребности миокарда в кислороде
- 2) расширении коронарных сосудов
- 3) повышении артериального давления
- 4) увеличении сократительной способности миокарда

385. К РАЗВИТИЮ БРАДИКАРДИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПЕРЕДОЗИРОВКА

- 1)+ сердечными гликозидами
- 2) нитропрепаратами пролонгированного действия
- 3) дигидропиридиновыми антагонистами кальция
- 4) пропафеноном

386. КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ небиволол
- 2) соталол
- 3) карведилол
- 4) тимолол

387. ГИДРОФИЛЬНЫМ (ВОДОРАСТВОРИМЫМ) БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атенолол
- 2) биспролол
- 3) метопролол
- 4) карведилол

388. АНТИАРИТМИКАМИ IA КЛАССА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ хинидин, прокаинамид, дизопирамид, аймалин
- 2) амиодарон, соталол, бретилия тозилат
- 3) морацизин, этацизин, пропафенон
- 4) дилтиазем, верапамил, нифедипин

389. СТРЕПОКИНАЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ (В ЕД)

- 1)+ 1.500.000
- 2) 300.000
- 3) 30.000
- 4) 150.000

390. МИШЕНЬЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ГИДРОХЛОРОТИАЗИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дистальный извитой каналец
- 2) восходящая часть петли Генле
- 3) проксимальный извитой каналец
- 4) собирательная трубочка

391. ФУРОСЕМИД ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ В ПОЧЕЧНЫХ НЕФРОНАХ

- 1)+ восходящей части петли Генле
- 2) проксимального извитого канальца
- 3) дистального извитого канальца
- 4) собирательных трубочек

392. К КЛАССУ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ОБЛАДАЮЩЕМУ НАИБОЛЬШЕЙ СПОСОБНОСТЬЮ УМЕНЬШАТЬ СОДЕРЖАНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ статины
- 2) фибраты
- 3) никотиновую кислоту
- 4) эзетимиб

393. АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА, БЛОКИРУЮЩИЕ МЕДЛЕННЫЕ КАЛЬЦИЕВЫЕ КАНАЛЫ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

- 1)+ IV
- 2) III
- 3) II
- 4) I

394. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ, РАСТВОРИМЫМ В ВОДЕ И ЖИРАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бисопролол
- 2) метопролол
- 3) соталол
- 4) карведилол

395. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, С КОТОРЫМ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ В-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верапамил
- 2) гипотиазид
- 3) каптоприл
- 4) аспирин

396. К АНТИАНГИНАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ПЕРВОГО ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ И/ИЛИ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ кардиоселективные бета-блокаторы
- 2) дигидропиридиновые антагонисты кальция
- 3) нитраты
- 4) ингибиторы АПФ

397. ЛИПОФИЛЬНЫМ (ЖИРОРАСТВОРИМЫМ) БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пропранолол
- 2) атенолол
- 3) бисопролол
- 4) соталол

398. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бронхиальная астма в период обострения
- 2) беременность
- 3) хроническая сердечная недостаточность
- 4) гипертрофическая кардиомиопатия

399. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 5-10
- 2) 40-80
- 3) 90-120
- 4) 20-30

400. ПРЕПАРАТ КЛОПИДОГРЕЛ ОТНОСИТСЯ К ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЕ _____ СРЕДСТВ

- 1)+ антитромбоцитарных
- 2) антиаритмических
- 3) антикоагулянтных
- 4) антиангинальных

401. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА ОТНОСЯТСЯ БЛОКАТОРЫ

- 1)+ калиевых каналов
- 2) бета-адренорецепторов
- 3) натриевых каналов
- 4) кальциевых каналов

402. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) дилтиазем
- 3) аденозин
- 4) карведилол

403. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ карведилол
- 2) дизопирамид
- 3) дронедазон
- 4) дилтиазем

404. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ IV КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дилтиазем
- 2) атенолол
- 3) карведилол
- 4) амиодарон

405. К БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ СО СВОЙСТВАМИ БЛОКАТОРОВ АЛЬФА-АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ лабеталол
- 2) эсмолол
- 3) альпренолол
- 4) пропранолол

406. КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ БЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СИМПАТОМИМЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метопролол
- 2) окспренолол
- 3) пропранолол
- 4) надолол

407. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ I КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пропафенон
- 2) метопролол
- 3) амиодарон
- 4) дигоксин

408. АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ

- 1)+ уменьшают постангрузку и существенно не влияют на преднагрузку
- 2) уменьшают преднагрузку и существенно не влияют на постангрузку
- 3) увеличивают пред- и постангрузку
- 4) уменьшают пред- и постангрузку

409. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ торасемид
- 2) гидрохлортиазид
- 3) спиронолактон
- 4) моксонидин

410. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ соталол
- 2) верапамил
- 3) дигоксин
- 4) тимолол

411. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ биспролол
- 2) пропafenон
- 3) амиодарон
- 4) дигоксин

412. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ IV КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ верапамил
- 2) амиодарон
- 3) соталол
- 4) дронедазон

413. К КАРДИОНЕСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-БЛОКАТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ пропранолол
- 2) атенолол
- 3) метопролол
- 4) биспролол

414. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение ритма сердца
- 2) хроническое обструктивное заболевание легких
- 3) вазоспастическая стенокардия
- 4) кардиогенный шок

415. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА ОТНОСЯТСЯ БЛОКАТОРЫ

- 1)+ бета-адренорецепторов
- 2) натриевых каналов
- 3) калиевых каналов
- 4) кальциевых каналов

416. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ИСКУССТВЕННОЙ ГИПЕРКАЛИЕМИЕЙ У СПОРТСМЕНОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОЗИРОВКУ ХЛОРИСТОГО КАЛИЯ ОТ (В МИЛЛИМОЛЯХ НА ЛИТР)

- 1)+ 5,5 до 6,5
- 2) 6,5 до 8
- 3) 2 до 4
- 4) 8 до 10

417. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ибрутиниб
- 2) хлорбутин
- 3) циклофосфан
- 4) винкристин

418. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ IV КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ лидокаин
- 2) прокаинамид
- 3) хинидин
- 4) пропафенон

419. К ПРЕПАРАТАМ ИЗ ГРУППЫ ПРОСТАНОИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ простагландин E
- 2) бозентан
- 3) силденафил
- 4) верапамил

420. САМЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ СТАТИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рабдомиолиз
- 2) отек Квинке
- 3) гепатит
- 4) панкреатит

421. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ I КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ лидокаин
- 2) дронедазон
- 3) соталол
- 4) дилтиазем

422. СЕКРЕЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА МОЖЕТ УВЕЛИЧИВАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1)+ диуретиков
- 2) антагонистов кальция
- 3) бета-блокаторов
- 4) ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

423. К КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ БЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СИМПАТОМИМЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ атенолол
- 2) ацебутолол
- 3) пропранолол
- 4) пиндолол

424. НЕКАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ БЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СИМПАТОМИМЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ надолол
- 2) метопролол
- 3) бетаксолол
- 4) небиволол

425. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ишемическая болезнь сердца
- 2) атриовентрикулярная блокада 3 степени
- 3) острая сердечная недостаточность
- 4) бронхиальная астма

426. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ атенолол
- 2) лидокаин
- 3) прокаинамид
- 4) дигоксин

427. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ IC КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пропafenон
- 2) лидокаин
- 3) верапамил
- 4) анаприлин

428. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ СО СВОЙСТВАМИ БЛОКАТОРОВ АЛЬФА-АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ карведилол
- 2) небиволол
- 3) атенолол
- 4) метопролол

429. К НЕКАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ БЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СИМПАТОМИМЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ пропранолол
- 2) окспренолол
- 3) ацебутолол
- 4) атенолол

430. ПРИ РАЗВИТИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ СЛЕДУЕТ

- 1)+ временно отменить препарат
- 2) полностью отказаться от их применения
- 3) перейти на приём другого препарата данной группы
- 4) уменьшить дозировку

431. АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ПОДАВЛЯЕТ АВТОМАТИЗМ СИНУСОВОГО УЗЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метопролол
- 2) нитроглицерин
- 3) молсидомин
- 4) изосорбида динитрат

432. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ метопролол
- 2) прокаинамид
- 3) соталол
- 4) аденозин

433. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ I КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ хинидин
- 2) пропранолол
- 3) соталол
- 4) верапамил

434. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ IA КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ прокаинамид
- 2) лидокаин
- 3) флекаинид
- 4) пропафенон

435. ОДНИМ ИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ПРИЕМЕ СТАТИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ миалгия
- 2) цефалгия
- 3) гастралгия
- 4) целиакия

436. СТАРТОВАЯ ДОЗА АНТАГОНИСТА АЛЬДОСТЕРОНА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 25
- 2) 50
- 3) 100
- 4) 12,5

437. ГИНЕКОМАСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЁМЕ

- 1)+ спиронолактона
- 2) этакриновой кислоты
- 3) гидрохлоротиазида
- 4) триамтерена

438. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эссенциальная артериальная гипертензия
- 2) брадикардия
- 3) артериальная гипотензия
- 4) стенозирующее заболевание периферических сосудов с ишемией конечностей

439. К БЛОКАДЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ПРОВЕДЕНИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ КОМБИНАЦИЯ

- 1)+ метопрола и верапамила
- 2) дилтиазема и нифедипина
- 3) нифедипина и верапамила
- 4) метопролола и нифедипина

440. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ДЕЙСТВИЯ ВЕРОШПИРОНА НА РАЗЛИЧНЫЕ ЧАСТИ НЕФРОНА

- 1)+ собирательные трубочки
- 2) проксимальный извитой каналец
- 3) восходящая часть петли Генле
- 4) дистальный извитой каналец

441. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ IV КЛАССА ОТНОСЯТСЯ БЛОКАТОРЫ

- 1)+ кальциевых каналов
- 2) бета-адренорецепторов
- 3) калиевых каналов
- 4) натриевых каналов

442. ВАЗОПРЕССОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ангиотензин-II
- 2) ангиотензин-I
- 3) ренин
- 4) простаглицлин

443. К КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ эсмолол
- 2) бопиндолол
- 3) надолол
- 4) тимолол

444. КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-БЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метопролол
- 2) пропранолол
- 3) надолол
- 4) пиндолол

445. НЕКАРДИОСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ С ВНУТРЕННЕЙ СИМПАТОМИМЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пиндолол
- 2) талинолол
- 3) тимолол
- 4) надолол

446. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ I КЛАССА ОТНОСЯТСЯ БЛОКАТОРЫ

- 1)+ натриевых каналов
- 2) бета-адренорецепторов
- 3) калиевых каналов
- 4) кальциевых каналов

Тема 8. Нарушения сердечного ритма и проводимости сердца.

1. ФАКТОРОМ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ СИНДРОМЕ WPW ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО РЕФРАКТЕРНОГО ПЕРИОДА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПУТИ ПРОВЕДЕНИЯ (В МС)

- 1)+ менее 270
- 2) более 270
- 3) более 550
- 4) менее 400

2. ЧАСТОТА ЗАМЕЩАЮЩЕГО РИТМА ИЗ АВ-СОЕДИНЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (СОКРАЩЕНИЙ В МИНУТУ)

- 1)+ 40-50
- 2) 60-80
- 3) 20-40
- 4) 0-20

3. ДЛЯ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атриовентрикулярная диссоциация
- 2) расширенный комплекс QRS
- 3) удлинение интервала QT
- 4) удлинение интервала PQ

4. ПЕРИОДИКА САМОЙЛОВА-ВЕНКЕБАХА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ____-БЛОКАДЫ ____ СТЕПЕНИ

- 1)+ СА; 2; 1 типа
- 2) СА; 2; 2 типа
- 3) АВ; 3
- 4) СА; 1

5. АРИТМИЧНЫЙ ПУЛЬС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ____ СТЕПЕНИ

- 1)+ II; типа Мобитц-I
- 2) I
- 3) II; типа Мобитц-II вариант 2:1
- 4) III; проксимальной

6. НАСЫЩЕНИЕ АМИОДАРОНОМ НА ЭКГ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удлинением интервала QT
- 2) удлинением интервала PQ
- 3) расширением комплекса QRS
- 4) элевацией сегмента ST

7. ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ АРИТМИИ ПУТИ РИЭНТРИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ УЗЛЕ?

- 1)+ атриовентрикулярной узловой тахикардии
- 2) атриовентрикулярной тахикардии с участием дополнительных путей проведения (Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта)
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) предсердной тахикардии

8. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие зубцов Р
- 2) частота желудочковых комплексов > 120 в минуту
- 3) изменение продолжительности PQ интервала
- 4) наличие дельта-волны

9. ТРЕТЬИМ КОМПОНЕНТОМ ТРЕХПУЧКОВОЙ БЛОКАДЫ (ПРИ СОЧЕТАНИИ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И ОДНОЙ ИЗ ВЕТВЕЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ) ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТЕПЕНИ

- 1)+ АВ-блокада первой
- 2) СА-блокада второй
- 3) СА-блокада третьей
- 4) СА-блокада первой

10. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СИНДРОМЕ WPW ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ узкий комплекс QRS
- 2) расширенный комплекс QRS
- 3) наличие зубца Р до комплекса QRS
- 4) удлинение интервала QT

11. К ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ПОЛНОЙ АВ БЛОКАДЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов
- 2) на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия
- 3) выпадение комплекса PQRS без предшествующего укорочения интервала PP
- 4) укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRS

12. РАЗВИТИЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С АВ-ПРОВЕДЕНИЕМ 1:1 ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ синдроме WPW
- 2) синдроме Бругада
- 3) АВ-блокаде 3 степени
- 4) удлинение интервала QT

13. ПЕРВОЕ СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДОВ

- 1)+ правая рука-левая рука
- 2) правая рука-левая нога
- 3) левая рука-левая нога
- 4) правая рука-правая нога

14. НАЛИЧИЕ АВ-ДИССОЦИАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ желудочковой тахикардии
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) трепетания предсердий
- 4) узловой тахикардии

15. НАЛИЧИЕ РАЗНЫХ ИНТЕРВАЛОВ СЦЕПЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ желудочковой парасистолии
- 2) желудочковой экстрасистолии
- 3) узловой тахикардии
- 4) фибрилляции предсердий

16. ВТОРОЕ СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДОВ

- 1)+ левая нога-правая рука
- 2) левая рука-правая рука
- 3) левая рука-левая нога
- 4) правая рука-правая нога

17. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЭКСТРАСИСТОЛИИ?

- 1)+ продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR
- 2) всегда отмечается уширение и деформация комплекса QRS
- 3) наличие ретроградного зубца Р перед комплексом QRS
- 4) отсутствие зубца Р у некоторых комплексов QRS

18. СИНДРОМ WPW ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ В МИОКАРДЕ

- 1)+ аномального дополнительного проводящего пути
- 2) эктопического водителя ритма
- 3) аномального дополнительного источника импульсов
- 4) срединной ветви левой ножки пучка Гиса

19. НАЛИЧИЕ ОДИНАКОВЫХ ИНТЕРВАЛОВ СЦЕПЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ желудочковой экстрасистолии
- 2) желудочковой парасистолии
- 3) узловой тахикардии
- 4) фибрилляции предсердий

20. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ ПАУЗЫ БОЛЕЕ (В МС)

- 1)+ 2500
- 2) 3500
- 3) 5000
- 4) 1500

21. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ АНТИДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СИНДРОМЕ WPW ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширенный комплекс QRS
- 2) узкий комплекс QRS
- 3) наличие зубца Р до комплекса QRS
- 4) удлинение интервала QT

22. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, наличие дельта волны
- 2) продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, отсутствие дельта волны
- 3) блокада правой ветви пучка Гиса, элевация сегмента ST в отведениях V1-V2
- 4) продолжительность интервала PQ более 0,2 сек, блокада левой ветви пучка Гиса

23. К АРИТМИЯМ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ предсердная экстрасистолия
- 2) фибрилляция предсердий
- 3) полная атриовентрикулярная блокада
- 4) пароксизмальная тахикардия

24. ОТСУТСТВИЕ ЗУБЦА Р И ПОЛНАЯ КОМПЕНСАТОРНАЯ ПАУЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ____ ЭКСТРАСИСТОЛЫ

- 1)+ желудочковой
- 2) узловой
- 3) предсердной
- 4) блокированной предсердной

25. АВ-ДИССОЦИАЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ____ - БЛОКАДЫ ____ СТЕПЕНИ

- 1)+ АВ; 3
- 2) АВ; 2; типа Мобиц 2
- 3) АВ; 2; типа Мобиц 1
- 4) СА; 1

26. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ И ПАУЗЫ В 3500 МС ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА

- 1)+ слабости синусового узла
- 2) Фридерика
- 3) Бругада
- 4) удлинённого интервала QT

27. ДЛЯ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРНА ЧАСТОТА (В МИНУТАХ)

- 1)+ желудочковых сокращений 100 и более
- 2) желудочковых сокращений от 60 до 99
- 3) желудочковых сокращений менее 60
- 4) предсердных сокращений > 120

28. ЗУБЕЦ Р В НОРМЕ ВСЕГДА _____ В AVR ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ положительный в I, II, aVF, и отрицательный
- 2) положительный в II, III, aVL и отрицательный
- 3) положительный в aVL, aVF, $V_{1/2}$ - $V_{2/2}$, и отрицательный
- 4) отрицательный в III, aVF, $V_{1/2}$ - $V_{2/2}$ и положительный

29. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дилатация миокарда левого предсердия
- 2) очаговый фиброз миокарда желудочков
- 3) гипертрофия левого желудочка
- 4) дилатация левого желудочка

30. ДЛЯ СА-БЛОКАДЫ 2 СТЕПЕНИ 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ выпадение импульса после постепенного уменьшения времени PP
- 2) выпадение импульса после постепенного увеличения времени PP
- 3) выпадение импульса без периодического замедления
- 4) развитие сопутствующей АВ-блокады

31. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ тахикардию с желудочковыми комплексами шириной 0,14 сек и более и атриовентрикулярной диссоциацией
- 2) тахикардию с уширенными комплексами QRS и отсутствием атриовентрикулярной диссоциации
- 3) тахикардию с желудочковыми комплексами шириной 0,12-0,13 сек и отсутствием атриовентрикулярной диссоциации
- 4) зубцы «Р» различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины

32. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 3-Й СТЕПЕНИ (ПОЛНАЯ ПОПЕРЕЧНАЯ БЛОКАДА), ОТНОСЯТ

- 1)+ выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков при полной разобщённости предсердных и желудочковых комплексов
- 2) прогрессирующее удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов
- 3) эпизодическое выпадение зубца Р и желудочкового комплекса
- 4) постоянство интервалов PR с периодическим выпадением желудочковых комплексов

33. АРИТМИЕЙ, КОТОРУЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДОЙ II СТЕПЕНИ 2:1, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синусовая брадикардия
- 2) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии
- 3) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу тригеминии
- 4) блокированная предсердная бигеминия из верхней части предсердия

34. СИНДРОМ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ косо нисходящей элевацией сегмента ST выпуклостью книзу
- 2) косо восходящей элевацией сегмента ST выпуклостью книзу
- 3) наличием реципрокных депрессий сегмента ST
- 4) депрессией сегмента PQ

35. ФЕНОМЕН ЖЕЛУДОЧКОВОГО ЗАХВАТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ желудочковой тахикардии
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) трепетания предсердий
- 4) АВ-узловой тахикардии

36. ОТСУТСТВИЕ ЗУБЦА R И НЕПОЛНАЯ КОМПЕНСАТОРНАЯ ПАУЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ узловой экстрасистолы
- 2) желудочковой экстрасистолы
- 3) предсердной экстрасистолы
- 4) желудочковой парасистолы

37. В ПОКОЕ ЧАСТОТА СИНУСОВОГО РИТМА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В УД. В МИН)

- 1)+ 60-80
- 2) 50 - 60
- 3) 100-110
- 4) 80 - 100

38. ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭОС СООТНОШЕНИЕ ЗУБЦОВ R В СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ ВЫГЛЯДИТ

- 1)+ $R_{II} > R_I > R_{III}$
- 2) $R_I > R_{III} > R_{II}$
- 3) $R_{III} > R_{II} > R_I$
- 4) $R_{III} > R_I > R_{II}$

39. ПЕРИОДИКА САМОЙЛОВА-ВЕНКЕБАХА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ____-БЛОКАДЫ __ СТЕПЕНИ

- 1)+ АВ; 2; типа Мобиц 1
- 2) АВ; 2; типа Мобиц 2
- 3) АВ; 3
- 4) СА; 1

40. ФЕНОМЕН СЛИВНЫХ КОМПЛЕКСОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ желудочковой тахикардии
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) трепетания предсердий
- 4) АВ-узловой тахикардии

41. ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ атриовентрикулярной блокаде
- 2) фибрилляции желудочков
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) бивентрикулярной блокаде

42. ДЛЯ ТИПИЧНОГО ИСТМУС ЗАВИСИМОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ НАЛИЧИЕ МАКСИМАЛЬНЫХ НЕГАТИВНЫХ ВОЛН F В ОТВЕДЕНИИ/ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ II,III, aVF
- 2) V1
- 3) V2-3
- 4) V4-6

43. ДЛЯ СИНДРОМА ФРЕДЕРИКА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

- 1)+ фибрилляции предсердий и АВ-блокады 3 степени
- 2) фибрилляции предсердий и АВ-блокады 2 степени
- 3) АВ-узловой тахикардии и пароксизмальной желудочковой тахикардии
- 4) фибрилляции и трепетания предсердий

44. ПРИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С АБЕРРАНТНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КОМПЛЕКСАМИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ уширение комплекса QRS
- 2) отсутствие зубца Р
- 3) отрицательный зубец Р
- 4) удлинение интервала QT

45. НАЛИЧИЕ ПОЛНОЙ КОМПЕНСАТОРНОЙ ПАУЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ИЗ

- 1)+ желудочков
- 2) предсердий
- 3) АВ-соединения
- 4) СА-узла

46. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1)+ митрального стеноза
- 2) аортального стеноза
- 3) недостаточности трехстворчатого клапана
- 4) аортальной регургитации

47. ТРЕТЬЕ СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДОВ

- 1)+ левая рука-левая нога
- 2) левая рука-правая рука
- 3) левая нога-правая рука
- 4) правая рука-правая нога

48. К ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ СИНКОПАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ проходящую потерю сознания, связанную с проходящей глобальной гипоперфузией мозга
- 2) проходящую потерю сознания, связанную с длительной глобальной гипоперфузией мозга
- 3) длительное неполное восстановление сознания
- 4) очаговые нарушения церебрального кровообращения

49. ДЛЯ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО НА ЭКГ

- 1)+ укорочение интервала PQ
- 2) удлинение интервала QT
- 3) увеличение интервалов PP и RR
- 4) изменение формы зубца P

50. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА P-Q В НОРМЕ ОТ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ 0,12 до 0,20
- 2) 0,10 до 0,18
- 3) 0,16 до 0,24
- 4) 0,06 до 0,10

51. К ФАКТОРАМ РИСКА, КРАТНО УВЕЛИЧИВАЮЩИМ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ возраст, курение, клапанные пороки сердца, хроническая болезнь почек
- 2) алкоголь, артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность
- 3) физическая нагрузка, стресс, метаболический синдром, употребление кофе в больших количествах
- 4) алкоголь, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, ожирение, нарушенная гликемия натощак

52. СИНУСОВЫЙ УЗЕЛ НАХОДИТСЯ В

- 1)+ правом предсердии рядом с местом впадения верхней полой вены
- 2) базальной части межпредсердной перегородки
- 3) правом предсердии субэндокардиально в месте впадения коронарного синуса
- 4) левом предсердии в устье легочной вены

53. СИНДРОМ МОРГАНЬИ – ЭДЕМС – СТОКСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ БЛОКАДЕ

- 1)+ сино-атриальной
- 2) левой ножки пучка Гиса
- 3) двухпучковой внутрижелудочковой
- 4) внутрипредсердной

54. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ WPW ПРОХОДЯТ МЕЖДУ

- 1)+ предсердиями и желудочками
- 2) двумя предсердиями
- 3) двумя желудочками
- 4) двумя участками миокарда в пределах одной камеры сердца

55. ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ выявления пароксизмальных аритмий
- 2) определения типа синдрома Вольфа – Паркинсона – Уайта
- 3) определения постоянства синдрома Вольфа – Паркинсона – Уайта
- 4) оценки функционирующего дополнительного пути проведения

56. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ преждевременное появление зубца P, отличающегося от P остальных циклов, со следующим за ним комплексом QRS
- 2) наличие полной компенсаторной паузы после преждевременного сокращения
- 3) отрицательные зубцы P перед комплексами QRS, идущими в регулярном ритме
- 4) отрицательный зубец P следует за комплексом QRS

57. ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ КОМПЛЕКСОВ ХАРАКТЕРЕН ИНТЕРВАЛ СЦЕПЛЕНИЯ _____ RR

- 1)+ больше синусового
- 2) меньше синусового
- 3) равен синусовому
- 4) кратен синусовому

58. КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИНОАТРИАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ?

- 1)+ внезапное начало и внезапный конец тахикардии
- 2) волны фибрилляции предсердий
- 3) разные интервалы R-R
- 4) уширение комплексов QRS

59. С КАКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ?

- 1)+ предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени
- 2) фибрилляцией желудочков на фоне предшествующей фибрилляции предсердий
- 3) пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW
- 4) узловой пароксизмальной тахикардией с частотой более 100 в 1 минуту

60. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ АРИТМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ фибрилляцию предсердий
- 2) трепетание желудочков
- 3) желудочковые тахикардии
- 4) тахикардию из атриовентрикулярного соединения

61. НА ЭКГ РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ НЕПРАВИЛЬНЫЙ (ИНТЕРВАЛ R-R РАЗНЫЙ), ЗУБЕЦ Р ОТСУТСТВУЕТ, КОМПЛЕКС QRST НЕ РАСШИРЕН, ЧСС ОКОЛО 130 В МИНУТУ, ЧТО УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ фибрилляцию предсердий
- 2) желудочковую экстрасистолию
- 3) предсердную экстрасистолию
- 4) нерегулярный синусовый ритм

62. РИСК РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОКИМ ПРИ

- 1)+ желудочковой экстрасистолии типа R на T
- 2) пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- 3) редкой желудочковой экстрасистолии (менее 30 в минуту)
- 4) монотопной, мономорфной желудочковой экстрасистолии

63. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО ВЫЯВИТЬ ВЫСОКИЕ УРОВНИ

- 1)+ (про-) мозгового натрийуретического пептида
- 2) специфических маркеров некроза миокарда (тропонинов)
- 3) трансаминаза (аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы)
- 4) метаболита биохимических реакций аминокислотно-белкового обмена в организме (креатинина)

64. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ?

- 1)+ PQ более 0,20 секунд при ЧСС 60-90 ударов в минуту
- 2) выпадение комплексов QRS без удлинения интервала PQ
- 3) периодическое выпадение желудочковых комплексов после удлинения интервала PQ
- 4) предсердия работают в своем ритме, желудочки в своем

65. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ ушренные комплексы QRS и атриовентрикулярную диссоциацию
- 2) отсутствие зубцов «Р», наличие волн «f»
- 3) отсутствие зубцов «Р», наличие «пилообразной» базальной линии
- 4) зубцы «Р» различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины

66. ЧРЕСПИЩЕВОДНУЮ ЭХОКАРДИОГРАФИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (В ЧАСАХ)

- 1)+ более 48
- 2) более 24
- 3) менее 48
- 4) менее 24

67. ПРИЗНАКИ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ МОГУТ ИМИТИРОВАТЬ

- 1)+ рубцы, блокады ветвей пучка Гиса
- 2) наличие синдрома ранней желудочковой реполяризации
- 3) ранние желудочковые экстрасистолы (типа R на T)
- 4) атриовентрикулярные блокады I- II степени

68. ПРИ МИГРАЦИИ ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПО ПРЕДСЕРДИЯМ НА ЭКГ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1)+ изменения PR, амплитуды и полярности Р, отсутствие зубца Р у некоторых комплексов QRS
- 2) полное разобщение возбуждения предсердий и желудочков, расширение комплексов QRS в грудных отведениях
- 3) постепенное увеличение интервала PQ и периодическое выпадение желудочковых комплексов
- 4) увеличение времени внутреннего отклонения за счет зазубренности зубца R в стандартных отведениях

69. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЗНАКОВ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выраженная синусовая брадикардия
- 2) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 3) полная блокада правой ножки пучка Гиса
- 4) частая наджелудочковая экстрасистолия

70. К ПРИЗНАКАМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 1 СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ удлинение интервала PQ более 0,2 с
- 2) постепенное нарастание интервала PQ с выпадением одного из комплексов QRS
- 3) выпадение одного из комплексов QRS без предшествующего постепенного нарастания интервалов PQ
- 4) нерегулярный интервал PQ, регулярный ритм в желудочках

71. ПРИ WPW СИНДРОМЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ менее 0,12
- 2) 0,12 - 0,2
- 3) более 0,2
- 4) более 0,25

72. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ, СВОЙСТВЕННЫМ ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 1-ОЙ СТЕПЕНИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ удлинение интервала PR без выпадения желудочковых комплексов
- 2) прогрессирующее удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов
- 3) выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков при полной разобщенности предсердных и желудочковых комплексов
- 4) эпизодическое выпадение зубца Р и комплекса QRS

73. КРИТЕРИЕМ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резкое отклонение электрической оси влево
- 2) расширение комплекса QRS более 0,10 секунд
- 3) деформация комплекса QRS
- 4) изменение конечной части желудочкового комплекса

74. К ПРИЗНАКАМ ФЕНОМЕНА ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА (WPW) ОТНОСЯТ

- 1)+ укорочение PQ, наличие волны дельта, расширение QRS
- 2) двуфазность зубца Р, желудочковый комплекс обычной конфигурации
- 3) периодическое выпадение предсердного и желудочкового комплексов
- 4) постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением QRS

75. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ЭКТОПИЧЕСКОГО РИТМА ИЗ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие инвертированного зубца Р
- 2) уширение зубца Р, который следует после желудочкового комплекса
- 3) увеличение амплитуды зубца Р и его двуфазность
- 4) увеличение интервала PP при сохранении интервала RR

76. ДЛЯ ЭКТОПИЧЕСКОГО РИТМА ИЗ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие зубца Р формы «щит и меч»
- 2) появление зубца Р за желудочковым комплексом QRS
- 3) отсутствие зубца Р перед комплексом QRS
- 4) периодическое выпадение зубца Р и желудочкового комплекса

77. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ НА ЭКГ БОЛЬНОГО, ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V5-6 УКРОЧЕН PQ, ИМЕЕТСЯ ДЕЛЬТА-ВОЛНА, УШИРЕННЫЙ КОМПЛЕКС QRS С ВЫСОКИМ ЗУБЦОМ R?

- 1)+ феномен WPW
- 2) синдром ранней желудочковой реполяризации
- 3) очаговые изменения нижней локализации с нарушением атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости
- 4) наличие дополнительных проводящих путей с замедлением атрио-вентрикулярной проводимости

78. ПРИ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ПО ТИПУ МОБИТЦ I НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ выпадение комплексов PQRS
- 2) расширение комплекса QRS > 0,10"
- 3) углубление и уширение зубца S в отведениях V1-2, II, aVF
- 4) высокие и широкие зубцы R в отведениях V1-V6

79. КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЛОКАДЫ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА?

- 1)+ резкое отклонение вправо
- 2) отклонение влево (угол альфа менее минус 35°)
- 3) вертикальное положение (угол альфа от 60° до 90°)
- 4) нормальное положение (угол альфа от 30° до 60°)

80. К ПРИЗНАКУ, ОТЛИЧАЮЩЕМУ ОРТОДРОМНУЮ ТАХИКАРДИЮ ПРИ СИНДРОМЕ WPW ОТ ТИПИЧНОЙ АВ-УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ интервал $RP > 0,1$ с
- 2) интервал $RP < 1$ с
- 3) наличие широких комплексов QRS
- 4) наличие дельта-волн

81. МАКСИМАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТОЧНОСТЬЮ ИЗ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МИОКАРДА ОБЛАДАЮТ

- 1)+ магнитнорезонансная томография сердца, генетический анализ крови
- 2) мультиспиральная компьютерная томография сердца с контрастированием, анализ крови на специфические кардиомаркеры
- 3) мониторингирование ЭКГ, нагрузочный тест, при необходимости коронароангиография
- 4) однофотонная эмиссионная компьютерная томография сердца в покое и при нагрузке, анализ крови на миоглобин

82. В НОРМЕ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ СА-узел
- 2) АВ-узел
- 3) пучок Гиса
- 4) ножки пучка Гиса

83. ПРИ БЛОКАДЕ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ отклонение ЭОС вправо
- 2) резкое отклонение ЭОС влево
- 3) значительное уширение комплекса QRS
- 4) длительность QRS до 0,11 с

84. СКОРОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ИМПУЛЬСОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЬШЕЙ В

- 1)+ пучке Гиса и его ветвях
- 2) рабочем миокарде предсердий
- 3) АВ узел
- 4) рабочем миокарде желудочков

85. ПРИЗНАКАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нерегулярность ритма, отсутствие зубца Р
- 2) нерегулярный ритм (аритмия), наличие волн Р
- 3) нерегулярный ритм (аритмия), несколько зубцов Р перед каждым QRS
- 4) учащённый ритм желудочковых сокращений, отсутствие волн Р

86. У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ

- 1)+ неполная блокада правой ножки пучка Гиса
- 2) пароксизмальная желудочковая тахикардия с частотой более 100 в 1 минуту
- 3) ранняя желудочковая экстрасистолия типа R на T
- 4) полная атриовентрикулярная блокада с частотой менее 40 в 1 минуту

87. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ОТ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ предсердно-желудочковая диссоциация
- 2) частота ритма > 150 в минуту
- 3) уширение комплекса QRS
- 4) отсутствие зубца Р перед комплексами QRS

88. ПРИ ПОЛНОЙ ПОПЕРЕЧНОЙ БЛОКАДЕ ИНТЕРВАЛЫ PP _____ RR

- 1)+ меньше интервалов
- 2) больше интервалов
- 3) равны интервалам
- 4) кратны интервалам

89. ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возникновение пароксизма желудочковой тахикардии типа «пируэт»
- 2) прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости
- 3) возникновение периодов асистолии
- 4) аортальный стеноз

90. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ С ПЕРИОДИКОЙ САМОЙЛОВА-ВЕНКЕБАХА НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ укорочение интервалов RR перед паузами
- 2) частое наличие блокады правой ножки пучка Гиса
- 3) постоянство интервалов PR перед комплексами QRS
- 4) блокаду правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой передней или задней ветви левой ножки пучка Гиса

91. ЖЕЛУДОЧКОВЫЙ РИТМ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК УСТОЙЧИВАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЕ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ 30
- 2) 20
- 3) 90
- 4) 15

92. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АРИТМОГЕННОЙ ПРИРОДЫ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ В ТЕЧЕНИЕ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 72
- 2) 24
- 3) 48
- 4) 12

93. К ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие зубцов P
- 2) наличие регулярных пилообразных волн F
- 3) частота желудочковых сокращений более 120 в минуту
- 4) укорочение интервала PQ менее 0,1 с

94. РЕФЛЕКТОРНОЕ КУПИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ суправентрикулярной тахикардии
- 2) полной АВ-блокаде
- 3) желудочковой тахикардии
- 4) частой экстрасистолии

95. ПРИ WPW СИНДРОМЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ QRS СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ более 0,1
- 2) менее 0,1
- 3) менее 0,12
- 4) 0,08 - 0,12

96. СИНОАТРИАЛЬНАЯ БЛОКАДА 2:1 НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ВЫГЛЯДИТ КАК

- 1)+ синусовая брадикардия
- 2) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу тригеминии
- 3) экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии
- 4) укорочение интервала PP перед выпадением импульсов

97. АВ-БЛОКАДУ I СТЕПЕНИ НА ЭКГ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ удлинение интервала PQ более 200 мс
- 2) укорочение интервала PQ менее 120 мс
- 3) постепенное удлинение PQ с последующим выпадением комплекса QRS
- 4) выпадение комплекса QRS без постепенного удлинения PQ

98. НА БЛОКАДУ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ УГОЛ АЛЬФА, РАВНЫЙ _____ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ +120
- 2) более -45
- 3) -15 – -30
- 4) +90 – +100

99. ЧРЕСПИЩЕВОДНУЮ ЭХОКАРДИОГРАФИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- 1)+ внутрисердечного тромбоза
- 2) дилатации левого предсердия
- 3) аневризмы левого желудочка
- 4) тромбоза ветвей лёгочной артерии

100. ПРИ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ДИЛАТАЦИЯ

- 1)+ правых камер сердца
- 2) левых камер сердца
- 3) аорты в восходящем грудном отделе
- 4) аорты в брюшном отделе

101. СИНОАТРИАЛЬНУЮ БЛОКАДУ II СТЕПЕНИ 2 ТИПА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ синусовой брадикардией
- 2) экстрасистолией из верхней части предсердия по типу бигеминии
- 3) экстрасистолией из верхней части предсердия по типу тригеминии
- 4) блокированной предсердной бигеминией из верхней части предсердия

102. ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ЯВЛЯЮТСЯ НОРМАЛЬНОЙ ШИРИНЫ QRS-КОМПЛЕКСЫ И

- 1)+ отсутствие зубца Р
- 2) зубцы Р (отличающимися от синусовых) перед QRS-комплексами
- 3) зубцы Р в области сегмента ST или зубца Т
- 4) АВ-блокада 2 степени

103. ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ С УЧАСТИЕМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ НОРМАЛЬНОЙ ШИРИНЫ QRS-КОМПЛЕКСЫ И

- 1)+ зубцы Р в области сегмента ST или зубца Т
- 2) АВ-блокада 2-степени
- 3) отсутствие зубца Р
- 4) зубцы Р (отличающимися от синусовых) перед QRS-комплексами

104. ПАЦИЕНТЫ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ АВ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЮТ

- 1)+ два пути проведения через АВ узел
- 2) скрытый дополнительный путь проведения
- 3) возможность ретроградного возбуждения предсердий от свободной стенки левого предсердия к межпредсердной перегородке
- 4) уширенный комплекс QRS на синусовом ритме

105. ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удлинение интервала PR без выпадения желудочковых комплексов
- 2) прогрессирующее удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов
- 3) постоянство интервалов PR с периодическим выпадением желудочковых комплексов
- 4) эпизодическое выпадение зубца Р и комплекса QRS

106. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ независимость появления предсердных и желудочковых комплексов при правильном ритме желудочковых комплексов
- 2) блокада левой ножки пучка Гиса при правильном ритме желудочковых комплексов
- 3) укорочение интервала P-Q (менее 0,1 с)
- 4) отсутствие зубцов Р

107. ФУНКЦИЕЙ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ К

- 1)+ проведению возбуждения волокон проводящей системы сердца и сократительного миокарда
- 2) генерированию электрических импульсов без влияния внешних раздражителей
- 3) возбуждению мышц сердца для передачи электрических импульсов по проводящей системе
- 4) генерированию электрических импульсов под влиянием внешних раздражителей

108. ТАХИКАРДИЯ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS У ПАЦИЕНТА С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ желудочковой тахикардией
- 2) фибрилляцией предсердий с предвозбуждением
- 3) предсердной тахикардией с абберацией
- 4) антидромной тахикардией

109. ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ, СВОЙСТВЕННЫМ ДЛЯ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ (III СТЕПЕНИ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полная разобщённость предсердных и желудочковых комплексов
- 2) независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия на фоне синусового ритма
- 3) постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS
- 4) периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS при постоянном интервале PQ

110. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОСОНИСХОДЯЩЕЙ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V3 У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ СИНКОПАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕЗ КОРОНАРНЫХ АНАМНЕЗА И ЖАЛОБ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ СИНДРОМ

- 1)+ Бругада
- 2) удлиненного интервала QT
- 3) укороченного интервала QT
- 4) ранней реполяризации

111. ПОЛНАЯ НЕРЕГУЛЯРНОСТЬ РИТМА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ фибрилляции предсердий
- 2) желудочковой тахикардии
- 3) предсердной тахикардии
- 4) атриовентрикулярной узловой тахикардии

112. ПОЛНАЯ КОМПЕНСАТОРНАЯ ПАУЗА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ желудочковых экстрасистол
- 2) предсердных экстрасистол
- 3) узловых экстрасистол
- 4) пароксизмальных тахикардий

113. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ II ТИПА (ПО МОБИТЦУ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выпадение отдельных комплексов QRST при сохранности зубца Р и фиксированного интервала PQ
- 2) соответствие числа желудочковых комплексов числу предсердных комплексов
- 3) наличие укорочения интервала PQ
- 4) отсутствие фиксированного интервала P-Q и отдельных комплексов QRST

114. ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ФИБРОЗОМ И КАЛЬЦИНОЗОМ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НАРУШЕНИЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ И ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ болезнь Лева-Ленегра
- 2) болезнь Чагаса
- 3) болезнь Лайма
- 4) синдром Романо-Уорда

115. ФАЗА БЫСТРОЙ ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ В КЛЕТКАХ РАБОЧЕГО МИОКАРДА ОБУСЛОВЛЕНА В ОСНОВНОМ _____ ТОКОМ

- 1)+ входящим натриевым
- 2) исходящим натриевым
- 3) входящим калиевым
- 4) исходящим калиевым

116. СЕГМЕНТ STV1-V2 ПРИ БЛОКАДЕ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ОБЫЧНО

- 1)+ расположен ниже изолинии
- 2) расположен выше изолинии
- 3) имеет неопределённую форму
- 4) расположен на изолинии

117. СЕГМЕНТ STV5, V6 ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ОБЫЧНО

- 1)+ расположен ниже изолинии
- 2) расположен выше изолинии
- 3) имеет неопределённую форму
- 4) расположен на изолинии

118. ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА БРУГАДА ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V1-V3
- 2) I-III
- 3) aVR-aVF
- 4) V4-V6

119. ПРИ ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ WPW ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ИМПУЛЬС

- 1)+ проводится по АВ узлу антеградно, по дополнительному пути – ретроградно
- 2) проводится по АВ узлу ретроградно, по дополнительному пути – антеградно
- 3) исходит из АВ узла и проводится через дополнительный путь на желудочки
- 4) исходит из источника в миокарде желудочков и проводится через дополнительный путь на предсердия

120. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преждевременное появление широкого экстрасистолического комплекса без предшествующего зубца Р, компенсаторная пауза полная
- 2) уширенный комплекс QRS (> 0.12 с), который следует за зубцом Р, компенсаторная пауза полная
- 3) наличие зубца Р перед экстрасистолическим комплексом QRS
- 4) неполная компенсаторная пауза после экстрасистолы

121. ВАЖНУЮ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ ИНОТРОПНОГО СОСТОЯНИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ ИГРАЕТ ВНУТРИКЛЕТОЧНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ИОНОВ

- 1)+ кальция
- 2) натрия
- 3) хлора
- 4) калия

122. ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ 1 ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прогрессирующее удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов
- 2) удлинение интервала PR без выпадения желудочковых комплексов
- 3) эпизодическое выпадение зубца Р и комплекса QRS
- 4) постоянство интервалов PR с периодическим выпадением желудочковых комплексов

123. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АВ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ 2 ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS при постоянном интервале PQ
- 2) полная разобщённость предсердных и желудочковых комплексов
- 3) независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия на фоне синусового ритма
- 4) постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS

124. ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ 2 ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ постоянство интервалов PR с периодическим выпадением желудочковых комплексов
- 2) эпизодическое выпадение зубца Р и комплекса QRS
- 3) удлинение интервала PR без выпадения желудочковых комплексов
- 4) прогрессирующее удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов

125. РАННЯЯ, ТИПА R НА T, ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ ПО LOWN

- 1)+ 5
- 2) 3
- 3) 4a
- 4) 4б

126. ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА БРУГАДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ блокада правой ветви пучка Гиса с подъёмом сегмента ST в отведениях V1-V2
- 2) продолжительность интервала PQ менее 0,12 с
- 3) продолжительность интервала QT более 0,44-0,46 с
- 4) удлинение интервала PR без выпадения желудочковых комплексов

127. ПОЛНОЕ РАЗОБЩЕНИЕ ПРЕДСЕРДНОГО И ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ атриовентрикулярной блокады III степени
- 2) атриовентрикулярной блокады II степени, Мобитц II
- 3) синоатриальной блокады II степени
- 4) атриовентрикулярной блокады II степени с проведением 2:1

128. СИНДРОМ WPW ОТ ФЕНОМЕНА WPW ОТЛИЧАЕТ

- 1)+ наличие пароксизмальных тахикардий в анамнезе
- 2) укорочение интервала PQ
- 3) деформация и расширение комплекса QRS
- 4) наличие дельта-волны

129. СТРУКТУРНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЕДИНИЦЕЙ СОКРАЩЕНИЯ МИОФИБРИЛЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ саркомер
- 2) функциональный синцитий
- 3) рибосома
- 4) сарколемма

130. ПРИЗНАКАМИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нормальный по ширине комплекс QRS, равные интервалы P-P и R-R, независимое положение P по отношению к QRS
- 2) комплексы QRS типа rsr', rsR' или rSR' в отведениях V1 или V2
- 3) различные по продолжительности интервалы R-R
- 4) широкий комплекс QRS, равные по продолжительности интервалы R- R, разные интервалы P-Q

131. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ CHA2DS2-VASc
- 2) SYNTAX
- 3) HASBLED
- 4) EUROSCORE

132. РЕГУЛЯРНАЯ ТАХИКАРДИЯ С УЗКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS С ИНТЕРВАЛАМИ RP' <0,1 С И ПРАКТИЧЕСКИ ОДНОВРЕМЕННОЙ АКТИВАЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ АВ узловой тахикардией
- 2) предсердной тахикардией
- 3) фибрилляцией предсердий
- 4) желудочковой тахикардией

133. К ИСТОЧНИКУ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ЗДОРОВОМ СЕРДЦЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ синусовый узел
- 2) атриовентрикулярный узел
- 3) волокна Пуркинье
- 4) пучок Гиса

134. ПОД ФЕНОМЕНОМ ФРЕДЕРИКА ПОНИМАЮТ СОЧЕТАНИЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

- 1)+ и А-В блокады III степени
- 2) и А-В блокады II степени
- 3) сино-атриальной блокады
- 4) и пауз, обусловленных отказом синусового узла

135. ЗАДЕРЖКА ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПО СЕРДЦУ ПРОИСХОДИТ В

- 1)+ атриовентрикулярном узле
- 2) миокарде предсердий
- 3) волокнах Пуркинье
- 4) мышцах желудочков

136. ПРИ БЛОКИРОВАННЫХ ПРЕДСЕРДНЫХ ЭКСТРАСИСТОЛАХ КОМПЛЕКС QRS

- 1)+ отсутствует
- 2) практически не изменён
- 3) резко деформирован
- 4) слегка деформирован

137. ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА БЫВАЮТ ПРИ

- 1)+ атриовентрикулярной блокаде 3 степени
- 2) желудочковой экстрасистолии
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) атриовентрикулярной блокаде 1 степени

138. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА II СТЕПЕНИ, I ТИПА (ПО МОБИТЦУ) С ПЕРИОДАМИ ВЕНКЕБАХА – САМОЙЛОВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ постепенным увеличением интервала P-Q в последующих циклах и периодическим исчезновением комплекса QRST при сохранении в паузе зубца P
- 2) укорочением интервала P-Q (менее 0,12 с) периодическим исчезновением комплекса QRST при сохранении в паузе
- 3) постепенным увеличением интервала P-P в последующих циклах и периодическим исчезновением зубца P и комплекса QRST
- 4) нормальным интервалом P-Q и периодическим исчезновением зубца P

139. ПРИЗНАКОМ ПОЛНОЙ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ БЛОКАДЫ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия на фоне синусового ритма
- 2) полная разобщённость предсердных и желудочковых комплексов
- 3) выпадение комплекса PQRS без предшествующего укорочения интервала PP
- 4) укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRS

140. СТРУКТУРАМИ, ЗА СЧЁТ КОТОРЫХ ПРОИСХОДИТ РИТМИЧЕСКОЕ И СИНХРОННОЕ СОКРАЩЕНИЕ МИОФИБРИЛЛ РАБОЧЕГО МИОКАРДА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ функциональные синцитии
- 2) вставочные диски
- 3) клетки, обладающие спонтанной ритмической активностью
- 4) отдельные мышечные волокна

141. К ИЗМЕНЕНИЯМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ продолжительность интервала PQ менее 0,12 с, наличие дельта-волны
- 2) блокаду правой ветви пучка Гиса и элевацию сегмента ST в отведениях V1-V2
- 3) продолжительность интервала PQ менее 0,12 с, отсутствие дельта-волны
- 4) продолжительность интервала PQ более 0,2 с и блокаду левой ветви пучка Гиса

142. ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ уширенные комплексы QRS и атриовентрикулярная диссоциация
- 2) отсутствие зубцов P и наличие волн F
- 3) отсутствие зубцов P и наличие «пилообразной» базальной линии
- 4) зубцы P различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины

143. КАКОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА?

- 1)+ суправентрикулярная тахикардия
- 2) атриовентрикулярная блокада
- 3) желудочковая тахикардия
- 4) мерцательная аритмия

144. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БРАДИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническая ишемия миокарда
- 2) прием ингибиторов АПФ
- 3) гипертиреоз
- 4) прием дигидропиридиновых антагонистов кальция

145. ПРИЗНАКОМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ВРОЖДЁННОГО УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QT, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ продолжительность интервала QT более 0,44-0,46 с
- 2) блокада правой ветви пучка Гиса с подъёмом сегмента ST в отведениях V1-V2
- 3) продолжительность интервала PQ менее 0,12 с
- 4) удлинение интервала PR без выпадения желудочковых комплексов

146. ОТСУТСТВИЕ ЗУБЦА P, УЗКИЙ QRS, ПРАВИЛЬНЫЙ РИТМ С ЧАСТОТОЙ 50 В МИНУТУ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- 1)+ атриовентрикулярного ритма
- 2) предсердного ритма
- 3) непароксизмальной узловой тахикардии
- 4) идиовентрикулярного ритма

147. ПРИ АНТИДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ WPW ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ИМПУЛЬС

- 1)+ проводится по АВ узлу ретроградно, по дополнительному пути – антеградно
- 2) проводится по АВ узлу антеградно, по дополнительному пути – ретроградно
- 3) исходит из АВ узла и проводится через дополнительный путь на желудочки
- 4) исходит из источника в миокарде желудочков и проводится через дополнительный путь на предсердия

148. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АВ БЛОКАДЫ III СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полная разобщённость предсердных и желудочковых комплексов
- 2) независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия на фоне синусового ритма
- 3) постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS
- 4) периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS при постоянном интервале PQ

149. СИНДРОМ WPW ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ В МИОКАРДЕ

- 1)+ аномального дополнительного пути проведения
- 2) эктопического водителя ритма
- 3) аномального дополнительного источника импульсов
- 4) блокады срединной ветви левой ножки пучка Гиса

150. ТИПИЧНОЕ ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПО МЕХАНИЗМУ

- 1)+ макро-реентри
- 2) микро-реентри
- 3) повышенному автоматизму
- 4) триггерному

151. ДЛЯ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНА

- 1)+ дилатация правого желудочка
- 2) дилатация левого предсердия
- 3) гипертрофия межжелудочковой перегородки
- 4) облитерация полости правого желудочка

152. ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЕ СИМПТОМОВ EARS ПОВСЕДНЕВНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕ НАРУШЕНА НА ФОНЕ СИМПТОМОВ<i>A</i>, </i>СВЯЗАННЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, НО ПАЦИЕНТ ОЩУЩАЕТ ПРОЯВЛЕНИЯ АРИТМИИ ПРИ ____ КЛАССЕ

- 1)+ 2b
- 2) 2a
- 3) 3
- 4) 4

153. СИНДРОМ WPW ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ В МИОКАРДЕ

- 1)+ пучка Кента
- 2) эктопического водителя ритма
- 3) пучка Джеймса
- 4) рубцовых изменений

154. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ

- 1)+ CHA₂DS₂-VASc
- 2) HAS-BLED
- 3) ORBIT
- 4) ATRIA

155. К ПРИЗНАКАМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИНОАТРИАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ внезапное начало и конец
- 2) волны фибрилляции предсердий
- 3) разные интервалы R-R
- 4) уширение комплексов QRS

156. ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ отсутствие зубцов Р и наличие волн f
- 2) уширенные комплексы QRS и атриовентрикулярная диссоциация
- 3) отсутствие зубцов Р и наличие «пилообразной» базальной линии
- 4) зубцы Р различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины

157. ЭКГ-ФЕНОМЕН, ПРИ КОТОРОМ ПРОВЕДЕНИЕ ИМПУЛЬСА ИЗ ПРЕДСЕРДИЙ К ЖЕЛУДОЧКАМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ПУЧКУ КЕНТА – ПАЛАДИНО, МИНУЯ НОРМАЛЬНУЮ ПРОВОДЯЩУЮ СИСТЕМУ СЕРДЦА, НАЗЫВАЮТ ФЕНОМЕНОМ

- 1)+ Вольфа – Паркинсона – Уайта
- 2) Махайма
- 3) Кларка – Леви – Критеско
- 4) Морганьи – Адамса -Стокса

158. АРИТМИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ НАРУШЕНИЕМ ОБРАЗОВАНИЯ ИМПУЛЬСА И ПОВТОРНЫМ ВХОДОМ ИМПУЛЬСА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ желудочковая тахикардия
- 2) непароксизмальная предсердная тахикардия
- 3) атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
- 4) желудочковая экстрасистолия

159. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ CHA₂DS₂-VASC У МУЖЧИНЫ 67 ЛЕТ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ РАВНО

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 0

160. ПЕРИОДИКА САМОЙЛОВА – ВЕНКЕБАХА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ атриовентрикулярной блокаде II степени
- 2) синоаурикулярной блокаде III степени
- 3) арборизационной блокаде
- 4) полной поперечной блокаде

161. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА БРУГАДА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ косонисходящее повышение сегмента ST в V1-V3
- 2) дельта-волна
- 3) синдром Q3S1
- 4) высокое расположение на нисходящем колене зубца R точки j

162. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ СНА₂DS₂-VASC У МУЖЧИНЫ 64 ЛЕТ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ РАВНО

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 1
- 4) 4

163. ВОЛНЫ f ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЛУЧШЕ ВИДНЫ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V1-V2
- 2) V3-V4
- 3) V5-V6
- 4) I, aVL

164. К ПРИЗНАКУ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 2-Й СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ выпадение комплексов QRS
- 2) выпадение комплекса PQRS
- 3) уширение комплексов QRS
- 4) укорочение интервала PQ

165. АРИТМИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ПОВТОРНЫМ ВХОДОМ ИМПУЛЬСА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
- 2) желудочковая тахикардия
- 3) непароксизмальная предсердная тахикардия
- 4) желудочковая экстрасистолия

166. ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ УКОРОЧЕННОГО ИНТЕРВАЛА PR ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ синкопе на фоне физической нагрузки
- 2) признаков синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта
- 3) брадикардии
- 4) жалоб на сердцебиение

167. У ПАЦИЕНТА С ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НУЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ

- 1)+ калия
- 2) магния
- 3) хлора
- 4) натрия

168. ПРОВЕДЕНИЕ ПО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМУ УЗЛУ ОТРАЖАЕТ ИНТЕРВАЛ

- 1)+ PQ
- 2) QT
- 3) RR
- 4) PP

169. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ CHA₂-DS₂-VASC У ЖЕНЩИНЫ 70 ЛЕТ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ РАВНО

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 6

170. ЭКСТРЕННАЯ РЕВЕРСИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНОГО С ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОКАЗАНА В СЛУЧАЕ

- 1)+ выраженных нарастающих гемодинамических нарушений
- 2) колющих болей в области сердца
- 3) головных болей
- 4) икоты

171. ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ, КОТОРОЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОЛНОЙ АВ БЛОКАДЕ ДИСТАЛЬНОГО ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие синхронности чередования зубцов Р и комплексов QRS
- 2) частота желудочкового ритма 70-80 в минуту
- 3) интервал Р-Р длиннее интервала R-R
- 4) продолжительность комплексов QRS меньше 0,11 секунд

172. АРИТМИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ НАРУШЕНИЕМ ОБРАЗОВАНИЯ ИМПУЛЬСА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ непароксизмальная предсердная тахикардия
- 2) желудочковая экстрасистолия
- 3) желудочковая тахикардия
- 4) атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия

173. ПРИ ОЦЕНКЕ СИМПТОМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЕ ЕАРС ПОВСЕДНЕВНАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТА НЕ НАРУШЕНА ПРИ _____ КЛАССЕ

- 1)+ 2а
- 2) 2б
- 3) 3
- 4) 4

174. ПРОВЕДЕНИЕ ИМПУЛЬСА ИЗ ПРЕДСЕРДИЙ К ЖЕЛУДОЧКАМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ПУЧКУ ДЖЕЙМСА, МИНУЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ УЗЕЛ, ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1)+ Клерка – Леви – Критеско
- 2) Брешенмаше
- 3) Джеймса
- 4) Махайма

175. У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА, ВСЛЕДСТВИЕ НАЛИЧИЯ ВЕНТРИКУЛО-АТРИАЛЬНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ИЛИ ПОТЕРИ АВ-СИНХРОНИЗАЦИИ, МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ _____, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ОБЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ, БЫСТРОЙ УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, ОДЫШКОЙ ПРИ НАГРУЗКЕ, ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИЕЙ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ, ОБМОРОКАМИ

- 1)+ пейсмейкерный синдром
- 2) синдром Шатерье
- 3) постдеполяризационный синдром
- 4) синдром Фредерика

176. ЗУБЕЦ Р НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ

- 1)+ деполяризацию обоих предсердий
- 2) реполяризацию правого предсердия
- 3) реполяризацию левого предсердия
- 4) деполяризацию левого желудочка

177. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ - ЭТО

- 1)+ сердечная недостаточность
- 2) безболевая ишемия миокарда
- 3) артериальная гипертензия
- 4) нарушение проводимости

178. К САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ артериальную гипертензию
- 2) пороки сердца
- 3) гипертиреоз
- 4) алкогольную интоксикацию

179. ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НА ЭКГ

- 1)+ волнами F
- 2) волнами f
- 3) дельта-волной
- 4) изменением в V1-V3 по типу «морды бультерьера»

180. ВАРИАНТ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА «S-ТИП» НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

- 1)+ хроническим обструктивным заболеванием легких
- 2) митральным стенозом
- 3) митральной недостаточностью
- 4) дефектом межпредсердной перегородки

181. НЕРЕГУЛЯРНОСТЬ РИТМА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ фибрилляции предсердий
- 2) предсердной тахикардии
- 3) атриовентрикулярной узловой тахикардии
- 4) желудочковой тахикардии

182. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТОВ ТОЛЬКО ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ WPW, ГОВОРЯТ О _____ WPW

- 1)+ феномене
- 2) манифестирующем синдроме
- 3) скрытом синдроме
- 4) интермиттирующем синдроме

183. ЭПИЗОД ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, КУПИРОВАННЫЙ КАРДИОВЕРСИЕЙ НА 7 ДЕНЬ, ОТНОСИТСЯ К _____ ФОРМЕ

- 1)+ пароксизмальной
- 2) персистирующей
- 3) длительно персистирующей
- 4) впервые диагностированной

184. ПОКАЗАТЕЛЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О НАЛИЧИИ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ III СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возникновение обморока
- 2) появление пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- 3) брадикардия (ЧСС менее 50 в 1 мин)
- 4) QRS более 0,14 с

185. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА ДЛИТЕЛЬНОЕ (В ТЕЧЕНИЕ 72 ЧАСОВ И БОЛЕЕ) МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

- 1)+ бессимптомной фибрилляции предсердий
- 2) безболевого ишемии миокарда
- 3) признаков гипокалиемии
- 4) передозировки сердечными гликозидами

186. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ АВ-УЗЛА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В _____ ИМПУЛЬСОВ

- 1)+ замедлении проведения и генерации
- 2) поляризации и перенаправлении
- 3) поляризации и ускорении проведения
- 4) ускорении проведения и перенаправлении

187. НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КУПИРОВАНИЕ АРИТМИИ, ПРИ _____ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

- 1)+ постоянной
- 2) персистирующей
- 3) пароксизмальной
- 4) впервые диагностированной

188. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТОВ ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ И КЛИНИКИ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ WPW, ГОВОРЯТ О _____ WPW

- 1)+ манифестирующем синдроме
- 2) скрытом синдроме
- 3) интермиттирующем синдроме
- 4) феномене

189. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ CHA₂DS-VASC У МУЖЧИНЫ 74 ЛЕТ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ И ИНФАРКТОМ В АНАМНЕЗЕ, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ РАВНО

- 1)+ 6
- 2) 7
- 3) 5
- 4) 4

190. ВЕТВЬ СИНУСОВОГО УЗЛА ОТХОДИТ ОТ

- 1)+ правой коронарной артерии
- 2) задней межжелудочковой артерии
- 3) огибающей артерии
- 4) ветви тупого края

191. ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пароксизм желудочковой тахикардии «пируэт»
- 2) прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости
- 3) возникновение множественных периодов асистолии
- 4) аортальный порок по типу стеноза

192. ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ФОРМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОХРАНЯЕТСЯ

- 1)+ более семи дней
- 2) в течение двух часов
- 3) до суток
- 4) до трех суток

193. ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ отсутствие зубцов Р, наличие «пилообразной» базальной линии (волн F)
- 2) отсутствие зубцов Р и наличие волн f, нерегулярность комплексов QRS
- 3) уширенные комплексы QRS и атриовентрикулярная диссоциация
- 4) зубцы Р различной формы перед комплексами QRS нормальной ширины

194. СОЧЕТАНИЕ ПОЛНОЙ ПОПЕРЕЧНОЙ БЛОКАДЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ИЛИ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ СИНДРОМЕ

- 1)+ Фредерика
- 2) Экла
- 3) Морганьи – Адамса – Стокса
- 4) Оппенгейма

195. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ CHA₂DS₂-VASC У ЖЕНЩИНЫ 75 ЛЕТ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ РАВНО

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 1

196. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокое расположение на нисходящем колене зубца R точки j
- 2) дельта-волна
- 3) синдром Q3S1
- 4) косонисходящее повышение сегмента ST в V1-V3 по типу «морды бультерьера»

197. К ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ОТНОСЯТ ЭПИЗОД ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ _____, ПРИ УСЛОВИИ ВЫБОРА СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ РИТМА

- 1)+ 1 года
- 2) 48 часов
- 3) 7 дней
- 4) 3 лет

198. СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЛНОЙ БЛОКАДОЙ _____ В СОЧЕТАНИИ С _____

- 1)+ AV; фибрилляцией или трепетанием предсердий
- 2) AV; суправентрикулярной тахикардией
- 3) левой ножки пучка Гисса; фибрилляцией предсердий
- 4) правой ножки пучка Гисса; трепетанием предсердий

199. ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ СИНДРОМА ЛАУНА – ГАНОНГА – ЛЕВИНА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ продолжительность интервала PQ менее 0,12 с, отсутствие дельта-волны
- 2) блокада правой ветви пучка Гиса и элевация сегмента ST в отведениях V1-V2
- 3) продолжительность интервала PQ менее 0,12 с, наличие дельта-волны
- 4) продолжительность интервала PQ более 0,2 с и блокада левой ветви пучка Гиса

200. ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ В КРОВИ УРОВЕНЬ

- 1)+ тиреотропного гормона
- 2) магния
- 3) мочевой кислоты
- 4) С-реактивного белка

201. ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ предсердной тахикардией с АВ-блокадой II степени
- 2) пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW
- 3) трепетанием желудочков
- 4) узловой пароксизмальной тахикардией

202. ТИП В СИНДРОМА WPW ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ доминированием зубца S в отведениях V1, V2, V3 (конфигурация QS или rS)
- 2) доминированием зубца R в отведениях V1, V2, V3 (конфигурация R или Rs)
- 3) укорочением комплекса QRS во всех грудных отведениях
- 4) удлинением интервала QT

203. У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ К ФАКТОРАМ РИСКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ сахарный диабет
- 2) мужской пол
- 3) отягощенная наследственность по инсульту
- 4) хроническая болезнь почек

204. РИСК ИНСУЛЬТА ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-VASC У МУЖЧИНЫ 80 ЛЕТ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАВЕН

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 1

205. ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синусовая брадикардия менее 40 уд/мин
- 2) фибрилляция- трепетание предсердий
- 3) предсердная экстрасистолия
- 4) АВ-блокада I степени

206. УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ И ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К НАРУШЕНИЯМ РИТМА ПО МЕХАНИЗМУ ОБРАТНОГО ХОДА, ОСОБЕННО К

- 1)+ желудочковой тахикардии типа «пирует»
- 2) наджелудочковой тахикардии
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) атриовентрикулярной блокаде 2 степени

207. НАЛИЧИЕ СИНДРОМА БРУГАДА , ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕГОСЯ КАРТИНОЙ БПНПГ И ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST, СОПРОВОЖДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ РИСКА РАЗВИТИЯ

- 1)+ фибрилляции желудочков и внезапной смерти
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- 4) полной АВ блокады

208. О «ДЕФИЦИТЕ ПУЛЬСА» ГОВОРЯТ, КОГДА

- 1)+ число пульсовых волн меньше числа сердечных сокращений
- 2) чередуются большие и малые пульсовые волны
- 3) интервалы между пульсовыми волнами неодинаковые
- 4) происходит уменьшение или исчезновение пульсовых волн на вдохе

209. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром слабости синусового узла, пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия
- 2) наличие АВ блокады разной степени выраженности
- 3) хроническое легочное сердце
- 4) гипертрофия миокарда левого желудочка

210. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРЕДСЕРДНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ОТНОСЯТ

внеочередной несинусовый зубец Р, за которым следует нормальный или аберрантный комплекс QRS; интервал PQ в

- 1)+ пределах 0,12-0,2 с, компенсаторная пауза обычно неполная (интервал между пред- и постэкстрасистолическими зубцами Р меньше удвоенного нормального интервала Р-Р)
- 2) внеочередной уширенный комплекс QRS с обычным зубцом Р после него
- 3) внеочередной комплекс уширенный QRS с уширенным зубцом Р перед ним
- 4) внеочередной комплекс QRS зубец Р не регистрируется

211. ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОЛЖНА НАХОДИТЬСЯ В ПРЕДЕЛАХ ОТ (В УДАРАХ В МИНУТУ)

- 1)+ 60 до 100
- 2) 60 до 70
- 3) 80 до 110
- 4) 80 до 90

212. К ЖИЗНЕОПАСНЫМ АРИТМИЯМ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ ПО BIGGER ОТНОСИТСЯ

- 1)+ устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса
- 2) частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с постинфарктным кардиосклерозом
- 3) частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца
- 4) частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с органическим поражением сердца

213. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1)+ инсульта
- 2) слепоты
- 3) сахарного диабета
- 4) артериальной гипертензии

214. ПО ДАННЫМ ЭКГ: УГОЛ $\alpha = +85^\circ$, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА QRS= 0,14 сек, В ОТВЕДЕНИИ V1 КОМПЛЕКС ТИПА rSR, В ОТВЕДЕНИИ V6 ЗУБЕЦ S ШИРОКИЙ, НЕГЛУБОКИЙ, МОЖНО СДЕЛАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- 1)+ полная блокада правой ножки пучка Гиса
- 2) неполная блокада правой ножки пучка Гиса
- 3) гипертрофия правого желудочка
- 4) блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса

215. В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ В СЛУЧАЯХ, КОГДА ЭХОКАРДИОГРАФИЯ НЕ ДАЕТ ТОЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ФУНКЦИИ ЛЖ И ПЖ И О СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ СЕРДЦА, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ магнитнорезонансную или компьютерную томографии сердца
- 2) спирографию
- 3) сцинтиграфию сердца в покое
- 4) рентгенографию органов грудной клетки

216. УСКОРЕННЫЙ ИДИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ РИТМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ правильный или неправильный ритм с широкими комплексами QRS (более 0,12 с) и ЧСС от 60 до 100 в минуту, зубцы Р отсутствуют либо они ретроградные или не связанные комплексами QRS
- 2) комплексы QRS различной формы с частотой 100-120 в минуту
- 3) правильный ритм с укороченным интервалом PQ и уширенными комплексами QRS во всех грудных отведениях
- 4) хаотический неправильный ритм, комплексы QRS и зубцы Т отсутствуют

217. СИНУСОВОЙ АРИТМИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ нерегулярный синусовый ритм с периодами ускорения и замедления сердечных сокращений, при этом разброс интервалов P-R превышает 0,16 с
- 2) неправильный ритм с различными интервалами R-R ритма с узкими комплексами QRS продолжительностью менее 0,12 с, зубец P отсутствует, вместо него регистрируются волны F
- 3) пароксизмальные пробежки правильного ритма с узкими комплексами QRS продолжительностью менее 0,12 с и двухфазными зубцами P перед комплексом QRS
- 4) правильный ритм (ЧСС 40-80 в минуту) с широкими комплексами QRS более 0,12 с, зубец P не регистрируется

218. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ

- 1)+ инсульта
- 2) инфаркта
- 3) АВ-блокады
- 4) гипотиреоза

219. ЧАЩЕ ВСЕГО ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 60
- 2) 30
- 3) 40
- 4) 50

220. К ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ оценка функции щитовидной железы
- 2) оценка функции легких
- 3) компьютерная томография грудной клетки
- 4) магнитно-резонансная томография сердца

221. ПОД АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫМ УЗЛОВЫМ РИТМОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ медленный правильный ритм (ЧСС 35-40 в минуту) с узкими комплексами QRS продолжительностью менее 0,12 с, отмечаются ретроградные зубцы P, в ряде случаев может быть ускоренным с ЧСС 70-130 в минуту
- 2) правильный ритм (ЧСС 40-80 в минуту) с широкими комплексами QRS более 0,12 с, зубец P не регистрируется
- 3) пароксизмальные пробежки правильного ритма с узкими комплексами QRS продолжительностью менее 0,12 с и двухфазными зубцами P перед комплексом QRS
- 4) неправильный ритм с различными интервалами R-R ритма с узкими комплексами QRS продолжительностью менее 0,12 с, зубец P отсутствует, вместо него регистрируются волны F

222. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ неправильным ритмом с различными интервалами R-R, зубцы P отсутствуют, могут отмечаться беспорядочные крупно- или мелковолновые колебания изоэлектрической линии, наиболее заметные в отведениях V1 и V2 с частотой 350-700 в минуту
- 2) хаотическим неправильным ритмом, отсутствием комплексов QRS и зубцов T
- 3) комплексами QRS различной формы с частотой 100-120 в минуту
- 4) тахисистолией с различными интервалами R-R и разными по форме комплексами QRS

223. РИТМ СЕРДЦА СЧИТАЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ, ЕСЛИ

- 1)+ расстояния R-R между всеми циклами равны
- 2) перед каждым комплексом QRS имеется зубец P
- 3) все комплексы QRS не уширены
- 4) расстояния R-R между всеми циклами постепенно уменьшается и затем постепенно увеличивается

224. К ФАКТОРАМ РИСКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ застойная сердечная недостаточность
- 2) курение
- 3) нарушение толерантности к глюкозе
- 4) дислипидемия

225. ЕСЛИ НА ЭКГ ПЕРИОДИЧЕСКИ ВЫПАДАЮТ ОТДЕЛЬНЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ QRST ПОСЛЕ ПОСТЕПЕННОГО УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА P-Q, ТО ВИДОМ НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атриовентрикулярная блокада II степени I типа
- 2) атриовентрикулярная блокада II степени II типа
- 3) атриовентрикулярная блокада III степени
- 4) синоатриальная блокада

226. ПОСТЕПЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА PQ С ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСА QRS ПОСЛЕ САМОГО ДЛИННОГО ИНТЕРВАЛА ГОВОРИТ О НАЛИЧИИ

- 1)+ АВ блокады 2 степени типа Мобитц 1
- 2) АВ блокады 2 степени типа Мобитц 2
- 3) далеко зашедшей АВ блокады
- 4) АВ блокады 1 степени

227. О «ПАРАДОКСАЛЬНОМ ПУЛЬСЕ» ГОВОРЯТ, КОГДА

- 1)+ происходит уменьшение или исчезновение пульсовых волн на вдохе
- 2) чередуются пульсовые волны большого и малого наполнения
- 3) имеется несоответствие числа пульсовых волн и числа сердечных сокращений
- 4) интервалы между пульсовыми волнами неодинаковые

228. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ФЕНОМЕНА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОН-УАЙТА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «дельта» – волна
- 2) сужение комплекса QRS
- 3) изоэлектричный сегмент ST
- 4) удлинение интервала PR

229. ПО ЭКГ ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ

- 1)+ характерны уширенные комплексы QRS и атриовентрикулярная диссоциация
- 2) характерно отсутствие зубцов Р и наличие волн f
- 3) характерно отсутствие зубцов Р и наличие пилообразной базальной линии
- 4) характерно наличие зубцов Р перед комплексами QRS, их нормальная ширина и различные формы

230. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ РИТМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЧИТАЮТ

- 1)+ фибрилляцию предсердий
- 2) брадикардию
- 3) брадиаритмию
- 4) АВ -блокада 3 степени

231. ТИПИЧНАЯ КАРТИНА ЭКГ ПРИ СИНДРОМЕ WPW ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1)+ слияния волн активации желудочков, проходящих через нормальное АВ соединение и дополнительный путь проведения
- 2) ускоренного проведения через АВ соединение
- 3) неполной АВ диссоциации
- 4) АВ блокады различной степени

232. ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ РАЗВИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1)+ тромбоза глубоких вен нижних конечностей
- 2) тромбоза левого предсердия
- 3) тромбоза левого желудочка
- 4) диссекции аорты

233. НА ЭКГ МНОГОФОКУСНАЯ ПРЕДСЕРДНАЯ ТАХИКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием трех и более зубцов Р различной морфологии, хаотичным неправильным ритмом с одинаковыми по форме комплексами QRS и ЧСС от 100 до 150 в минуту
- 2) нерегулярными и разными по форме комплексами QRS без зубцов Р
- 3) отсутствием зубцов Р, беспорядочными крупно- или мелковолновыми колебаниями изоэлектрической линии
- 4) периодически расширяющимися комплексами QRS с частотой от 100 до 120 в минуту при отсутствии зубцов Р

234. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 160-250 В МИНУТУ, ШИРОКИЙ И ДЕФОРМИРОВАННЫЙ КОМПЛЕКС QRS, ОТСУТСТВИЕ ЗУБЦА Р ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ желудочковой пароксизмальной тахикардии
- 2) желудочковой экстрасистолы
- 3) фибрилляции желудочков
- 4) синусовой тахикардии

235. ТАХИКАРДИЯ ТИПА «ПИРУЕТ» – ЭТО ПОЛИМОРФНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ типичной синусоидальной картиной, при которой группы из 2 желудочковых комплексов и более одного направления сменяются группами комплексов противоположного направления
- 2) правильным ритмом с укороченным интервалом PQ и уширенными комплексами QRS во всех грудных отведениях
- 3) хаотическим неправильным ритмом, отсутствием комплексов QRS и зубцов Т
- 4) комплексами QRS различной формы с частотой 100-120 в минуту

236. ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ фибрилляции предсердий
- 2) брадикардии
- 3) полной атрио-вентрикулярной блокады
- 4) атрио-вентрикулярной блокады 1 степени

237. ТИП А СИНДРОМА WPW ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ доминированием зубца R в отведениях V1, V2, V3 (конфигурация R или Rs)
- 2) доминированием зубца S в отведениях V1, V2, V3 (конфигурация QS или rS)
- 3) укорочением комплекса QRS во всех грудных отведениях
- 4) удлинением интервала QT

238. МЕТОД СУТОЧНОГО (ХОЛТЕРОВСКОГО) МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ИМЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВА В ДИАГНОСТИКЕ

- 1)+ преходящих нарушений ритма
- 2) гипертрофии миокарда левого и правого желудочков
- 3) рубцовых изменений миокарда
- 4) гипертрофии правого желудочка

239. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОМБОВ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ чреспищеводная эхокардиография
- 2) компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) рентгенография грудной клетки

240. ИНТЕРВАЛ P-Q ПРИ СИНДРОМЕ WPW

- 1)+ укорочен до 0,08-0,11 сек
- 2) не изменен
- 3) равен примерно 0,14-0,16 сек
- 4) удлинен свыше 0,20 сек

241. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ЭКГ
- 2) ЭХОКГ
- 3) МРТ
- 4) стресс-ЭХОКГ

242. ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМОГЕННОГО ЭФФЕКТА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ БОЛЕЕ ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ тяжелым поражением миокарда
- 2) наджелудочковыми аритмиями
- 3) наджелудочковой экстрасистолей
- 4) желудочковой экстрасистолей

243. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА СОТАЛОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 160-320
- 2) 100-200
- 3) 200-400
- 4) 450-900

244. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IC КЛАССА (С ВЫРАЖЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ

- 1)+ аллапинин, пропафенон, этагизин
- 2) хинидин, новокаинамид, дизопирамид
- 3) метопролол, бетаксолол, бисопролол
- 4) амиодарон, соталол, дронедазон

245. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА (БЕТА-БЛОКАТОРАМ) ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ метопролол, бетаксолол, бисопролол
- 2) аллапинин, пропафенон, этагизин
- 3) хинидин, новокаинамид, дизопирамид
- 4) амиодарон, соталол, дронедазон

246. ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ ТИПА «ПИРУЭТ» СПОСОБЕН СПРОВОЦИРОВАТЬ

- 1)+ соталол
- 2) верапамил
- 3) атенолол
- 4) дилтиазем

247. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ПОДГРУППЕ IC, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пропафенон
- 2) кордарон
- 3) хинидин
- 4) лидокаин

248. С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ НЕВОЗМОЖНО КУПИРОВАТЬ

- 1)+ фибрилляцию предсердий
- 2) пароксизмальную желудочковую тахикардию
- 3) трепетание предсердий
- 4) пароксизмальную наджелудочковую тахикардию

249. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ международного нормализованного отношения (МНО)
- 2) активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
- 3) активированного времени рекальцификации (АВР)
- 4) растворимых фибрин

250. ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПО СОХРАНЕНИЮ ЖИЗНИ, ЕСЛИ МЕХАНИЗМОМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ БЕЗ ПУЛЬСА ИЛИ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выполнение дефибрилляции
- 2) проведение искусственной вентиляции лёгких
- 3) введение эпинефрина подкожно
- 4) применение антиаритмических препаратов

251. ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПАЦИЕНТАМ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ моксонидина
- 2) нифедипина
- 3) гидралазина
- 4) фелодипина

252. ОСТАНОВКА КРОВООБРАЩЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ асистолии, фибрилляции желудочков
- 2) нарушении автоматизма синусового узла
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) наджелудочковой тахикардии

253. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ СХемой НАЗНАЧЕНИЯ КОРДАРОНА ВНУТРЬ ЯВЛЯЕТСЯ НАСЫЩЕНИЕ _____ МГ В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ

- 1)+ 600-1200; 7-10
- 2) 2000; 10-12
- 3) 1200-1600; 12-18
- 4) 200-400; 7-10

254. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕМ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЧАСОВ, НАИБОЛЕЕ ОБОСНОВАННОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение кардиоверсии (фармакологической или электрической)
- 2) назначение урежающей ритм терапии (бета-блокаторов)
- 3) отказ от дальнейших попыток купирования приступа при неэффективности внутривенного введения новокаинамида
- 4) купирование пароксизма методом чреспищеводной электростимуляции

255. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНАЦИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В УМЕНЬШЕННЫХ ДОЗАХ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ

- 1)+ отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата
- 2) наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений
- 3) наблюдается снижение эффективности
- 4) отмечается повышение эффективности с повышением выраженности побочного действия каждого препарата

256. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА (УВЕЛИЧИВАЮТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ) ОТНОСЯТ

- 1)+ амиодарон, соталол, дронедазон
- 2) метопролол, бетаксалол, бисопролол
- 3) аллапинин, пропафенон, этагизин
- 4) хинидин, новокаинамид, дизопирамид

257. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) прокаинамид
- 3) лидокаин
- 4) пропafenон

258. ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РИТМА ИЗ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ _____ УДАРОВ В 1 МИНУТУ

- 1)+ 40-50
- 2) 100-110
- 3) 90-100
- 4) 120 и более

259. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ БЛОКЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ атропин
- 2) хинидин
- 3) новокаинамид
- 4) амиодарон

260. ВЕРАПАМИЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ПРИ ТАХИКАРДИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ

- 1)+ идиопатической
- 2) полиморфной
- 3) типа «пируэт»
- 4) двунаправленной

261. МАКСИМАЛЬНОЕ ЗАМЕДЛЕНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОГО ПРОВЕДЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ

- 1)+ этагизина
- 2) пропранолола
- 3) хинидина
- 4) амиодарона

262. РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ фибрилляции и трепетании предсердий
- 2) фибрилляции и трепетании желудочков
- 3) частой предсердной экстрасистолии
- 4) предсердной тахикардии

263. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА СНИЖАЕТ

- 1)+ пропранолол
- 2) лидокаин
- 3) пропafenон
- 4) амиодарон

264. ЕСЛИ ПРИСТУП ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ТАКИМИ СИМПТОМАМИ, КАК СЕРДЕЧНАЯ АСТМА, РЕЗКАЯ ГИПОТОНИЯ, СТЕНОКАРДИЯ, ТО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение электроимпульсной терапии
- 2) введение сердечных гликозидов
- 3) введение новокаинамида
- 4) введение кордарона

265. ПОДБОР СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ДАБИГАТРАНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1)+ без контроля показателей коагулограммы
- 2) под контролем международного нормализованного отношения
- 3) под контролем всех показателей коагулограммы
- 4) под контролем активированного частичного тромбопластинового времени

266. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРИСТУПА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ верапамила
- 2) дизопирамида
- 3) новокаиनाмида
- 4) амиодарона

267. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ I «С» ПОДКЛАССА ОТНОСЯТ

- 1)+ этацизин
- 2) дизопирамид
- 3) амиодарон
- 4) лидокаин

268. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фибрилляция предсердий
- 2) желудочковая групповая экстрасистолия
- 3) перенесенный инфаркт миокарда
- 4) синдром преждевременного возбуждения желудочков (WPW)

269. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЛОКАДА АВ-УЗЛА МОЖЕТ БЫТЬ СПОСОБОМ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ хронической предсердной тахикардии
- 2) желудочковой тахикардии
- 3) ускоренного желудочкового ритма
- 4) пароксизмальной АВ-узловой тахикардии

270. СИНДРОМ МОРГАНЬИ – ЭДЕМСА – СТОКСА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1)+ синоатриальной блокаде
- 2) неполной блокаде левой ножки пучка Гиса (НБЛНПГ)
- 3) неполной блокаде правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ)
- 4) бифасцикулярной блокаде

271. ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ сердечные гликозиды
- 2) блокаторы кальциевых каналов
- 3) β -адреноблокаторы
- 4) антиаритмические препараты

272. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРОПАФЕНОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 450-900
- 2) 160-320
- 3) 100-200
- 4) 200-400

273. У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ КОМПЛЕКСОВ QRS ВО ВРЕМЯ ТАХИКАРДИИ ПО ТИПУ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА С РЕЗКИМ ОТКЛОНЕНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВЛЕВО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ верапамила
- 2) амиодарона
- 3) лидокаина
- 4) новокаиномид

274. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПРИСТУПОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) хинидин
- 3) прокаинамид
- 4) пропранолол

275. БОЛЬНОМУ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ АРИТМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИНИМАТЬ

- 1)+ амиодарон
- 2) хинидин
- 3) дигоксин
- 4) аллапинин

276. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ НАИЛУЧШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ УДАЛОСЬ ДОСТИЧЬ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ

- 1)+ кардиовертеров-дефибрилляторов
- 2) бивентрикулярных кардиостимуляторов
- 3) двухкамерных кардиостимуляторов
- 4) трехкамерных кардиостимуляторов

277. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АЛЛАПИНИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 75-150
- 2) 150-200
- 3) 400-600
- 4) 600-800

278. ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА С ПРИСТУПАМИ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ОПТИМАЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ искусственного водителя ритма
- 2) симпатомиметиков
- 3) гормонов
- 4) атропина

279. ПРИ КАКОМ ВИДЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ВАГУСНЫЕ ПРОБЫ?

- 1)+ узловой АВ-тахикардии
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) трепетании желудочков
- 4) предсердной с выскальзывающими желудочковыми комплексами

280. НАЗНАЧЕНИЕ ЛИДОКАИНА ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ желудочковой тахикардии
- 2) суправентрикулярной тахикардии
- 3) фибрилляции - трепетании предсердий
- 4) суправентрикулярной экстрасистолии

281. ПРЕДСИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ, СЛАБОСТЬЮ, БЛЕДНОСТЬЮ, ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ПРЕДШЕСТВУЕТ

- 1)+ вазодепрессорному обмороку
- 2) обмороку при ортостатической гипотонии
- 3) обмороку при синдроме Морганьи – Эдемса – Стокса
- 4) потере сознания при эпилептических припадках

282. ЭФФЕКТИВНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА (ПОСЛЕ ПЕРИОДА НАСЫЩЕНИЯ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МИЛЛИГРАММАХ)

- 1)+ 100-200
- 2) 400-600
- 3) 600-900
- 4) 160-320

283. ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ амиодарон
- 2) дизопирамид
- 3) сульпирид
- 4) метформин

284. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОБЫЧНО НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ предсердной экстрасистолии
- 2) желудочковой экстрасистолии
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) желудочковой тахикардии

285. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ АДЕНОЗИНА (АТФ) ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ БЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПУТИ АВ ПРОВЕДЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ кратковременное урежение частоты сокращений желудочков
- 2) кратковременное увеличение частоты сокращений желудочков
- 3) купирование приступа
- 4) отсутствие влияния на частоту желудочковых сокращений

286. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IA КЛАССА (С УМЕРЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ

- 1)+ хинидин, новокаиनाмид, дизопирамид
- 2) аллапинин, пропафенон, этацинин
- 3) метапролол, бетаксол, бисопролол
- 4) амиодарон, соталол, дронедазон

287. ЭКГ-КАРТИНА: ЧСС - 40, PQ - 0,20 НА ДВА ЗУБЦА R ПРИХОДИТСЯ ОДИН КОМПЛЕКС QRS, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц-II
- 2) атриовентрикулярной блокады III степени
- 3) синоаурикулярной блокады III степени
- 4) синдрома Фредерика

288. РАЗВИТИЮ ТРОМБОЗА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ фибрилляция предсердий
- 2) гипертрофия миокарда
- 3) желудочковая тахикардия
- 4) относительная недостаточность митрального клапана

289. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ верапамила
- 2) метопролола тартрата
- 3) пропранолола
- 4) амиодарона

290. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ потеря сознания при атрио-вентрикулярной блокаде 2-3 степени
- 2) наличие признаков дисфункции синусового узла при суточном мониторинге электрокардиограммы
- 3) бессимптомная атриовентрикулярная блокада 2-3 степени у больных старше 60 лет, зафиксированная на электрокардиограмме
- 4) полная блокада левой ножки пучка Гиса в сочетании с атрио-вентрикулярной блокадой 2 степени типа Мобитц-1

291. ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ фибрилляции желудочков
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) полной атриовентрикулярной блокаде
- 4) полной блокаде левой ножки пучка Гиса

292. СРЕДНИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ АМИОДАРОНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЁМЕ (ПОСЛЕ ПЕРИОДА НАСЫЩЕНИЯ) СОСТАВЛЯЮТ (В МГ)

- 1)+ 200-400
- 2) 600-800
- 3) 1000-1200
- 4) 1400-1600

293. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ОТНОСИТСЯ КО II КЛАССУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атенолол
- 2) амиодарон
- 3) дофетилид
- 4) хинидин

294. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КАТЕТЕРНОЙ МЕТОДИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ изоляция устьев легочных вен
- 2) абляция кавотрикуспидального перешейка
- 3) абляция атриовентрикулярного узла
- 4) модификация медленного пути АВ соединения

295. ПАЦИЕНТУ С СИНДРОМОМ WPW ПОСЛЕ ЭПИЗОДА ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ ПОКАЗАНО

- 1)+ катетерная абляция дополнительного пути проведения
- 2) имплантация кардиовертера дефибриллятора
- 3) имплантация электрокардиостимулятора
- 4) назначение амиодарона

296. У БОЛЬНЫХ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ УСКОРЕНИЕ ЧАСТОТЫ СОКРАЩЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ВО ВРЕМЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ хинидина
- 2) бисопролола
- 3) амиодарона
- 4) верапамила

297. ПРИ «МЯГКОМ» КОНТРОЛЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИИ У ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ЦЕЛЕВЫЕ ЦИФРЫ ЧСЖ ДО ____ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 110
- 2) 80
- 3) 130
- 4) 60

298. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ лидокаин
- 2) финоптин
- 3) дигоксин
- 4) мезатон

299. ПРИ ЧАСТЫХ ПРИСТУПАХ ТАХИАРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ WPW СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ катетерная абляция дополнительного проводящего пути
- 2) прием хинидина
- 3) прием кордарона
- 4) имплантация кардиовертера

300. ОДНОКАМЕРНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

- 1)+ позволяет сохранить внутрижелудочковую и межжелудочковую синхронию
- 2) показана пациентам с гипертрофической кардиомиопатией
- 3) нарушает функцию трехстворчатого клапана
- 4) позволяет стимулировать непосредственно синусовый узел

301. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) морацизин
- 3) пропафенон
- 4) верапамил

302. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА АВ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ верапамил или АТФ
- 2) лидокаин или мексилетин
- 3) кордарон или соталол
- 4) пропафенон или дигоксин

303. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ IC КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пропафенон
- 2) хинидин
- 3) лидокаин
- 4) дилтиазем

304. ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ дигоксин
- 2) амиодарон
- 3) метопролол
- 4) верапамил

305. МАССАЖ КАРОТИДНОГО СИНУСА МОЖЕТ КУПИРОВАТЬ ПАРОКСИЗМ

- 1)+ АВ узловой тахикардии
- 2) предсердной тахикардии
- 3) желудочковой тахикардии
- 4) фибрилляции предсердий

306. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ

- 1)+ в области медленного пути АВ соединения
- 2) в области кавотрикуспидального перешейка
- 3) изоляция устьев легочных вен
- 4) дополнительного пути проведения между предсердиями и желудочками

307. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атриовентрикулярная блокада III степени
- 2) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 3) атриовентрикулярная блокада I степени
- 4) фибрилляция предсердий

308. ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ КАК У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА, ТАК И БЕЗ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ амиодарон
- 2) аллапинин
- 3) пропафенон
- 4) новокаиномид

309. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО КАРДИОСТИМУЛЯТОРА, У БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ПЕРЕДНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атриовентрикулярная блокада дистальной локализации II и III степени
- 2) предсердная экстрасистолия и блокада передней ветви ножки пучка Гиса
- 3) блокада левой ножки пучка Гиса
- 4) блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса

310. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПРИСТУПОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) хинидин
- 3) новокаиномид
- 4) пропранолол

311. КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ПО ПОВОДУ ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОВОДИТСЯ В

- 1)+ правом предсердии
- 2) левом предсердии
- 3) правом желудочке
- 4) левом желудочке

312. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ лидокаин
- 2) дигоксин
- 3) аденозин (АТФ)
- 4) метопролол

313. НИЗКИЙ РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИМЕЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1)+ моложе 60 лет без заболеваний сердечно-сосудистой системы
- 2) артериальной гипертензией
- 3) тиреотоксикозом
- 4) митральным стенозом

314. ПРИ УСКОРЕННОМ ИДИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ РИТМЕ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

- 1)+ не применяют антиаритмическую терапию
- 2) назначают электрическую кардиоверсию
- 3) назначают новокаиномид внутривенно
- 4) назначают амиодарон внутривенно

315. ВТОРАЯ ПОЗИЦИЯ В БУКВЕННОМ КОДЕ, ОБОЗНАЧАЮЩАЯ РЕЖИМ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА, ОТРАЖАЕТ

- 1)+ детектируемую камеру
- 2) стимулируемую камеру
- 3) код производителя
- 4) наличие функции частотной адаптации

316. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА БЕЗ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ И БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ бета-адреноблокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов
- 2) дигоксин и амиодарон
- 3) антиаритмические препараты I класса и амиодарон
- 4) дигоксин и аденозинтрифосфата

317. КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ МЕДЛЕННОГО ПУТИ АВ СОЕДИНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ

- 1)+ АВ узловой тахикардии
- 2) типичном трепетании предсердий
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) синдроме WPW

318. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ дигоксин и амиодарон
- 2) бета-адреноблокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов
- 3) антиаритмические препараты I класса и амиодарон
- 4) дигоксин и аденозинтрифосфат

319. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ТЕРАПИИ АНТИАРИТМИКАМИ IV КЛАССА ЯВЛЯЮТСЯ ПАРОКСИЗМЫ

- 1)+ полиморфной желудочковой тахикардии типа «пируэт»
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) трепетания предсердий
- 4) суправентрикулярной (монофокусной) тахикардии

320. ПЕРВАЯ ПОЗИЦИЯ В БУКВЕННОМ КОДЕ, ОБОЗНАЧАЮЩАЯ РЕЖИМ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА, ОТРАЖАЕТ

- 1)+ стимулируемую камеру
- 2) детектируемую камеру
- 3) код производителя
- 4) наличие функции частотной адаптации

321. К ВОЗМОЖНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ НАЗНАЧЕНИЯ ВЕРАПАМИЛА БОЛЬНОМУ С ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СИНДРОМОМ WPW ОТНОСЯТ

- 1)+ фибрилляцию желудочков
- 2) развитие полной атриовентрикулярной блокады
- 3) восстановление синусового ритма
- 4) развитие асистолии

322. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖИЗНЕОПАСНЫХ (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ) ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ ЛУЧШЕ, ЕСЛИ ПРИМЕНЯЮТ АНТИАРИТМИКИ _____ КЛАССА

- 1)+ III
- 2) 1A
- 3) 1C
- 4) 1B

323. ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С ТАХИСИСТОЛИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электрическая кардиоверсия
- 2) внутривенное введение верапамила
- 3) внутривенное введение новокаинамида
- 4) сублингвальный прием нитроглицерина

324. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) ивабрадин
- 3) сердечные гликозиды
- 4) амиодарон

325. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) соталол
- 3) метопролол
- 4) пропафенон

326. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ катетерная абляция кавотрикуспидального перешейка
- 2) имплантация электрокардиостимулятора
- 3) имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- 4) катетерная абляция медленного пути АВ соединения

327. ИМПЛАНТАЦИЯ ПРЕДСЕРДНОГО ЭЛЕКТРОДА ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ОБЫЧНО ВЫПОЛНЯЕТСЯ В

- 1)+ ушко правого предсердия
- 2) ушко левого предсердия
- 3) коронарный синус
- 4) заднюю стенку левого предсердия

328. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ АНТИАРИТМИЧЕСКИМ СРЕДСТВОМ ПРИ КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) верапамил
- 3) аллапинин
- 4) дигоксин

329. БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ бета-адреноблокаторы
- 2) нитраты
- 3) фуросемид
- 4) нифедипин

330. ИМПЛАНТАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО ЭЛЕКТРОДА ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ОБЫЧНО ВЫПОЛНЯЕТСЯ В

- 1)+ верхушку правого желудочка
- 2) верхушку левого желудочка
- 3) коронарный синус
- 4) боковую стенку левого желудочка

331. ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ СЕРНОКИСЛОЙ МАГНЕЗИИ НЕРЕДКО ЭФФЕКТИВНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ желудочковой тахикардии «пируэт»
- 2) фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии)
- 3) пароксизмальных атриовентрикулярных тахикардий
- 4) мономорфной и полиморфной желудочковых тахикардий

332. ЗАМЕТНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТО ПРИ НАЗНАЧЕНИИ

- 1)+ амиодарона
- 2) сердечных гликозидов
- 3) диуретиков
- 4) амлодипина

333. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНОГО С АД 80/60 ММ РТ.СТ. НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ электрическую кардиоверсию
- 2) амиодарон внутривенно
- 3) пропafenон перорально
- 4) новокаиномид внутривенно

334. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ IV КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лидокаин
- 2) верапамил
- 3) пропafenон
- 4) атенолол

335. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром Фредерика
- 2) фибрилляция предсердий
- 3) атриовентрикулярная блокада I степени
- 4) полная блокада левой ножки пучка Гиса

336. ПРИ КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМОВ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ верапамил
- 2) лидокаин
- 3) ивабрадин
- 4) каптоприл

337. ВЫПОЛНЕНИЕ ПЛАНОВОЙ КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТА С ДЛИТЕЛЬНЫМ ИЛИ НЕИЗВЕСТНОЙ ДАВНОСТИ ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И

- 1)+ исключения наличия тромбов в полости левого предсердия
- 2) подтверждения наличия тромбов в полости левого предсердия
- 3) изучения анатомии ушка левого предсердия
- 4) оценки сократительной способности левого желудочка

338. ПРИ СИМПТОМНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В СОЧЕТАНИИ С ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ И НЕДОСТАТОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ БЕТА-БЛОКАТОРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ сердечных гликозидов
- 2) альфа- адреноблокаторов
- 3) периферических вазодилататоров
- 4) ингибиторов НГЛТ2

339. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ IA КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хинидин
- 2) морацизин
- 3) амиодарон
- 4) пропафенон

340. ПРИ ИСТОЩЕНИИ БАТАРЕИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ВЫПОЛНЯЮТ

- 1)+ смену электрокардиостимулятора без смены электродов, если при ревизии параметры электродов окажутся удовлетворительными
- 2) телеметрическое отключение электрокардиостимулятора с имплантацией другой системы на противоположной стороне
- 3) удаление старых ЭКС и электродов и имплантацию новых ЭКС и электродов
- 4) смену старой батареи ЭКС на новую без смены электрокардиостимулятора и электродов

341. КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПЕРЕШЕЙКА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ типичного трепетания предсердий
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) АВ блокады 3 степени
- 4) частой желудочковой экстрасистолии

342. СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ПЕРОРАЛЬНЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ ДЛЯ ЛИЦ, МУЖСКОГО ПОЛА ПРИ ЧИСЛЕ БАЛЛОВ, РАВНОМ _____ И БОЛЕЕ ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-VASC

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 1
- 4) 4

343. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ФАКТОРАМИ РИСКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОДОЛЖАТЬСЯ

- 1)+ пожизненно
- 2) 1 месяц
- 3) 2 недели
- 4) 1 год

344. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМОГЕННОГО ЭФФЕКТА ПРИ ПРИЕМЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 5-10
- 2) 20-30
- 3) 40-50
- 4) более 50

345. ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ замедление частоты сокращений желудочков
- 2) замедление частоты сокращения предсердий
- 3) восстановление синусового ритма
- 4) подавление активности блуждающего нерва

346. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ амиодарон
- 2) дигоксин
- 3) бисопролол
- 4) верапамил

347. НА ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МНО У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И С МЕХАНИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ КЛАПАНА ДОЛЖЕН БЫТЬ

- 1)+ 2,5-3,5
- 2) 2-2,5
- 3) 3-4
- 4) 3,5-4

348. СУЩЕСТВЕННО НЕ СНИЖАЕТ ЧСС ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

- 1)+ дигоксин
- 2) метопролол
- 3) соталол
- 4) верапамил

349. ПОСТТАХИКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, ВЫРАЖАЮЩИЙСЯ ИНВЕРСИЕЙ ВОЛНЫ Т НА ЭКГ, ОБЫЧНО

- 1)+ исчезает в течение трех суток после пароксизма тахикардии
- 2) исчезает в течение двух недель
- 3) исчезает в течение недели
- 4) не исчезает длительное время

350. АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НАЗНАЧАЮТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

- 1)+ количества факторов риска ишемического инсульта
- 2) систолической функции левого желудочка
- 3) длительности аритмии
- 4) формы аритмии

351. ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРУГАДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- 2) применение амиодарона
- 3) применение нитратов
- 4) применение антиаритмиков I класса

352. ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ МОЛОЖЕ 80 ЛЕТ, ВЕСОМ БОЛЕЕ 60 КГ, КРЕАТИНИНОМ ВЫШЕ ИЛИ РАВНЫМ 132 ММОЛЬ/Л НАЗНАЧАЕТСЯ 2 РАЗА В ДЕНЬ АПИКСАБАН В ДОЗЕ (В МГ)

- 1)+ 5
- 2) 20
- 3) 2,5
- 4) 30

353. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧСС ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ОТНОСЯТ

- 1)+ дигоксин
- 2) верапамил
- 3) дилтиазем
- 4) дабигатран

354. ДАБИГАТРАН ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямым ингибитором тромбина
- 2) ингибитором агрегации тромбоцитов
- 3) прямым ингибитором Ха фактора
- 4) антогонистом ингибиторов агрегации тромбоцитов

355. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ IV КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ верапамил
- 2) амиодарон
- 3) пропранолол
- 4) мексилетин

356. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖИЗНЕОПАСНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- 2) радиочастотная катетерная деструкция
- 3) назначение антиаритмических препаратов
- 4) имплантация электрокардиостимулятора

357. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДАБИГАТРАН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗИРОВКЕ (В МГ) _____, _____ В СУТКИ

- 1)+ 110-150; 2 раза
- 2) 20; 1 раз
- 3) 60-80; 1 раз
- 4) 5; 2 раза

358. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОДОЛЖАТЬСЯ

- 1)+ 4 недели
- 2) пожизненно
- 3) 21 день
- 4) 3 месяца

359. ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ, КОТОРОЕ ПРОИСХОДИТ ПОД ВЛИЯНИЕМ АНТИАРИТМИКОВ IA КЛАССА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение комплекса QRS
- 2) депрессия сегмента ST
- 3) укорочение интервала PQ(R)
- 4) уменьшение продолжительности интервала QT

360. СНИЖАТЬ ЭФФЕКТ ОТ ПРИЕМА ВАРФАРИНА МОЖЕТ УПОТРЕБЛЕНИЕ В ПИЩУ

- 1)+ шпината
- 2) помидоров
- 3) баклажанов
- 4) чеснока

361. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ РЕЦИПРОКНЫХ ТАХИКАРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радиочастотная катетерная деструкция
- 2) имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- 3) назначение антиаритмических препаратов
- 4) имплантация электрокардиостимулятора

362. АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ I КЛАССА ПРЕПАРАТОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уменьшением возбудимости миокарда предсердий и желудочков
- 2) уменьшением эффективного рефрактерного периода АВ-соединения
- 3) увеличением автоматизма эктопических центров II и III порядка
- 4) усилением проведения электрического импульса по предсердиям и желудочкам

363. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ биспролол
- 2) дронедазон
- 3) дилтиазем
- 4) пропафенон

364. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ПРОКАИНАМИДА САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипотония
- 2) резкая брадикардия
- 3) тошнота
- 4) головная боль

365. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фибрилляция желудочков
- 2) наджелудочковая тахикардия
- 3) частая желудочковая экстрасистолия
- 4) частая предсердная экстрасистолия

366. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ IA КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ прокаинамид
- 2) амиодарон
- 3) дронедазон
- 4) лидокаин

367. К ПРИЗНАКУ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ДИГОКСИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ синдром Фредерика
- 2) WPW-синдром
- 3) субэпикардальный инфаркт миокарда
- 4) тромбэмболию легочной артерии

368. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ НЕ ВЛИЯЕТ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT ИЛИ УМЕНЬШАЕТ ЕЁ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атенолол
- 2) прокаинамид
- 3) амиодарон
- 4) соталол

369. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) пропafenон
- 3) метопролол
- 4) прокаинамид

370. ПРЕПАРАТОМ, УВЕЛИЧИВАЮЩИМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) атенолол
- 3) дигоксин
- 4) лидокаин

371. НА ЭКГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИГОКСИНОМ МОГУТ БЫТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ

- 1)+ корытообразной депрессии сегмента ST
- 2) подъема сегмента ST в виде «кошачьей спинки»
- 3) подъема сегмента ST с вогнутой частью на вершине подъема
- 4) отрицательных зубцов R в отведениях II, III, AVF

372. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тиреотоксикоз
- 2) гипотермия
- 3) эритремия
- 4) полилимфаденопатия

373. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфаркт миокарда
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) длительный прием антагонистов кальция
- 4) острое нарушение мозгового кровообращения

374. У БОЛЬНЫХ С УДЛИНЁННЫМ ИНТЕРВАЛОМ QT УВЕЛИЧИТЬ РИСК ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА МОЖЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ антиаритмических препаратов IA и IC классов
- 2) бета-блокаторов
- 3) симпатической денервации сердца в сочетании с бета-блокаторами
- 4) искусственного водителя ритма в сочетании с бета-блокаторами

375. ПАЦИЕНТАМ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧСС, А ТАКЖЕ ДЛЯ

- 1)+ предотвращения образования тромбов
- 2) уменьшения болевого синдрома
- 3) уменьшения тревожности
- 4) нормализации сна

376. САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С ПРИЁМОМ ХИНИДИНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возникновение желудочковой тахикардии типа «пируэт»
- 2) возникновение головокружений
- 3) нарушение функции желудочно-кишечного тракта
- 4) возникновение фиброза лёгких

377. НАЗНАЧЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ частой желудочковой экстрасистолии
- 2) фибрилляции предсердий давностью более 7 дней
- 3) фибрилляции предсердий давностью более 12 месяцев
- 4) фибрилляции предсердий давностью более 48 часов

378. УВЕЛИЧЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ амиодарон
- 2) бисопролол
- 3) периндоприл
- 4) атенолол

379. ПРИЗНАКАМИ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ тахикардия, снижение артериального давления
- 2) повышение температуры тела, кашель
- 3) боли в грудной клетке, повышение артериального давления
- 4) головные боли, олигурия

380. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ХАРАКТЕРНА РЕГИСТРАЦИЯ

- 1)+ частых желудочковых экстрасистол
- 2) альтернации зубца Т
- 3) депрессии сегмента ST
- 4) атриовентрикулярных блокад

381. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ МЕНЕЕ 48 ЧАСОВ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ И НАЛИЧИЕМ ОРГАНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА (ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) метопролол
- 3) прокаинамид
- 4) лидокаин

382. ПРИМЕНЕНИЕ ДИГОКСИНА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ сердечной недостаточности
- 2) легочной гипертензии
- 3) гипертрофии левого желудочка
- 4) стенозе митрального клапана

383. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ амиодарон
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) верапамил
- 4) прокаинамид

384. ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ

- 1)+ контроля частоты сердечных сокращений
- 2) оценки динамики сегмента ST-T
- 3) выявления наджелудочковых аритмий
- 4) диагностики блокад ножек пучка Гиса

385. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МНО У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРФАРИНОМ ДОЛЖЕН БЫТЬ

- 1)+ 2-3
- 2) 2,5-3,5
- 3) 1,5-2
- 4) 3-4

386. ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ РИСК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ катетерная абляция
- 2) имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- 3) применение бета-блокаторов
- 4) применение амиодарона

387. К ПРЕПАРАТАМ, КОТОРЫЕ УРЕЖАЮТ ЧСС ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ОТНОСЯТ

- 1)+ метопролол, дигоксин, верапамил
- 2) ранолазин, никорандил, триметазидин
- 3) валсартан, эналаприл, спиронолактон
- 4) периндоприл, нифедипин, моксонидин

388. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ лидокаин
- 2) дигоксин
- 3) прокаинамид
- 4) амиодарон

389. СРЕДНЯЯ ДОЗА ПРОКАИНАМИДА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ) ____ 10% РАСТВОРА

- 1)+ 10
- 2) 2,5
- 3) 2
- 4) 3

390. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ варфарин
- 2) аспирин
- 3) апиксабан
- 4) дабигатран

391. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ КЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОДОЛЖАТЬСЯ

- 1)+ пожизненно
- 2) 6 месяцев
- 3) 1 год
- 4) 4 недели

392. ОТНОСИТЕЛЬНО ВЕРАПАМИЛА НЕВЕРНЫМ СУЖДЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО

- 1)+ может применяться при тяжелой сердечной недостаточности
- 2) может назначаться внутрь или внутривенно
- 3) нередко провоцирует тяжелый атонический запор
- 4) способствует удлинению интервала PQ на ЭКГ

393. ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧСС МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ амиодарон
- 2) дигоксин
- 3) недигидропиридиновые антагонисты кальция
- 4) аденозин

394. «МЯГКИЙ» КОНТРОЛЬ ЧСС ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ОЗНАЧАЕТ ЕГО ЗНАЧЕНИЕ МЕНЕЕ ____ В МИНУТУ В ПОКОЕ

- 1)+ 110
- 2) 70
- 3) 120
- 4) 80

395. ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ КУПИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ внутривенного введения лидокаина
- 2) бета-блокаторов
- 3) антагонистов кальция
- 4) статинов

396. ПАЦИЕНТУ С ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ МЕНЕЕ 48 ЧАСОВ И НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ НЕОБХОДИМО

- 1)+ провести электрическую кардиоверсию
- 2) выполнить медикаментозную кардиоверсию
- 3) назначить варфарин и при уровне МНО от 2 до 3 восстановить синусовый ритм
- 4) восстановить синусовый ритм через 48 часов от начала пароксизма

397. СТАНДАРТНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА АПИКСАБАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОНМК У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 10
- 2) 5
- 3) 2,5
- 4) 7,5

398. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, СПОСОБНЫМИ ВЫЗВАТЬ ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ ТИПА «ПИРУЭТ», ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ хинидины
- 2) гликозиды
- 3) противогрибковые препараты (кетоконазол, имидазол)
- 4) амитриптилин, фенотиазин

399. ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА НА ФОНЕ ПРИЕМА НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВОДОМ ДЛЯ

- 1)+ приостановки их приема на 1 сутки
- 2) их отмены и назначения варфарина
- 3) удвоения их дозы
- 4) их отмены на 3 дня

400. РЕКОМЕНДУЕМЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ С ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА С ОТКЛОНЕНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВЛЕВО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верапамил
- 2) новокаиномид
- 3) пропафенон
- 4) дофетилид

401. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИКОАГУЛЯНТА НЕОБХОДИМО ОСТАНОВИТЬ ПРИЕМ АНТИКОАГУЛЯНТА

- 1)+ только в случае тяжелого состоявшегося кровотечения
- 2) при средней степени кровопотери
- 3) во всех случаях
- 4) при легкой степени кровопотери

402. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОПАСНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ бета-блокаторы
- 2) пропafenон
- 3) флекаинид
- 4) этmozин

403. С ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОНМК У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ блокатору Ха-фактора
- 2) ацетилсалициловой кислоте
- 3) клопидогрелю
- 4) варфарину

404. ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ТИПА «ПИРУЭТ» МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ИЗ-ЗА ПРИЁМА

- 1)+ этаcизина
- 2) атенолола
- 3) верапамила
- 4) метопролола

405. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРИСТУПА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЕЕ 48 ЧАСОВ ЛЕЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ СЛЕДУЕТ ПРОДОЛЖАТЬ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ____ ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ

- 1)+ 4 недели
- 2) 14 дней
- 3) 3 месяца
- 4) 1 неделю

406. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ АВ-УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденозинтрифосфат
- 2) верапамил
- 3) амиодарон
- 4) пропранолол

407. СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ РИТМА ВМЕСТО СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ ЧСС, КОГДА

- 1)+ сохраняются симптомы, несмотря на адекватный контроль ЧСС
- 2) фракция выброса менее 40%
- 3) риск развития побочных эффектов от антиаритмических препаратов низкий
- 4) определен высокий риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-Vasc

408. У ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВРЕМЯ ДО ПРОЦЕДУРЫ АБЛАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ

- 1)+ 48 часов
- 2) 24 часов
- 3) 3 дней
- 4) 1 недели

409. У ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ НЕМЕДЛЕННОЙ КАРДИОВЕРСИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ гепарин
- 2) варфарин
- 3) апиксабан
- 4) эдоксабан

410. УСТРАНЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА РЕКОМЕНДОВАНО В СЛУЧАЕ

- 1)+ наличия выраженных клинических проявлений
- 2) подозрения наследственного характера заболевания
- 3) отсутствия признаков дилатации полостей сердца
- 4) преобладания эпизодов аритмии в ночное время

411. УСИЛИВАТЬ ЭФФЕКТ ВАРФАРИНА МОЖЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ аллопуринола
- 2) азатиоприна
- 3) антацидов
- 4) циклоспорина

412. ПРИ РЕЦИДИВЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ТЕРАПИИ АМИОДАРОНОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ интервенционным методам коррекции
- 2) увеличению доз антикоагулянтных препаратов
- 3) комбинированной антиаритмической терапии
- 4) терапии соталолом

413. У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА МЕНЕЕ 40% СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

- 1)+ амиодарон
- 2) соталол
- 3) пропафенон
- 4) флекаинид

414. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЮ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АМИОДАРОНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт»
- 2) фибрилляция предсердий при синдроме Вольфа – Паркинсона – Уайта
- 3) фибрилляция и трепетание предсердий у больного с сердечной недостаточностью
- 4) трепетание предсердий при синдроме Вольфа – Паркинсона – Уайта

415. «ЖЕСТКИЙ» КОНТРОЛЬ ЧСС ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ОЗНАЧАЕТ ЕГО ЗНАЧЕНИЕ МЕНЕЕ ____ В МИНУТУ В ПОКОЕ И МЕНЕЕ ____ В МИНУТУ ПРИ УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

- 1)+ 80; 110
- 2) 90; 140
- 3) 80; 120
- 4) 90; 110

416. ЕДИНСТВЕННЫМ НОВЫМ ОРАЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ, КОТОРЫЙ ПРЕВЗОШЕЛ ВАРФАРИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ____ В ДОЗЕ ____ (В МГ В СУТКИ)

- 1)+ дабигатран; 300
- 2) апиксабан; 10
- 3) ривароксабан; 20
- 4) эдоксабан; 30

417. У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ МЕНЕЕ 48 ЧАСОВ, С ОРГАНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА, ВОЗМОЖНА МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КАРДИОВЕРСИЯ С ПОМОЩЬЮ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

- 1)+ амиодарона
- 2) прокаинамида
- 3) пропafenона
- 4) флекаинида

418. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИКОАГУЛЯНТА НЕОБХОДИМО

- 1)+ оценить и исключить причины тромбообразования
- 2) дополнить терапию еще одним антикоагулянтом
- 3) заменить антикоагулянт на иной
- 4) добавить к терапии антиагрегант

419. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА С СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК РИВАРОКСАБАН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗИРОВКЕ _____ МГ В СУТКИ

- 1)+ 20
- 2) 30-60
- 3) 110-150
- 4) 5

420. ПРИ СИНДРОМЕ WPW С ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 250 В 1 МИНУТУ И АД 80/50 ММ РТ.СТ. НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ электроимпульсную терапию
- 2) введение 10 мг изоптина
- 3) введение 50 мг аймалина
- 4) введение новокаинамида

421. К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ НАРУШЕНИЯМ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ WPW ОТНОСЯТ

- 1)+ пароксизмальную А-В антидромную тахикардию
- 2) пароксизмы фибрилляции предсердий
- 3) пароксизмы трепетания предсердий
- 4) пароксизмальную тахикардию

422. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА ПРИ БОЛЮСНОМ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/КГ)

- 1)+ 1,0-1,5
- 2) 2,0-4,0
- 3) 5,0-7,0
- 4) 8,0-10,0

423. ЭКСТРАСИСТОЛЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ПЕРИОДИЧНОСТИ ПОЯВЛЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА

- 1)+ спорадические, аллоритмированные
- 2) одиночные, парные, групповые
- 3) наджелудочковые, желудочковые
- 4) поздние, ранние, сверххранние

424. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фибрилляция желудочков
- 2) асистолия желудочков
- 3) электромеханическая диссоциация
- 4) АВ-блокада III степени

425. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДВУМЯ ЛЮДЬМИ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ____ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НА ____ ВДУВАНИЯ ВОЗДУХА В ЛЕГКИЕ

- 1)+ 30; 2
- 2) 15; 1
- 3) 10; 1
- 4) 20; 2

426. ВНЕЗАПНАЯ, БЕЗ ПРЕДВЕСТНИКОВ, ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ нарушений сердечного ритма
- 2) проявлений эписиндрома
- 3) интоксикации сердечными гликозидами
- 4) вертебробазилярной недостаточности

427. ВЫПОЛНЕНИЕ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ВОЗМОЖНО БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ЧПЭХО ПРИ ВРЕМЕННОМ ИНТЕРВАЛЕ ОТ НАЧАЛА ПАРОКСИЗМА (В ЧАСАХ)

- 1)+ 48
- 2) не более 24
- 3) не более 72
- 4) не более 12

428. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПОЛИМОРФНОЙ ТАХИКАРДИИ ТИПА ПИРУЭТ (ВЕРЕТЕНООБРАЗНОЙ), ВОЗНИКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сульфат магния
- 2) кордарон
- 3) лидокаин
- 4) новокаиномид

429. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА ХАРАКТЕРНА ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩАЯ АРИТМИЯ

- 1)+ пароксизмальная тахикардия
- 2) синоаурикулярная блокада
- 3) атриовентрикулярная блокада
- 4) электромеханическая диссоциация

430. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕМ ИМПЛАНТИРУЕМОГО КАРДИОВЕРТЕР-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прерывание жизнеугрожающих аритмий
- 2) поддержание АВ-синхронизации
- 3) частотная адаптация к повышенной нагрузке работы сердца
- 4) автоматическое переключение режима стимуляции

431. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОКАИНАМИДА С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОВОДОМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение комплекса QRS на 30% от исходной величины и развитие гипотензии
- 2) расширение комплекса QRS на 20% от исходной величины и развитие гипертензии
- 3) расширение комплекса QRS на 40% от исходной величины; переход фибрилляции предсердий в трепетание
- 4) развитие гипертензии; замедление частоты сокращений желудочков; переход фибрилляции предсердий в трепетание

432. ПРИ АНГИНОЗНОМ ПРИСТУПЕ С СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИЕЙ И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ЭКСТРАСИСТОЛАМИ НА ФОНЕ ГИПОТОНИИ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ дофамина
- 2) атропина
- 3) изадрина
- 4) морфина

433. ПОКАЗАТЕЛЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О НАЛИЧИИ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возникновение обморока
- 2) появление пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- 3) брадикардия (ЧСС менее 50 в 1 мин)
- 4) QRS более 0,14 с

434. РЕГИСТРАЦИЯ НА ЭКГ НЕРЕГУЛЯРНЫХ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ДРУГ ОТ ДРУГА ПО АМПЛИТУДЕ И ФОРМЕ ВОЛН, С ЧАСТОТОЙ 200-500 В МИНУТУ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ЧЕТКО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КОМПЛЕКСОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ фибрилляции желудочков
- 2) трепетания желудочков
- 3) фибрилляции предсердий
- 4) трепетания предсердий

435. В ОСНОВЕ ПРИСТУПА МОРГАНЬИ-АДАМС-СТОКСА ЛЕЖИТ

- 1)+ нарушение перфузии головного мозга при АВ-блокаде 3 степени
- 2) высокое АД
- 3) спазм сосудов головного мозга
- 4) снижение ОЦК

436. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ С ПЕРИОДИКОЙ САМОЙЛОВА - ВЕНКЕБАХА У ПАЦИЕНТА В ВОЗРАСТЕ 70 ЛЕТ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВВЕДЕНИИ

- 1)+ атропина
- 2) адреналина
- 3) изадрина
- 4) допамина

437. ПРЕПАРАТАМИ, ПРОТИВОПОКАЗАНЫМИ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ WPW ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ верапамил, дигоксин
- 2) ритмилен, аймалин
- 3) новокаиномид, верапамил
- 4) аймалин, дигоксин

438. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АДРЕНАЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ асистолия
- 2) атриовентрикулярная блокада II степени
- 3) пароксизм фибрилляции предсердий
- 4) синусовая брадикардия

439. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНУЮ РЕАНИМАЦИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ компрессий грудной клетки
- 2) ИВЛ
- 3) прекардиального удара
- 4) тройного приема Сафара

440. ДЛЯ РЕЖИМА СТИМУЛЯЦИИ VDD ХАРАКТЕРНА СТИМУЛЯЦИЯ

- 1)+ желудочков, синхронизированная с зубцом R, запрещаемая зубцом R
- 2) желудочков, синхронизированная с зубцом P
- 3) желудочков, запрещаемая детекцией зубца R
- 4) предсердий и желудочков, последовательная, запрещаемая зубцом R

441. ОПАСНЫМ ДЛЯ ЖИЗНИ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ остановка сердца в диастолу
- 2) отёк мозга
- 3) отёк лёгких
- 4) инфаркт миокарда

442. УСТРАНЕНИЮ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ БЛОКАДЫ, РАЗВИВШЕЙСЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НОВОКАИНАМИДА, СПОСОБСТВУЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ 80-100 мл раствора гидрокарбоната натрия 4%
- 2) 1 мл атропина 0,1%
- 3) 10 мл раствора хлористого кальция 10%
- 4) оксигенотерапии

443. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ В РЕЖИМЕ VАТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ АВ-блокада
- 2) дисфункция синусового узла
- 3) синусовая тахикардия
- 4) нормальная функция синусового узла

444. ПОКАЗАНИЕМ К ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ регистрация фибрилляции желудочков на ЭКГ
- 2) отсутствие пульса на сонных артериях
- 3) отсутствие признаков эффективности закрытого массажа сердца
- 4) максимальное расширение зрачков

445. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛИДОКАИН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПОКАЗАН

- 1)+ при желудочковых экстрасистолах 3-5 градаций, после фибрилляции желудочков
- 2) всем больным в первые трое суток заболевания, после желудочковой экстрасистолии
- 3) всем больным в первые трое суток заболевания, при желудочковых экстрасистолах 3-5 градаций
- 4) в первые 6 часов заболевания, при желудочковых экстрасистолах, при тяжелой сердечной недостаточности

446. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение системного перфузионного давления
- 2) повышение агрегации форменных элементов крови
- 3) повышение активности свертывающей системы
- 4) ухудшение реологических свойств крови

447. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ИЗ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ В МИНУТУ

- 1)+ 140-250
- 2) 250-260
- 3) 100-140
- 4) свыше 260

448. ПОД АРИТМОГЕННЫМ ШОКОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ ассоциированный кардиогенный
- 2) вазогенный
- 3) гиповолемический
- 4) истинный кардиогенный

449. БУКВА ПЯТОЙ ПОЗИЦИИ МОДИФИКАЦИОННОГО КОДА NBS ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1)+ антитахикардические функции электрокардиостимулятора
- 2) способ ответной реакции аппарата на детектированный электрический сигнал
- 3) детектируемую камеру сердца
- 4) наличие частотной адаптации

450. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ/ТРЕПЕТАНИИ ЖЕЛУДОЧКОВ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕХ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В ХОДЕ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) лидокаин
- 3) сульфат магния
- 4) прокаинамид

451. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ хаотический неправильный ритм, комплексы QRS и зубцы Т отсутствуют
- 2) комплексы QRS различной формы с частотой 100-120 в минуту
- 3) тахисистолию с различными интервалами R-R и разными по форме комплексами QRS
- 4) тахикардию с ЧСС более 200 в минуту с обычными комплексами QRS

452. ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ХЛОРИДА КАЛИЯ СПОСОБНО ВЫЗВАТЬ

- 1)+ остановку сердца
- 2) гипотензию
- 3) гипертензию
- 4) экстазистологию

453. ФОКУСНЫЕ («АВТОМАТИЧЕСКИЕ») ПРЕДСЕРДНЫЕ ТАХИКАРДИИ

- 1)+ не ритмичны в начале и конце приступа
- 2) строго ритмичны, чувствительны к АТФ и верпамилу
- 3) строго ритмичны, чувствительны к вагусным пробам
- 4) ритмичны в начале и конце приступа

454. САМЫМ УНИВЕРСАЛЬНЫМ АНТИАРИТМИКОМ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) прокаинамид
- 3) лидокаин
- 4) пропафенон

455. СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ фибрилляцией и трепетанием предсердий
- 2) атриовентрикулярной блокадой 1 степени
- 3) синусовой брадикардией
- 4) синусовой тахикардией

456. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИПРОКНОЙ АВ-ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ АТФ
- 2) дигоксин
- 3) новокаинамид
- 4) обзидан

457. ПОКАЗАНИЕМ К ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ симптомная хронотропная недостаточность
- 2) бессимптомная дисфункция синусового узла у спортсменов
- 3) бессимптомная брадикардия, вызванная длительной медикаментозной терапией
- 4) бессимптомная ночная брадикардия у молодых людей с паузами менее 2 секунды

458. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лидокаин
- 2) верапамил
- 3) ритмилен
- 4) кордарон

459. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ В РЕЖИМЕ ААІ ЯВЛЯЕТСЯ _____ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ дисфункция синусового узла; нормальным АВ-проведением
- 2) АВ-блокада 2 степени 1 типа; блокадой левой ножки пучка Гиса
- 3) АВ-блокада 2 степени 2 типа; блокадой правой ножки пучка Гиса
- 4) хроническая фибрилляция предсердий; АВ-блокадой

460. К ПОКАЗАНИЮ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ В РЕЖИМЕ VАТ ОТНОСЯТ

- 1)+ АВ блокаду при нормальной функции синусового узла
- 2) дисфункцию синусового узла
- 3) рефлекторные синкопе
- 4) нормальную функцию синусового узла

461. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ВЫСТУПАЕТ

- 1)+ тахикардия, сопровождающаяся отёком лёгких
- 2) синусовая тахикардия
- 3) узловая брадикардия
- 4) фибрилляция предсердий

Тема 9. Недостаточность кровообращения (сердечная недостаточность).

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1)+ натрийуретических пептидов
- 2) СРБ
- 3) тропонинов Т, I
- 4) норэпинефрина плазмы

2. ПОД ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ сохранённую электрическую активность сердца при отсутствии сокращений
- 2) дефицит пульса
- 3) разное давление на правой и левой руке
- 4) сокращения сердца без электрической активности

3. ПЕРФУЗИОННАЯ СЦИНТИГРАФИЯ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ПРИ

- 1)+ тромбоэмболии легочной артерии
- 2) пороках со сбросом крови справа-налево
- 3) пороках со сбросом крови слева-направо
- 4) хронической обструктивной болезни легких

4. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ приступы сердечной астмы
- 2) слабость
- 3) отеки ног
- 4) венозный застой в большом круге кровообращения

5. СИМПТОМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЮТСЯ В ПОКОЕ И РЕЗКО ВОЗРАСТАЮТ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ____ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ КЛАССЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) II
- 4) III

6. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ __ ТИП КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СОЧЕТАНИЕМ СИМПТОМОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одышка, цианоз, тахикардия
- 2) бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия
- 3) цианоз, бронхоспазм, тахикардия
- 4) кровохарканье, коллапс, отеки нижних конечностей

8. БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мозговой натрийуретический пептид
- 2) тропонин I
- 3) С-реактивный протеин
- 4) креатинфосфокиназа

9. ПЕРЕГРУЗКА СЕРДЦА ДАВЛЕНИЕМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ артериальной гипертензии
- 2) дилатационной кардиомиопатии
- 3) аортальной регургитации
- 4) митральной регургитации

10. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФОРМА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ
- 2) ДКМП
- 3) постинфарктном кардиосклерозе
- 4) пролабировании митрального клапана с выраженной регургитацией

11. ПОВЫШЕНИЕ RASO₂ МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ

- 1)+ массивной легочной эмболии
- 2) астматическом приступе средней тяжести
- 3) почечной недостаточности
- 4) диабетической коме

12. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ В КРОВИ

- 1)+ натрийуретических пептидов
- 2) катехоламинов
- 3) альдостерона
- 4) ренина

13. К ПРЕПАРАТАМ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ добутамин, левосимендан
- 2) нифедипин, фелодипин
- 3) триметазидин, ранолазин
- 4) эналаприл, рамиприл

14. ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ Killip
- 2) NYHA
- 3) Стражеско – Василенко
- 4) по Лангу

15. ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ, ФВ 45% УКАЗЫВАЮТ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ТИП ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С _____ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

- 1)+ умеренно сниженной
- 2) сохранённой
- 3) нормальной
- 4) повышенной

16. НАЧАЛЬНАЯ, СКРЫТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ ТОЛЬКО ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ Н.Д.СТРАЖЕСКО И В.Х.ВАСИЛЕНКО

- 1)+ I
- 2) IIА
- 3) IIБ
- 4) III

17. ХАРАКТЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом SI-QIII
- 2) синусовая брадикардия
- 3) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 4) удлинение интервала PQ

18. К НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ легочную гипертензию
- 2) уменьшение количества функционирующих шунтов
- 3) гиперкапнию и ацидоз
- 4) ишемию миокарда правого желудочка

19. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА В СООТВЕТСТВИИ С НЬЮ-ЙОРКСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ умеренное ограничение физических нагрузок, в покое самочувствие комфортное
- 2) выраженное ограничение физических нагрузок, больной чувствует себя комфортно только в состоянии покоя
- 3) ограничений физической активности нет, обычные нагрузки не вызывают усталости
- 4) неспособность выполнять какие-либо нагрузки без появления дискомфорта, симптомы сердечной недостаточности или синдром стенокардии могут появляться в покое

20. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЁННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ОДНИМ ИЗ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭХОКАРДИОГРАФИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ снижение сократительной способности миокарда
- 2) гипертрофия миокарда левого желудочка
- 3) миксоматозная дегенерация клапанов
- 4) лёгочная гипертензия

21. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
- 2) наличие признаков недостаточности кровообращения по малому кругу в покое
- 3) наличие признаков недостаточности кровообращения по большому кругу в покое
- 4) наличие признаков застоя в малом и большом кругах кровообращения в покое

22. ОБЫЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВЫЗЫВАЕТ УСТАЛОСТЬ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ И ОДЫШКУ ПРИ ____ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ КЛАССЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

23. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА СЧИТАЮТ

- 1)+ хроническую обструктивную болезнь легких
- 2) интерстициальные заболевания легких
- 3) поражения сосудов легких
- 4) выраженную деформацию грудной клетки

24. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КАШЛЯ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНАЛАПРИЛА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ кандесартан
- 2) периндоприл
- 3) рамиприл
- 4) лизиноприл

25. ОБЪЕКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЛЁГОЧНОГО СЕРДЦА МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРИ

- 1)+ флебокардиальном зондировании
- 2) аортокардиальном зондировании
- 3) селективной катетеризации лёгочных вен
- 4) катетеризации венозных стволов верхних конечностей

26. ОБЫЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕ ВЫЗЫВАЕТ УСТАЛОСТИ, СЕРДЦЕБИЕНИЯ И ОДЫШКИ ПРИ ____ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ КЛАССЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

27. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА В СООТВЕТСТВИИ С НЬЮ-ЙОРКСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ выраженное ограничение физических нагрузок, больной чувствует себя комфортно только в состоянии покоя
- 2) ограничений физической активности нет, обычные нагрузки не вызывают усталости
- 3) умеренное ограничение физических нагрузок, в покое самочувствие комфортное
- 4) неспособность выполнять какие-либо нагрузки без появления дискомфорта, симптомы сердечной недостаточности или синдром стенокардии могут появляться в покое

28. САМЫМ РАННИМ ПРИЗНАКОМ РЕЛАКСАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение скорости быстрого расслабления стенки левого желудочка
- 2) уменьшение систолического утолщения стенки левого желудочка более чем на 50%
- 3) увеличение систолического утолщения стенки левого желудочка более чем на 50%
- 4) снижение фракции выброса левого желудочка (по Simpson) менее 55%

29. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СОСТОЯНИЯМ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЕТ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ заболевания венозной системы
- 2) острые вирусные инфекции
- 3) тяжелые физические нагрузки
- 4) гипертоническую болезнь

30. К САМОМУ ХАРАКТЕРНОМУ СИМПТОМУ ТЭЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ внезапную одышку без ортопноэ
- 2) внезапную одышку и наличие ортопноэ
- 3) кратковременную потерю сознания
- 4) боль в нижних отделах грудной клетке на вдохе

31. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ вены нижних конечностей
- 2) вены верхних конечностей
- 3) правое сердце
- 4) верхнюю полую вену

32. В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДИАГНОЗ «ХСН» МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ В КРОВИ

- 1)+ натрийуретических пептидов
- 2) катехоламинов
- 3) альдостерона
- 4) ренина и альдостерона

33. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проба с 6-минутной ходьбой
- 2) учёт суточного диуреза
- 3) эхокардиография
- 4) велоэргометрия

34. ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОКАЗАНА ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ оральными антикоагулянтами
- 2) препаратами ацетилсалициловой кислоты
- 3) ингибиторами P2Y12 рецепторов тромбоцитов
- 4) низкомолекулярными гепаринами

35. ПРИСТУПЫ ОДЫШКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ И ОБЛЕГЧАЮЩИЕСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА, МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ миксомой левого предсердия
- 2) декомпенсированным митральным пороком сердца
- 3) выраженной аортальной недостаточностью
- 4) полной блокадой левой ножки пучка Гиса

36. БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОГРАНИЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ

- 1)+ поваренной соли
- 2) калорийной пищи
- 3) солей магния
- 4) солей калия

37. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ __ ТИП КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

38. ТЕРМИНОМ «ОРТОПНОЭ» НАЗЫВАЮТ

- 1)+ неспособность находиться в положении лёжа из-за одышки
- 2) повышение частоты дыхания после интенсивной физической нагрузки
- 3) возникновение одышки в положении сидя и облегчение её в положении лёжа
- 4) кашель и кровохарканье при выраженном стенозе митрального клапана

39. ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОСИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НАД ВЕРХУШКОЙ СЕРДЦА ОДНОВРЕМЕННО С ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ дисфункцию сосочковой мышцы
- 2) расслаивающую аневризму аорты
- 3) эмболию легочной артерии
- 4) разрыв межпредсердной перегородки

40. ПРИЗНАКОМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение центрального венозного давления
- 2) отек легких
- 3) анемия
- 4) снижение центрального венозного давления

41. НАЗНАЧЕНИЕ ДИУРЕТИКОВ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН) ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ ХСН IIА-III стадии при наличии застойных явлений
- 2) диастолической дисфункции левого желудочка
- 3) фибрилляции предсердий при любом ФК ХСН
- 4) фракции выброса левого желудочка <25%

42. СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ выраженностью недостаточности кровообращения
- 2) наличием сопутствующих заболеваний
- 3) социальными факторами
- 4) физическим развитием ребёнка

43. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ОДЫШКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ тромбоэмболии легочной артерии
- 2) инфаркта миокарда левого желудочка
- 3) расслоения грудного отдела аорты
- 4) острого левостороннего плеврита

44. СОГЛАСНО ЗАКОНУ ФРАНКА-СТАРЛИНГА СИЛА СОКРАЩЕНИЯ МИОКАРДА ВОЗРАСТАЕТ ПРИ

- 1)+ увеличении преднагрузки
- 2) снижении постнагрузки
- 3) выбросе катехоламинов
- 4) увеличении ЧСС

45. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уменьшение сердечного выброса
- 2) снижение сосудистого тонуса
- 3) уменьшение объёма циркулирующей крови
- 4) венозный застой

46. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одышка
- 2) головная боль
- 3) боль в суставах
- 4) ноющая боль в области сердца

47. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРИЧИНАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) ЭКГ
- 3) рентгенография лёгких
- 4) коронароангиография

48. НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В ОДНОМ ИЗ КРУГОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ВЫРАЖЕННЫЕ УМЕРЕННО, СООТВЕТСТВУЮТ ____ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ Н.Д.СТРАЖЕСКО И В.Х.ВАСИЛЕНКО

- 1)+ IIА
- 2) I
- 3) IIБ
- 4) III

49. ДИФФУЗНЫЕ, НЕСИММЕТРИЧНЫЕ, ДВУСТОРОННИЕ ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ (СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БУРИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ респираторного дистресс-синдрома взрослых
- 2) кардиогенного отёка лёгких
- 3) пневмонии
- 4) ателектаза

50. К ПРЕПАРАТАМ С ДОКАЗАННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ВЛИЯНИЕМ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ

- 1)+ ингибиторы РААС
- 2) сердечные гликозиды
- 3) антагонисты кальция
- 4) тиазидные диуретики

51. СИМПТОМОМ, КОТОРЫЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАСТО ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одышка
- 2) отёк лёгких
- 3) бронхоспазм
- 4) брадикардия

52. РЕСТРИКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ нарушением диастолической функции миокарда
- 2) гипертрофией миокарда желудочков
- 3) снижением систолической функции желудочков
- 4) сниженным системным и легочным венозным давлением

53. ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ В _____ ВОЗРАСТЕ

- 1)+ среднем
- 2) детском
- 3) пожилым
- 4) старческом

54. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЧАЩЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ

- 1)+ верхушечного толчка
- 2) сердечного толчка
- 3) эпигастральной пульсации
- 4) сосудистого пучка

55. ХРОНИЧЕСКОЕ ОТТОРЖЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО

- 1)+ через несколько месяцев или лет после операции
- 2) в первые 48 часов после пересадки
- 3) через месяц после операции
- 4) через неделю после операции

56. ГЛАВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение уровня натрийуретических пептидов
- 2) повышение уровня натрия
- 3) снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации
- 4) увеличение уровня ферритина

57. К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ДАННЫМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЫ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ значительно увеличенный размер левого желудочка
- 2) нормальный размер левого желудочка
- 3) толщину межжелудочковой перегородки 15 мм без увеличения полости левого желудочка
- 4) наличие большого количества жидкости в перикарде и нормальные размеры левого желудочка

58. МЕНЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие периферических отёков
- 2) III сердечный тон (ритм галопа)
- 3) гепатоюгулярный рефлюкс
- 4) повышение давления в яремных венах

59. ДИАГНОЗ «СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С ПРОМЕЖУТОЧНЫМ СНИЖЕНИЕМ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА (В %)

- 1)+ 40-49
- 2) 50-59
- 3) 35-39
- 4) 30-35

60. ДИСТАНЦИЯ ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ, РАВНАЯ 301-425 М, СООТВЕТСТВУЕТ ____ ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ II
- 2) III
- 3) IV
- 4) I

61. ОДЫШКА (DYSPOE) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ _____ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ

- 1)+ венозного застоя в малом
- 2) венозного застоя в большом
- 3) артериального застоя в большом
- 4) артериального застоя в малом

62. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рестрикция
- 2) дилатация
- 3) дистрофия
- 4) ишемия

63. ДИСТАНЦИЯ ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ МЕНЕЕ 150 М СООТВЕТСТВУЕТ ____ ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ IV
- 2) III
- 3) II
- 4) I

64. СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВЛЕВО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ об увеличении полости левого желудочка
- 2) о наличии концентрической гипертрофии левого желудочка
- 3) о наличии сердечной недостаточности
- 4) об увеличении полости правого желудочка

65. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОБСТРУКТИВНОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ препятствие кровенаполнению левого желудочка
- 2) потеря более 20% объема циркулирующей крови
- 3) вазодилатация
- 4) резкое снижение сократимости миокарда

66. СТАДИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА В ПОЛОЖЕНИИ ОРТОПНОЭ, ИМЕЮЩЕГО ОДЫШКУ, АКРОЦИАНОЗ, НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН, АСЦИТ, СЧИТАЮТ

- 1)+ 2Б
- 2) 2А
- 3) 1
- 4) 3

67. В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРОГРЕССИВНО СНИЖАЕТСЯ

- 1)+ сократительная способность миокарда
- 2) уровень глюкозы в крови
- 3) синтез гормонов гипофиза
- 4) количество форменных элементов крови

68. ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА НА ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, УСИЛИВАЮЩУЮСЯ В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ, ПОЗВОЛЯЮТ УСТАНОВИТЬ _____ СТАДИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ 2А
- 2) 2Б
- 3) 1
- 4) 3

69. ТИПИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДКМП ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кардиомегалия
- 2) выпот в полости перикарда
- 3) уменьшение кардиоторакального индекса
- 4) расширение сосудистого пучка

70. ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ПРИЧИН РЕЗКОГО УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО, ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СНАЧАЛА ПРОВЕСТИ

- 1)+ электрокардиографию
- 2) эхокардиографию
- 3) рентгенографию грудной клетки
- 4) электроэнцефалографию

71. НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВЫРАЖЕННОГО ЗАСТОЯ ПО _____ КРОВООБРАЩЕНИЯ

- 1)+ большому кругу
- 2) малому кругу
- 3) большому и малому кругам
- 4) виллизиеву кругу

72. К ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНЕ, ПРИВОДЯЩЕЙ К РАЗВИТИЮ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ инфаркт передней стенки левого желудочка
- 2) артериальная гипертензия малого круга
- 3) инфаркт легкого
- 4) недостаточность трикуспидального клапана

73. ГЛАВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ задержки жидкости
- 2) дыхательной недостаточности
- 3) артериальной гипотонии
- 4) почечной недостаточности

74. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ набухание шейных вен при надавливании на правое подреберье, гепатомегалию
- 2) одышку, приступы удушья
- 3) кашель, кровохарканье
- 4) гепатомегалию, кашель, кровохарканье

75. ПРИ СНИЖЕНИИ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА УРОВЕНЬ КАТЕХОЛАМИНОВ

- 1)+ повышается
- 2) понижается
- 3) существенно не меняется
- 4) повышается после начального понижения

76. МЕТОДОМ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ селективная ангиопульмонография
- 2) ЭКГ
- 3) ЭХО-кардиография
- 4) рентгенологическое исследование

77. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ латеральное смещение верхушечного толчка
- 2) прибавка массы тела более 2 кг за неделю
- 3) асцит
- 4) тахипноэ

78. ЛИЦО КОРВИЗАРА (FACIES CORVISARI) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ сердечной недостаточностью
- 2) хронической обструктивной болезнью легких
- 3) хроническим гломерулонефритом или пиелонефритом
- 4) заболеванием органов желудочно-кишечного тракта

79. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГКМП ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) электрокардиография
- 3) коронаровентрикулография
- 4) биопсия миокарда

80. ПРЕДСЕРДНЫЙ НАТРИЙ-УРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД

- 1)+ высвобождается в ответ на повышение давления в предсердиях
- 2) содержится большей частью в правом предсердии
- 3) вызывает вазоконстрикцию
- 4) вызывает задержку жидкости

81. ДИСТАНЦИЯ ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ 151-300 М СООТВЕТСТВУЕТ ____ ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ III
- 2) II
- 3) IV
- 4) I

82. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ЛЁГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоэмболия лёгочной артерии
- 2) пневмония
- 3) астматическое состояние
- 4) спонтанный пневмоторакс

83. К ХАРАКТЕРНОЙ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЕ ЛЕГКИХ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО МАЛОМУ КРУГУ ОТНОСЯТ

- 1)+ влажные хрипы с обеих сторон над симметричными участками
- 2) сухие базовые хрипы с обеих сторон над симметричными участками, преимущественно в верхних отделах
- 3) шум трения плевры с обеих сторон над симметричными участками в зонах поражения
- 4) сухие свистящие хрипы с обеих сторон над симметричными участками, преимущественно на вдохе

84. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ишемическая болезнь сердца
- 2) метаболический синдром
- 3) клапанный стеноз
- 4) коллагеноз

85. К РЕФЛЕКТОРНЫМ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫМ МЕХАНИЗМАМ СО СТОРОНЫ СЕРДЦА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ учащение сердечных сокращений
- 2) урежение сердечных сокращений
- 3) влияние гормонов щитовидной железы
- 4) полицитемическую гиповолемию

86. ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром QIII SI
- 2) появление высоких зубцов Т в отведениях V1-4
- 3) смещение переходной зоны влево
- 4) возникновение блокады левой ножки пучка Гиса

87. У ПАЦИЕНТА В НИЖНЕЙ ДОЛЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТУПОЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, АУСКУЛЬТАТИВНО ДЫХАНИЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СИНДРОМЕ

- 1)+ жидкости в плевральной полости
- 2) воздуха в плевральной полости
- 3) воспалительного уплотнения легочной ткани
- 4) гипервоздушности легочной ткани

88. ДИСТАНЦИЯ ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ 426-550 М СООТВЕТСТВУЕТ ____ ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ КЛАССУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ I
- 2) III
- 3) II
- 4) IV

89. НАЛИЧИЕ СИММЕТРИЧНЫХ ОТЕКОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ГИДРОТОРОКСА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПО _____ КРОВООБРАЩЕНИЯ

- 1)+ большому кругу
- 2) малому кругу
- 3) большому и малому кругам
- 4) виллизиеву кругу

90. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ХСН У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО ВЫЯВИТЬ В КРОВИ

- 1)+ повышение натрий-уретического пептида
- 2) снижение калия
- 3) повышение тропонина
- 4) повышение трансаминаз

91. ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 ФК СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЕ _____ МЕТРОВ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ

- 1)+ 426-550
- 2) 650-800
- 3) 150-300
- 4) 301-426

92. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ асцит
- 2) кровохарканье
- 3) одышка
- 4) ортопноэ

93. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ/ПРИЗНАКАМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ одышку, симметричные отеки нижних конечностей, 3 тон
- 2) боли в грудной клетке, тахикардию, тупой перкуторный звук, увеличение живота
- 3) повышение артериального давления, отеки, шум в сердце, хрипы над всеми полями легких
- 4) затруднение дыхания, хрипы, наличие свободной жидкости, выраженную слабость

94. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЯЕНИЯМ ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ приступы удушья, кровохарканье, кашель
- 2) гепатомегалию, отеки, асцит
- 3) асцит, олигоурию, набухание шейных вен
- 4) кровохарканье, приступы удушья, асцит

95. СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО АД ПРИ ПРИЁМЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДОПУСКАЕТСЯ ДО ВЕЛИЧИНЫ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 85
- 2) 110
- 3) 100
- 4) 75

96. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ

- 1)+ ремоделирование миокарда
- 2) эндотелиальная дисфункция
- 3) артериальная гипертензия
- 4) гиперсимпатикотония

97. У ПАЦИЕНТА С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НАЛИЧИИ ГИДРОТОРАКСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ притупление перкуторного звука, отсутствие дыхательных шумов на стороне поражения
- 2) коробочный перкуторный звук над всеми полями легких, резкое ослабление или отсутствие дыхательных шумов в зоне поражения
- 3) тимпанический перкуторный звук над всеми полями легких и резкое ослабление дыхательных шумов на стороне поражения
- 4) ясный легочный перкуторный звук над всеми полями легких, резкое ослабление дыхательных шумов в зоне поражения

98. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дилатационная
- 2) гипертрофическая
- 3) рестриктивная
- 4) аритмогенная дисплазия правого желудочка

99. О СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ

- 1)+ натрийуретического пептида
- 2) гемоглобина
- 3) креатинина
- 4) крeтининфосфокиназы

100. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЧАЩЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ И ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ систолический шум
- 2) диастолический шум
- 3) шум трения перикарда
- 4) щелчок открытия митрального клапана

101. КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ, ОСНОВАННОЙ НА ДАННЫХ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЗАСТОЯ (“ВЛАЖНЫЙ”/“СУХОЙ”) И/ИЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИПОПЕРФУЗИИ (“ХОЛОДНЫЙ”/“ТЕПЛЫЙ”), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ FORRESTER
- 2) NYHA
- 3) ARNI
- 4) CAT

102. ЧАЩЕ ВСЕГО МИКРООРГАНИЗМОМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пневмококк
- 2) золотистый стафилококк
- 3) кишечная палочка
- 4) зеленящий стрептококк

103. III ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ, КОГДА

- 1)+ в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов
- 2) привычная физическая активность сопровождается слабостью, утомляемостью, одышкой или сердцебиением по сравнению с состоянием покоя, когда перечисленные симптомы отсутствуют
- 3) симптомы более за грудиной, одышка, слабость, сердцебиение присутствуют и усиливаются при минимальной физической активности, а при состоянии покоя симптомы не проявляются
- 4) значительная и повседневная физическая нагрузка приводит к возникновению и усилению симптомов, тогда как в покое слабость, одышка и другие симптомы отсутствуют

104. ПОЯВЛЕНИЕ ВНЕЗАПНОГО УДУШЬЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ХАРАКТЕРНО ПРИ

- 1)+ развитии острой левожелудочковой сердечной недостаточности
- 2) развитии пролапса митрального клапана
- 3) легком течении миокардита
- 4) развитии острой правожелудочковой сердечной недостаточности

105. УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ТИПА «В» У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОСТАВЛЯЕТ (В ПГ/МЛ)

- 1)+ более 35
- 2) менее 35
- 3) более 125
- 4) менее 125

106. ПОКАЗАТЕЛЕМ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фракция выброса левого желудочка
- 2) митральная, аортальная, трикуспидальная регургитация
- 3) конечно-диастолический размер левого желудочка
- 4) индекс массы миокарда левого желудочка

107. БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОКАЗАН ПРИЁМ ДИГОКСИНА ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ фибрилляции предсердий
- 2) наджелудочковой тахикардии на фоне синдрома WPW
- 3) АВ-блокады II степени
- 4) синусовой тахикардии

108. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕЗАПНУЮ СЕРДЕЧНУЮ СМЕРТЬ НЕОБХОДИМО

- 1)+ немедленно начать сердечно-лёгочную реанимацию
- 2) провести полный объективный осмотр больного с измерением артериального давления
- 3) провести ЭКГ-контроль с помощью электрокардиографа для выяснения причины остановки сердца
- 4) ввести подкожно 0,1 % раствор эпинефрина в дозе 5,0 мл

109. УЛУЧШАЮТ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) статины
- 3) антагонисты кальция
- 4) диуретики

110. К ПРЕПАРАТАМ, СПОСОБНЫМ СНИЖАТЬ СМЕРТНОСТЬ И ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ антагонисты рецепторов ангиотензина в комбинации с сакубитрилом
- 2) положительные инотропные средства
- 3) периферические вазодилататоры
- 4) антиаритмики III класса

111. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ сердечную астму и отёк лёгких
- 2) снижение фракции изгнания менее 40 %
- 3) наличие атрио-вентрикулярной блокады I степени
- 4) снижение фракции изгнания менее 2 0%

112. ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС УВЕЛИЧИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ ИАПФ
- 2) диуретики
- 3) сердечных гликозидов
- 4) нитратов

113. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ ишемическую болезнь сердца
- 2) кардиомиопатии
- 3) врожденные пороки сердца
- 4) приобретенные пороки сердца

114. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стойкая легочная гипертензия
- 2) артериальная гипертензия
- 3) доброкачественное новообразование
- 4) хронический тонзиллит в стадии ремиссии

115. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-3 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выраженная артериальная гипотензия
- 2) первичная легочная гипертензия
- 3) хроническая обструктивная болезнь легких
- 4) бронхиальная астма

116. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ

- 1)+ бисопролол + дигоксин
- 2) бисопролол + верапамил
- 3) верапамил + амиодарон
- 4) дигоксин + амиодарон

117. ПРИ НАЛИЧИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ НАРУШЕНИЕ

- 1)+ водно-минерального обмена
- 2) обмена жиров
- 3) обмена углеводов
- 4) обмена белков

118. СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ ПРИ ХСН НАЗНАЧАЮТ ПРИ

- 1)+ синусовом ритме, низкой ФВ ЛЖ (<30 %) и III-IV ФК в отсутствие эффекта от препаратов первой линии
- 2) ХСН с любой ФВ ЛЖ при отсутствии эффекта от ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов
- 3) кардиоторакальном индексе <50 в отсутствие эффекта от препаратов первой линии
- 4) ХСН с любой ФВ ЛЖ при непереносимости бета-адреноблокаторов

119. ПРИ ВЫБОРЕ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ фозиноприлу
- 2) лизиноприлу
- 3) периндоприлу
- 4) каптоприлу

120. ПРИ НАЛИЧИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ уменьшить употребление соли
- 2) увеличить суточный калораж
- 3) уменьшить суточный калораж
- 4) увеличить употребление соли

121. ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- 2) антагонистов кальция (фенилалкиламинов)
- 3) ингибиторов фосфодиэстеразы
- 4) ингибиторов карбоангидразы

122. РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ

- 1)+ ФВ $\leq 35\%$, симптомах ХСН, QRS ≥ 150 мсек и БЛНПГ
- 2) полной БЛНПГ не зависимо от ФВ левого желудочка и наличия симптомов
- 3) ФВ $\leq 35\%$, QRS < 120 мсек
- 4) БЛНПГ не зависимо от ФВ левого желудочка и наличия симптомов

123. КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИМ ДИУРЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ триамтерен
- 2) индапамид
- 3) гидрохлортиазид
- 4) торасемид

124. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЧЕТКИХ КРИТЕРИЕВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТАДИИ, I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ ингибиторов АПФ
- 2) сердечных гликозидов
- 3) диуретиков
- 4) периферических вазодилаторов

125. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ бета-блокаторы и антагонисты кальция
- 2) сердечные гликозиды
- 3) сердечные гликозиды и диуретики
- 4) периферические вазодилаторы

126. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ ФВ ЛЖ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ ингибиторы ангиотензинконвертирующего фермента
- 2) сердечные гликозиды
- 3) дезагреганты
- 4) прямые антикоагулянты

127. У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТМЕЧЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПРИЕМА

- 1)+ ингибиторов АПФ
- 2) сердечных гликозидов
- 3) тиазидных диуретиков
- 4) статинов

128. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) ивабрадин
- 3) диуретики
- 4) антиаритмические препараты

129. ТИТРАЦИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С _____ НАЧАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ (В ДОЛЯХ ОТ СРЕДНЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ)

- 1)+ 1/8
- 2) 1/4
- 3) 1/2
- 4) 1/5

130. НАКАНУНЕ ПРИЁМА ПЕРВОЙ ДОЗЫ ИНГИБИТОРА АПФ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОПАСНОСТИ ГИПОТЕНЗИИ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ

- 1)+ диуретики
- 2) бета-блокаторы
- 3) антикоагулянты
- 4) гликозиды

131. МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ФУРОСЕМИДА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОСТИГАЕТ (В МГ)

- 1)+ 600
- 2) 100
- 3) 200
- 4) 300

132. ПРИ НАЛИЧИИ СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

- 1)+ дилтиазема
- 2) пролонгированных нитратов
- 3) блокаторов рецепторов к ангиотензину
- 4) левосимендана

133. ДИГОКСИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЛУЧШАЕТ

- 1)+ симптоматику и не влияет на прогноз
- 2) длительный прогноз у пациентов со сниженной фракцией выброса
- 3) длительный прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий
- 4) симптоматику и улучшает длительный прогноз

134. НАЗНАЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОПРАВДАНО ПРИ СОЧЕТАНИИ

- 1)+ постоянной формы фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточности II-III стадии
- 2) пароксизмальной формы фибрилляции предсердий и хронической обструктивной болезни легких
- 3) хронического легочного сердца и частой наджелудочковой экстрасистолии
- 4) хронической сердечной недостаточности II-III стадии и частой желудочковой экстрасистолии

135. К ПРИЗНАКУ НАСЫЩЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ укорочение интервала QT
- 2) изменение формы QRS
- 3) удлинение интервала QT
- 4) укорочение сегмента PQ

136. ПРЕПАРАТОМ ГРУППЫ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эплеренон
- 2) торасемид
- 3) триамтерен
- 4) индапамид

137. АНТАГОНИСТЫ АЛЬДОСТЕРОНА РЕКОМЕНДУЮТСЯ ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ХСН

- 1)+ II-IV ФК и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$
- 2) I ФК и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$
- 3) II-IV ФК и ФВ ЛЖ $\geq 40\%$
- 4) I ФК и ФВ ЛЖ $\geq 40\%$

138. ИНОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА МИОКАРД ОКАЗЫВАЕТ

- 1)+ норадреналин
- 2) финоптин
- 3) нитроглицерин
- 4) теофиллин

139. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ЛИЦ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ СОСТАВЛЯЕТ ПРИМЕРНО (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 6-10
- 2) < 3
- 3) 40-45
- 4) $60 <$

140. В ОСНОВЕ ДЕЙСТВИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА ЛЕЖИТ

- 1)+ повышение чувствительности сократительных белков к Ca^{2+}
- 2) снижение чувствительности сократительных белков к Ca^{2+}
- 3) изменение реполяризации
- 4) открытие Na-каналов

141. ИЗБЫТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ АЛЬДОСТЕРОНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ задержкой натрия и воды
- 2) повышением активности симпато-адреналовой системы
- 3) уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления
- 4) уменьшением минутного объема сердца

142. ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

- 1)+ агонистов имидазолиновых рецепторов
- 2) иАПФ
- 3) бета-блокаторы
- 4) блокаторов ангиотензиновых рецепторов

143. СЕРДЕЧНАЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ

- 1)+ симптомной ХСН, синусовом ритме, длительности комплекса QRS ≥ 150 мс
- 2) пароксизмальной форме фибрилляции предсердий
- 3) многососудистом поражении коронарных артерий
- 4) идиопатической легочной гипертензии

144. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение массы тела
- 2) снижение конечного диастолического давления в правом желудочке
- 3) снижение частоты сердечных сокращений
- 4) уменьшение размеров печени

145. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСОБЕННО НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИИ, У ЛЮДЕЙ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сердечная астма
- 2) тяжелая аритмия
- 3) разрыв папиллярных мышц
- 4) внутренний разрыв миокарда

146. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ГИПОТОНИИ (СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД < 90 ММ РТ. СТ.) НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ допамин или добутамин
- 2) наружную контрапульсацию
- 3) нитроглицерин
- 4) эуфиллин

147. ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИЕМА АГОНИСТОВ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ, ТАК КАК

- 1)+ они ухудшают прогноз и увеличивают смертность
- 2) обладают отрицательным инотропным действием
- 3) увеличивают риск развития сахарного диабета
- 4) прием агонистов имидазолиновых рецепторов не противопоказан

148. ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ тяжелой аортальной недостаточностью
- 2) острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 часов
- 3) кардиогенным шоком
- 4) тяжелой митральной недостаточностью

149. СЕЛЕКТИВНУЮ ДИЛАТАЦИЮ СОСУДОВ ПОЧЕК, СЕРДЦА И МОЗГА ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ допамин
- 2) добутамин
- 3) изопротеренол
- 4) нитроглицерин

150. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВКИ ФИЛЬТРА В НИЖНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ ИЛИ ПЕРЕВЯЗКИ ЕЕ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТРОМБОФЛЕБИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие противопоказаний для лечения антикоагулянтами
- 2) повторная тромбоземболия на фоне неадекватной терапии антикоагулянтами
- 3) высокое содержание протромбина
- 4) антифосфолипидный синдром

151. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПЕРЕСАДКЕ СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ злокачественные новообразования
- 2) железодефицитную анемию
- 3) язву желудка в стадии рубцевания
- 4) артериальную гипертензию

152. ПРИ СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1)+ верапамил, дилтиазем
- 2) блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
- 3) бета-адреноблокаторы
- 4) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

153. В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТДАЮТ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ фуросемиду
- 2) маннитулу
- 3) спиронолактону
- 4) гидрохлортиазиду

154. ГИНЕКОМАСТИЮ И ГИРСУТИЗМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБЕН ВЫЗВАТЬ

- 1)+ спиронолактон
- 2) гидрохлортиазид
- 3) торасемид
- 4) фуросемид

155. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДКМП ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансплантация сердца
- 2) кардиомиопластика с протезированием митрального клапана
- 3) имплантация искусственного левого желудочка
- 4) медикаментозная терапия

156. ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ ИЛОПРОСТ НАЗНАЧАЕТСЯ В СТАРТОВОЙ ДОЗЕ (МКГ НА ИНГАЛЯЦИЮ)

- 1)+ 2,5
- 2) 3,5
- 3) 4,5
- 4) 5,5

157. К БЕТА-БЛОКАТОРАМ, РАЗРЕШЕННЫМ К ПРИМЕНЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОТНОСЯТ

- 1)+ бисопролол, карведилол, небиволол
- 2) метопролол тартрат
- 3) эсмолол, метопролол
- 4) атенолол, метопролол

158. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПЕРЕСАДКЕ СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ активные инфекционные процессы
- 2) хронический тонзиллит в стадии ремиссии
- 3) артериальную гипертензию
- 4) доброкачественное новообразование

159. У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОКАЗАНА ПОЛЬЗА ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ БЕТА-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ

- 1)+ бисопролол, карведилол, метопролол
- 2) атенолол, анаприлин, метопролол
- 3) бетаксолол, анаприлин, пиндолол
- 4) талинолол, бисопролол, атенолол

160. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ

- 1)+ двустороннем стенозе почечных артерий
- 2) подклапанном стенозе устья аорты
- 3) клапанном стенозе устья аорты
- 4) аллергических реакциях в анамнезе на другие препараты

161. СОВМЕСТНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ САКУБИТРИЛА/ВАЛСАРТАНА И ЭНАЛАПРИЛА ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1)+ ангионевротического отека
- 2) желудочно-кишечного кровотечения
- 3) острого нарушения мозгового кровообращения
- 4) крапивницы

162. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В СВЯЗИ С ЕГО ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ И РИСКОМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дилтиазем
- 2) эналаприл
- 3) бисопролол
- 4) верошпирон

163. ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И НЕПРИЛИЗИНА МОГУТ ЗАМЕНИТЬ _____ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II-III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) дигоксин
- 3) β -блокаторы
- 4) амлодипин

164. К БЛОКАТОРАМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА, РАЗРЕШЕННЫМ К ПРИМЕНЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОТНОСЯТ

- 1)+ кандесартан, валсартан
- 2) телмисартан, азилсартан
- 3) ирбесартан, олмесартан
- 4) эпросартан, телмисартан

165. ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАХОДИТЬСЯ НА ВЫСОТЕ БОЛЕЕ _____ МЕТРОВ НАД УРОВНЕМ МОРЯ

- 1)+ 2000
- 2) 1000
- 3) 3000
- 4) 3500

166. БОЛЬНЫЕ, ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ, ПОЛУЧАЮТ ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ пожизненно
- 2) первую неделю
- 3) первый месяц
- 4) первый год

167. К ПРЕПАРАТАМ, КОТОРЫЕ МОГУТ УВЕЛИЧИВАТЬ РИСК РАЗВИТИЯ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОТНОСЯТ

- 1)+ антиаритмики IV класса
- 2) дигидропиридиновые антагонисты кальция пролонгированные
- 3) бета-блокаторы
- 4) ингибиторы АПФ

168. ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ достижение и поддержание эуволемии (“сухой вес” пациента)
- 2) снижение риска госпитализаций
- 3) снижение риска летального исхода
- 4) положительное инотропное действие

169. К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ НА ЭКГ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ВОЗМОЖНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ расширение QRS-комплекса более или равно 130 мс
- 2) PQ более 120 мс
- 3) PQ менее 120 мс
- 4) нормальную длину QRS-комплекса

170. ДЛЯ УДЕРЖАНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ амиодарону
- 2) флекаиниду
- 3) метопрололу
- 4) пропafenону

171. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СПИРОНОЛАКТОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническая сердечная недостаточность
- 2) острая левожелудочковая недостаточность
- 3) ишемическая болезнь сердца
- 4) нефротический синдром

172. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ ТРЕБУЕТСЯ ОСТОРОЖНОСТЬ В НАЗНАЧЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ

- 1)+ значимых нарушениях функции почек
- 2) наличии заболеваний печени
- 3) начальной стадии хронической почечной недостаточности
- 4) стенозе сонных артерий

173. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ ТРЕБУЕТСЯ ОСТОРОЖНОСТЬ В НАЗНАЧЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ

- 1)+ гиперкалиемии (некорректируемой)
- 2) наличии заболеваний печени
- 3) начальной стадии хронической почечной недостаточности
- 4) стенозе сонных артерий

174. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗВИТИИ ВТОРИЧНОГО АЛЬДОСТЕРОНИЗМА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ верошпирон
- 2) комбинацию фуросемида с гипотиазидом
- 3) внутривенную инфузию калия хлорида
- 4) кислые пищевые продукты

175. БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ ОТПУСК В

- 1)+ привычной климатической зоне
- 2) условиях высокогорья
- 3) более жарком климате
- 4) местах с повышенной влажностью

176. К КРИТЕРИЮ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ увеличение фракции выброса левого желудочка
- 2) увеличение фракции выброса правого желудочка
- 3) уменьшение трикуспидальной недостаточности
- 4) увеличение митральной недостаточности

177. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ β -блокаторы
- 2) дигоксин
- 3) верапамил
- 4) кордарон

178. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ $PAO_{2} \leq (B \text{ мм Рт. Ст.})$

- 1)+ 55
- 2) 60
- 3) 65
- 4) 45

179. ИНГИБИТОРОМ НЕПРИЛИЗИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сакубитрил
- 2) ивабрадин
- 3) дигоксин
- 4) моэксиприл

180. ЧТОБЫ СВЕСТИ К МИНИМУМУ РИСК РАЗВИТИЯ ОТЕКА КВИНKE ПО ПРИЧИНЕ НАСЛАИВАНИЯ ЭФФЕКТОВ ИАПФ И НЕПРИЛИЗИНА, ИАПФ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТМЕНЕНЫ МИНИМУМ НА _____ ЧАСОВ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАНА

- 1)+ 36
- 2) 6
- 3) 5
- 4) 10

181. КАКОЕ УСТРОЙСТВО НАИБОЛЕЕ ОБОСНОВАНО В ПЛАНЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И УМЕНЬШЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХСН?

- 1)+ CRT-D
- 2) CRT
- 3) ИКД
- 4) ЭКС в режиме DDDR

182. ПЕРВАЯ ДОЗА НАЗНАЧЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 1,25
- 2) 10
- 3) 5
- 4) 12,5

183. ПЕРВАЯ ДОЗА НАЗНАЧЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 3,125
- 2) 5
- 3) 12,5
- 4) 10

184. ОБЪЕМ ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ ОКОЛО ____ ЛИТРОВ В СУТКИ

- 1)+ 2
- 2) 2,5
- 3) 3
- 4) 1,5

185. ИНГИБИТОРЫ АПФ МОЖНО НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ УРОВНЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО АД ВЫШЕ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 85
- 2) 90
- 3) 80
- 4) 95

186. К ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ ингибиторы АПФ
- 2) блокаторы медленных Са-каналов
- 3) варфарин
- 4) ацетилсалициловую кислоту

187. К ДИУРЕТИКАМ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ СТАРТА МОЧЕГОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ петлевые
- 2) тиазидоподобные
- 3) осмотические
- 4) тиазидные

188. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАСЫЩЕНИЕ КРОВИ КИСЛОРОДОМ $\leq$ _____ % В УСЛОВИЯХ ПОКОЯ

- 1)+ 88
- 2) 92
- 3) 98
- 4) 80

189. ПРИЗНАКОМ ЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление «P- pulmonale» в отведениях II, III, aVF
- 2) появление «P- mitrale» в отведениях II, III, aVF
- 3) появление отрицательных зубцов Р в грудных отведениях
- 4) отсутствие зубца Р

190. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ

- 1)+ снижение насосной функции сердца
- 2) стрессовая реакция на болевые раздражители
- 3) артериальная гипотония
- 4) гиповолемия

191. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

- 1)+ допамин
- 2) преднизолон
- 3) новокаиномид
- 4) нитроглицерин

192. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ интубация трахеи и ИВЛ
- 2) введение дыхательных analeптиков
- 3) дыхание «изо рта в рот»
- 4) введение витаминов группы В и С

193. ЛЕЧЕНИЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО АД ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С

- 1)+ инфузии нитроглицерина и введения лазикса
- 2) введения эуфиллина
- 3) введения лазикса и введения дигоксина
- 4) инфузии нитроглицерина

194. ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕЗАПНУЮ ОСТАНОВКУ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ оценка собственной безопасности врача, сознания, дыхания пациента
- 2) определение пульса и реакции зрачков на свет, проходимости дыхательных путей
- 3) оценка роговичного рефлекса и симптома «кошачьего зрачка», начало реанимации
- 4) поиск наличия информации о имеющейся болезни, поиск помощников

195. САМЫМ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одышка
- 2) кровохарканье
- 3) боль за грудиной
- 4) потеря сознания

196. ПРИСТУПЫ ОДЫШКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ И ПРОХОДЯЩИЕ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА, МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ шаровидным тромбом в левом предсердии
- 2) митральным пороком сердца
- 3) миокардитом
- 4) пролапсом митрального клапана

197. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ ЭФФЕКТ СНИЖЕНИЯ ПРЕДНАГРУЗКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИМЕЕТ

- 1)+ нитроглицерин
- 2) эналаприлат
- 3) фуросемид
- 4) морфин

198. ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ НИТРОГЛИЦЕРИНА У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ СВЯЗАН С

- 1)+ расширением периферической венозной системы
- 2) замедлением частоты сердечных сокращений и снижением потребности миокарда в кислороде
- 3) увеличением коронарного кровотока вследствие увеличения частоты сердечных сокращений
- 4) усилением инотропной функции сердца и увеличением потребления миокардом кислорода

199. ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ МАССАЖУ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ остановка кровообращения, развившаяся при торакальных операциях
- 2) остановка дыхания, возникшая у пациента в ОРИТ
- 3) остановка сердца, развившаяся при черепно-мозговой травме
- 4) отсутствие сознания, возникшее при операции брюшной полости

200. ПРИ РАЗВИТИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО ИЛИ ПОВЫШЕННОГО АД ПОКАЗАНА

- 1)+ инфузия нитратов и внутривенное введение фуросемида
- 2) инфузия добутамина
- 3) параллельная инфузия допамина и нитроглицерина
- 4) инфузия ингибиторов АПФ

201. СЕРДЕЧНАЯ АСТМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ приступ ночной одышки при левожелудочковой недостаточности
- 2) возникновение одышки при физической нагрузке
- 3) бронхоспазм при физической нагрузке
- 4) бронхоспазм при правожелудочковой недостаточности

202. БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПРИ СИНДРОМЕ МАЛОГО ВЫБРОСА ПОКАЗАНЫ

- 1)+ инфузионная терапия, дофамин
- 2) трансфузионная терапия, кортикостероиды
- 3) заместительная терапия, нитроглицерин
- 4) дофамин, нитроглицерин

203. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление пульса на сонной артерии
- 2) сужение зрачков
- 3) уменьшение цианоза кожи
- 4) наличие трупных пятен

204. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ортопноэ
- 2) кровохарканье
- 3) тахикардия
- 4) отёки на нижних конечностях

205. САМЫМ РАННИМ СИМПТОМ ОТЕКА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тахипное
- 2) беспричинный страх
- 3) выраженная потливость
- 4) кашель с жидкой мокротой

206. ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ В СПИНУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ расслоения аорты
- 2) инфаркта миокарда
- 3) стенокардии напряжения
- 4) тромбоэмболии лёгочной артерии

207. КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ БЕКА ПРИ ОСТРОЙ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ падение АД, рост ЦВД (набухание вен шеи), глухие тоны сердца
- 2) тахикардия, диспноэ, цианоз
- 3) желудочковая тахикардия, цианоз, падение АД
- 4) шум трения перикарда, тахипноэ, тахикардия

208. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ внутривенное в одну из крупных вен
- 2) внутрисердечное
- 3) интритрахеальное
- 4) энтеральное

209. К ЭКГ ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ форму SI-QIII
- 2) уменьшение амплитуды зубца R в отведениях III, V1, V2
- 3) элевацию сегмента ST в отведении III с дискордантными изменениями ST в отведениях V1 и V2
- 4) отрицательный зубец T в отведениях V5 и V6

210. ПРИ СИНДРОМЕ МАЛОГО СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПОКАЗАНЫ

- 1)+ инфузионная терапия, дофамин
- 2) кортикостероидные гормоны, нитроглицерин
- 3) инфузионная терапия, нитроглицерин
- 4) трансфузионная терапия, кортикостероидные гормоны

211. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КАПТОПРИЛОМ В ДОЗЕ 150 МГ В СУТКИ РАЗВИЛСЯ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК, ТО ТАКТИКОЙ ВРАЧА БУДЕТ

- 1)+ отмена каптоприла и полный отказ от применения любых ингибиторов АПФ
- 2) уменьшение дозы каптоприла до 50 мг в сутки
- 3) замена каптоприла периндоприлом
- 4) замена каптоприла фозиноприлом

212. ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ метаболический ацидоз
- 2) респираторный микоплазмоз
- 3) метаболический алкалоз
- 4) респираторный алкалоз

213. УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА МЕЖКЛЕТОЧНОЙ (ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ) ЖИДКОСТИ ЗА СЧЁТ ИЗБЫТОЧНОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПЛАЗМЫ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ отёка лёгкого
- 2) гипертонического криза
- 3) острого коронарного синдрома
- 4) тромбоза лёгочной артерии

214. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ фуросемид
- 2) маннитол
- 3) спиронолактон
- 4) ацетазоламид

215. ПРИ МОЛНИЕНОСНОЙ ФОРМЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭМБОЛ ЗАКРЫВАЕТ

- 1)+ основной ствол легочной артерии
- 2) крупные ветви легочной артерии
- 3) периферические ветви легочной артерии
- 4) легочные вены и брахиоцефальный ствол

216. САМЫМ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внезапная одышка
- 2) боль в левой половине грудной клетки
- 3) повторное кровохарканье
- 4) эпизод потери сознания

217. ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ разрыв левого желудочка
- 2) уремический сухой перикардит
- 3) констриктивный перикардит
- 4) тромбоэмболия ветвей легочной артерии

218. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внезапная сердечная смерть
- 2) инфаркт миокарда
- 3) тромбоэмболии
- 4) инфекционные осложнения

219. КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рефлекторный
- 2) расслаивающая аневризма дуги аорты
- 3) ареактивный
- 4) комбинированный

Тема 10. Организация здравоохранения и общественное здоровье.

1. ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЁТСЯ

- 1)+ листок нетрудоспособности с кодом 021
- 2) справка установленной формы № 086/у
- 3) справка произвольной формы
- 4) выписка из медицинской карты

2. ПРИ СТЕНОКАРДИИ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: СТЕНОКАРДИЯ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ ФК IV (25 ВТ) ПРИ НАЛИЧИИ ХСН IIБ ИЛИ III СТАДИИ, ИМЕЕТ КОЛИЧЕСТВЕННУЮ ОЦЕНКУ НАРУШЕНИЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 90-100
- 2) 10-30
- 3) 40-60
- 4) 70-80

3. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ (ПЕРВИЧНОЙ) ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ УЗИ почек и надпочечников
- 2) консультацию врача-психиатра
- 3) гликемический профиль не менее чем за 10 дней
- 4) компьютерную томографию надпочечников

4. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ (ПЕРВИЧНОЙ) ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО НУЖНО

- 1)+ сделать эхокардиографию
- 2) получить заключение врача-психиатра
- 3) сдать анализ на гликемический профиль не менее чем за 10 дней
- 4) сделать компьютерную томографию надпочечников

5. ПРИЧИНОЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертонический криз
- 2) головная боль
- 3) признаки гипертрофии миокарда левого желудочка по электрокардиограмме
- 4) повышение уровня креатинина крови

6. ПРИ СТЕНОКАРДИИ ВЫРАЖЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: СТЕНОКАРДИЯ ИЛИ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ФК III (50 ВТ) ПРИ НАЛИЧИИ ХСН IIБ СТАДИИ, ИМЕЕТ КОЛИЧЕСТВЕННУЮ ОЦЕНКУ НАРУШЕНИЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 70-80
- 2) 10-30
- 3) 90-100
- 4) 40-60

7. ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: ХСН I СТАДИИ, ИМЕЕТ КОЛИЧЕСТВЕННУЮ ОЦЕНКУ НАРУШЕНИЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 10-30
- 2) 90-100
- 3) 40-60
- 4) 70-80

8. ПРИ СТЕНОКАРДИИ УМЕРЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: СТЕНОКАРДИЯ ИЛИ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА, ФКП (50 ВТ) ПРИ НАЛИЧИИ ХСН I, IIА, ИМЕЕТ КОЛИЧЕСТВЕННУЮ ОЦЕНКУ НАРУШЕНИЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 40-60
- 2) 10-30
- 3) 90-100
- 4) 70-80

9. У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ IIА СТАДИИ ИМЕЮТСЯ УМЕРЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКЕ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 40-60
- 2) 10-30
- 3) 70-80
- 4) 90-100

10. 3 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ хронической ревматической болезнью сердца, дисфункцией протеза митрального клапана и множественными кровоизлияниями, вследствие непереносимости варфарина
- 2) хронической ревматической болезнью сердца и умеренным стенозом митрального клапана (площадь митрального отверстия $2,3-2,9 \text{ см}^2$)
- 3) пролапсом митрального клапана 3 степени (створки клапана провисают в полость предсердия более чем на 9 мм)
- 4) хронической ревматической болезнью сердца и умеренной недостаточностью митрального клапана с хронической сердечной недостаточностью 2А стадии 2 ФК

11. ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ III СТАДИИ, ИМЕЕТ КОЛИЧЕСТВЕННУЮ ОЦЕНКУ НАРУШЕНИЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 90-100
- 2) 10-30
- 3) 40-60
- 4) 70-80

12. В ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЦЕЛЯХ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ВКЛЮЧЕНО УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ органов брюшной полости
- 2) сосудов нижних конечностей
- 3) дуги аорты
- 4) почечных артерий

13. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие стойких нарушений функции сердечно-сосудистой системы
- 2) значительная дилатация полостей сердца
- 3) хроническая болезнь почек
- 4) наличие выраженной одышки

14. ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫРАЖЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ IIБ СТАДИИ, ИМЕЕТ КОЛИЧЕСТВЕННУЮ ОЦЕНКУ НАРУШЕНИЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 70-80
- 2) 10-30
- 3) 40-60
- 4) 90-100

15. У ПАЦИЕНТА С ТУПОЙ ТРАВМОЙ СЕРДЦА, ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ, ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ IIА СТАДИИ III ФК _____ СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА

- 1)+ III
- 2) II
- 3) I
- 4) IV

16. ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИЯ КОТОРОГО - МАШИНИСТ ЛОКОМОТИВА, МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ III ГРУППУ ИНВАЛИДНОСТИ НА ПЕРИОД ВРЕМЕНИ

- 1)+ 1 год
- 2) 3 года
- 3) бессрочно
- 4) 6 месяцев

17. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ХРАНИТСЯ

- 1)+ в регистратуре
- 2) в кабинете лечащего врача
- 3) у пациента
- 4) у главного врача

18. ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дата регистрации документов в бюро МСЭ
- 2) дата непосредственного освидетельствования
- 3) дата открытия больничного листа
- 4) следующий день после регистрации документов в бюро

19. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ОФОРМЛЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА

- 1)+ при первичном обращении
- 2) при каждом обращении
- 3) один раз в год
- 4) один раз в пять лет

20. ОДНИМ ИЗ УСЛОВИЙ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма
- 2) возраст пациента
- 3) допущенные дефекты в лечении
- 4) ходатайство предприятия, на котором работает больной

21. ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ оценка здоровья пациента на момент обследования
- 2) наблюдение за прикрепленным контингентом
- 3) сохранение здоровья пациентов конкретной медицинской организацией
- 4) оказание специализированной медицинской помощи

22. ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ образ жизни
- 2) здравоохранение
- 3) наследственность
- 4) внешняя среда

23. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДДАНАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН

- 1)+ если он является застрахованным
- 2) после оперативного вмешательства
- 3) во всех случаях нетрудоспособности
- 4) при заболевании туберкулезом

24. ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТРАВМ), ОТРАВЛЕНИЙ И ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ ГРАЖДДАНАМИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАЕТ (ФОРМИРУЕТ) ГРАЖДДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+ сроком не более 15 дней
- 2) сроком не более 5 дней
- 3) сроком не более 10 дней
- 4) на весь срок лечения

25. В КОМПЛЕКС МЕР ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВХОДИТ

- 1)+ предупреждение профессионально обусловленных заболеваний и травм, несчастных случаев
- 2) проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития
- 3) организация школ здоровья для больных, страдающих хроническими заболеваниями
- 4) проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения

26. ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О

- 1)+ заболеваемости в данном году и в предыдущие годы
- 2) числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
- 3) заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости
- 4) числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

27. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ИСПОЛНИТЕЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ХРАНЕНИЯ И РАСХОДА МЕДИКАМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ старшая медицинская сестра
- 2) медсестра процедурного кабинета
- 3) заведующий структурным подразделением
- 4) постовая медицинская сестра

28. ОТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ПОВОДУ КОТОРЫХ НАСЕЛЕНИЕ ВПЕРВЫЕ ОБРАТИЛОСЬ В ДАННОМ ГОДУ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, К СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ВЫРАЖЕННОЕ В ПРОМИЛЛЕ, НАЗЫВАЮТ

- 1)+ общей заболеваемостью
- 2) первичной заболеваемостью
- 3) патологической поражённостью
- 4) истощенной заболеваемостью

29. ГРАЖДДАНИН РФ ИМЕЕТ ПРАВО НА СМЕНУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

- 1)+ не чаще 1 раза в год
- 2) ежемесячно
- 3) не чаще 1 раза в полгода
- 4) ежеквартально

30. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

- 1)+ врачебная комиссия медицинской организации
- 2) главный врач
- 3) лечащий врач
- 4) лечащий врач и заведующий отделением

31. ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАРУШЕННЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ТРУДУ

- 1)+ носят временный, обратимый характер
- 2) приняли стойкий необратимый характер
- 3) приняли частично обратимый характер
- 4) требуют смены трудовой деятельности

32. ОБЪЕКТОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ все жители территории
- 2) реконвалесценты острых заболеваний
- 3) больные хроническими заболеваниями
- 4) жители в трудоспособном возрасте

33. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН

- 1)+ обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если выявлены признаки временной нетрудоспособности
- 2) проходящим медицинское освидетельствование по направлению военных комиссариатов
- 3) находящимся под административным арестом
- 4) находящимся под стражей

34. МЕДИЦИНСКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВЫДАЮТСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

- 1)+ органам, организациям, суду, имеющим право на получение сведений о факте состояния его здоровья и диагнозе
- 2) родителям
- 3) мужу или жене
- 4) работодателю

35. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ОФОРМЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНО

- 1)+ в регистратуре
- 2) на приеме врача
- 3) при проведении диспансеризации
- 4) на дому

36. ЕСЛИ В ТРУДОВОМ ДОГОВОРЕ НЕ ОГОВОРЕН СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ, ТО ДОГОВОР СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ заключенным на неопределенный срок
- 2) недействительным
- 3) заключенным на срок не менее одного года
- 4) заключенным на срок не менее двух лет

37. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ, НА КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 15
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 30

38. БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОМС

- 1)+ является частью программы государственных гарантий
- 2) включает программу государственных гарантий
- 3) является частью территориальной программы государственных гарантий
- 4) включает территориальную программу государственных гарантий

39. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- 1)+ первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
- 2) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
- 3) экстренная, неотложная, плановая
- 4) по врачебным специальностям

40. СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В

- 1)+ процентах
- 2) долях от целого
- 3) десятичных долях
- 4) субъективных характеристиках

41. ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1)+ только в электронном виде
- 2) в бумажном или электронном виде по желанию пациента
- 3) в бумажном или электронном виде по требованию работодателя
- 4) в бумажном или электронном виде по желанию врача

42. СРОК ДЕЙСТВИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ КАРТЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 2 месяца
- 2) 30 дней
- 3) 10 дней
- 4) 6 месяцев

43. РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ врачебной комиссией
- 2) лечащим врачом
- 3) главным врачом
- 4) заместителем главного врача по клинко-экспертной работе

44. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС) РЕГУЛИРУЕТСЯ

- 1)+ государством
- 2) медицинскими учреждениями
- 3) фондами ОМС
- 4) страховыми организациями (компаниями)

45. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- 1)+ предотвращение ухудшения течения заболевания, возможных осложнений после того, как болезнь проявилась
- 2) выявление факторов риска, предупреждение возникновения болезни и устранение её причин
- 3) выявление заболевания на ранних стадиях и на предупреждение его прогрессирования, а также возможных осложнений
- 4) формирование здорового образа жизни

46. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИИ ЮРИДИЧЕСКУЮ, ФИНАНСОВУЮ И

- 1)+ статистическую
- 2) государственную
- 3) диагностическую
- 4) страховую

47. СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- 2) орган управления здравоохранением, медицинское учреждение, застрахованные лица, страховая организация
- 3) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, орган управления здравоохранением, застрахованные лица, страховая организация
- 4) территориальный фонд обязательного медицинского страхования, медицинское учреждение, застрахованные лица, орган управления здравоохранением

48. ДНЕМ УВОЛЬНЕНИЯ РАБОТНИКА СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ последний день его работы
- 2) день издания приказа (распоряжения) работодателя об увольнении работника
- 3) день выдачи разрешения органа федеральной инспекции труда
- 4) следующий после прекращения работы день

49. НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

- 1)+ по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина
- 2) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
- 3) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
- 4) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений

50. ИСПРАВЛЕНИЯ В УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ

- 1)+ подписью врача, заполняющего карту
- 2) подписью главного врача
- 3) подписью заведующего отделением
- 4) решением врачебной комиссии

51. ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ВРАЧ НЕСЁТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ДИСЦИПЛИНАРНУЮ, АДМИНИСТРАТИВНУЮ, ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВУЮ

- 1)+ уголовную
- 2) материальную
- 3) персональную
- 4) процессуальную

52. ВСЕ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ РАБОТНИКА МОЖНО ПОЛУЧАТЬ У

- 1)+ самого работника
- 2) работников отдела кадров предыдущего места работы
- 3) предыдущего работодателя
- 4) членов его семьи

53. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ

- 1)+ бюро медико-социальной экспертизы
- 2) отделениями реабилитации
- 3) отделениями медицинской профилактики
- 4) санаторно-курортными учреждениями

54. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ

- 1)+ Министерством здравоохранения РФ
- 2) Правительством РФ
- 3) руководством медицинской организации
- 4) Российской академией наук

55. ПОД ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПОНИМАЕТСЯ ЧАСТОТА

- 1)+ новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний
- 2) всех заболеваний, зарегистрированных за календарный год среди населения
- 3) острых заболеваний за календарный год, зарегистрированных среди населения при проведении профилактических осмотров
- 4) всех заболеваний и синдромов, зарегистрированных за календарный год среди населения

56. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ БЕЗ СРОКА ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

- 1)+ инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами
- 2) инвалидам I группы
- 3) детям-инвалидам
- 4) инвалидам по профессиональному заболеванию

57. ПОД ДЕЛЕГИРОВАНИЕМ ПОЛНОМОЧИЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции
- 2) предоставление полной свободы действий какому-либо лицу
- 3) передачу части своей заработной платы подчиненным
- 4) полное подчинение

58. ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития
- 2) оказание специализированной медицинской помощи
- 3) сохранение здоровья пациентов конкретного лечебно-профилактического учреждения
- 4) наблюдение за прикрепленным контингентом

59. СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО СЛЕДУЕТ ПОЛУЧАТЬ ВСЕГДА

- 1)+ кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно
- 2) при проведении медицинского вмешательства
- 3) кроме случаев, когда пациенту требуется высокотехнологичная медицинская помощь
- 4) когда медицинское вмешательство производится в плановом порядке

60. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ РАБОТНИКА В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1)+ листок нетрудоспособности на весь период временной утраты трудоспособности вследствие заболевания
- 2) листок нетрудоспособности со дня предполагаемого выхода на работу
- 3) листок нетрудоспособности до окончания отпуска
- 4) справка установленного образца

61. В РОССИИ ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины
- 2) болезни системы кровообращения, инфекционные заболевания, болезни органов дыхания
- 3) болезни органов дыхания, внешние причины, заболевания ЖКТ
- 4) новообразования, заболевания ЖКТ, патология опорно-двигательного аппарата

62. БОЛЬНОЙ М. 18 ЛЕТ, СЛЕСАРЬ, НАПРАВЛЕННЫЙ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ ВОЕНКОМАТА КАК ПРИЗЫВНИК В СТАЦИОНАР, ГДЕ ДИАГНОСТИРОВАН «ХРОНИЧЕСКИЙ МИОКАРДИТ», НА ПЕРИОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЛУЧАЕТ

- 1)+ справку произвольной формы, выданную стационаром
- 2) справку произвольной формы, выданную поликлиникой по месту жительства
- 3) листок нетрудоспособности за время пребывания, выданный стационаром
- 4) листок нетрудоспособности, выданный поликлиникой по месту жительства

63. «НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ

- 1)+ заведующим отделением
- 2) главным врачом
- 3) заместителем главного врача по лечебной работе
- 4) председателем врачебной комиссии

64. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ В КАЧЕСТВЕ ПРИЧИНЫ ПОВЫШЕННОГО АД ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ <3,0
- 2) 5,0-10,0
- 3) 3,0-5,0
- 4) 10,0-15,0

65. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ДОГОВОРУ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ

- 1)+ листок нетрудоспособности
- 2) справка произвольной формы
- 3) справка установленной формы
- 4) выписной эпикриз

66. В СТАНДАРТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УСРЕДНЁННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, РАВНЫЙ 1, ОЗНАЧАЕТ, ЧТО УСЛУГА ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ _____ % ПАЦИЕНТОВ, СООТВЕТСТВУЮЩИХ ДАННОЙ МОДЕЛИ

- 1)+ 100
- 2) 50
- 3) 10
- 4) 1

67. В СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВХОДЯТ

- 1)+ лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача, в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии
- 2) все врачи, прошедшие обучение по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности
- 3) любой заместитель главного врача и представитель органов управления здравоохранением, курирующий вопросы временной нетрудоспособности граждан
- 4) главный врач, старшая медсестра отделения и представитель фонда социального страхования, курирующий вопросы выплат по листкам нетрудоспособности

68. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1)+ на общих основаниях
- 2) за счёт средств работодателя
- 3) предприятиями, расположенными на обслуживаемой территории
- 4) местной администрацией

69. СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫДАЁТСЯ

- 1)+ справка установленной формы
- 2) листок нетрудоспособности
- 3) справка произвольной формы
- 4) выписной эпикриз

70. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ медицинским регистратором
- 2) врачом-терапевтом
- 3) врачом-статистиком
- 4) медицинской сестрой

71. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

- 1)+ специализированной
- 2) скорой
- 3) паллиативной
- 4) первичной медико-санитарной

72. ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ЗАПОЛНЯЮТСЯ

- 1)+ лечащим врачом
- 2) медицинской сестрой
- 3) медицинским регистратором
- 4) заведующим отделением

73. НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст
- 2) ожирение
- 3) сахарный диабет
- 4) курение

74. РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О ПРОДЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ ПРИ СРОКЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРЕВЫШАЮЩЕМ (В ДНЯХ)

- 1)+ 15
- 2) 10
- 3) 5
- 4) 7

75. РОСЗДРАВНАДЗОР ПРОВОДИТ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1)+ государственный
- 2) внутренний
- 3) ведомственный
- 4) общественный

76. ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ трудовым договором (контрактом)
- 2) решением местной администрации
- 3) постановлением собрания трудового коллектива
- 4) распоряжением главного врача

77. ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ

- 1)+ развитием первичной медико-санитарной помощи
- 2) закупкой недостающих медикаментов за рубежом
- 3) изменением номенклатуры специальностей медработников
- 4) финансированием научно-исследовательского сектора

Тема 11. Перикардиты.

1. ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА БЕЗ ТАМПОНАДЫ ПО ДАННЫМ ЭХОКГ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие жидкости в полости перикарда
- 2) увеличение левого предсердия и левого желудочка
- 3) аномальное движение межжелудочковой перегородки в диастолу
- 4) уменьшение размеров правого предсердия и правого желудочка в диастолу

2. КАКОЙ ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ ДЛЯ МИОКАРДИТА И ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА?

- 1)+ кардиомегалия
- 2) отсутствие дуг по контурам сердечной тени
- 3) преобладание поперечника сердца над длинником
- 4) укорочение тени сосудистого пучка

3. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ БЕЗ ТАМПОНАДЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие тупых, ноющих болей в левой половине грудной клетки
- 2) быстро прогрессирующее падение АД
- 3) ЧСС более 100 в минуту в покое
- 4) ЧДД более 20 в минуту в покое

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ туберкулез
- 2) уремия
- 3) операции на сердце
- 4) коллагенозы

5. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ПАЦИЕНТА С ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТОМ, ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1)+ при наклоне пациента вперед
- 2) в положении лежа
- 3) на основании сердца
- 4) в точке Боткина-Эрба

6. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1)+ во время систолы
- 2) в первой половине диастолы (сразу после II тона)
- 3) во время второй половине диастолы (перед I тоном)
- 4) как непрерывный систоло-диастолический шум

7. ХРОНИЧЕСКИМ СЧИТАЮТ ПЕРИКАРДИТ, КОТОРЫЙ ДЛИТСЯ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 12

8. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ упорным асцитом
- 2) желтухой
- 3) гиперспленизмом
- 4) кровотечением

9. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ослабление тонов сердца
- 2) усиление первого тона на верхушке сердца
- 3) акцент второго тона на легочной артерии
- 4) акцент второго тона на аорте

10. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В БОЛЬШИНСТВЕ ОТВЕДЕНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ острого перикардита
- 2) гипокалиемии
- 3) гиперкалиемии
- 4) тромбоэмболии легочной артерии

11. ПРИЗНАК ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРАХ И ОТСУТСТВИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ констриктивного перикардита
- 2) недостаточности митрального клапана
- 3) стеноза аортального клапана
- 4) аневризмы аорты

12. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ЭКССУДАТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ БЕЗ ТАМПОНАДЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение границ относительной тупости сердца
- 2) парадоксальный пульс
- 3) симптом КуССмауля (набухание шейных вен на вдохе)
- 4) III тон (прекардиальный удар)

13. ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ (СДАВЛИВАЮЩЕМ) ПЕРИКАРДИТЕ

- 1)+ встречается повышение центрального венозного давления
- 2) встречается брадикардия
- 3) происходит увеличение амплитуды пульсации сердца
- 4) выслушивается шум трения перикарда

14. ТАМПОНАДА СЕРДЦА НАЧИНАЕТСЯ, КОГДА ДАВЛЕНИЕ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА ПРЕВЫШАЕТ

- 1)+ давление в правом предсердии
- 2) давление в левом предсердии
- 3) конечно-диастолическое давление в правом желудочке
- 4) конечно-диастолическое давление в левом желудочке

15. ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА НАПОЛНЕНИЕ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ только во время систолы желудочков
- 2) только в самом начале диастолы
- 3) во время диастолы желудочков
- 4) как во время диастолы, так и во время систолы желудочков

16. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ БОЛЬНОЙ ЗАНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ сидя с наклоном туловища вперед
- 2) лежа на боку
- 3) с приподнятыми ногами
- 4) горизонтальное

17. ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ (СДАВЛИВАЮЩЕМ) ПЕРИКАРДИТЕ

- 1)+ повышается центральное венозное давление
- 2) встречается брадикардия
- 3) увеличивается амплитуда пульсации сердца
- 4) выслушивается шум трения перикарда

18. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ депрессия сегмента PQ
- 2) элевация сегмента PQ
- 3) наличие реципрокных депрессий сегмента ST
- 4) удлинение интервала QT

19. ПРИ ВЫПОТНОМ ПЕРИКАРДИТЕ СРЕДИННАЯ ТЕНЬ ПРИОБРЕТАЕТ ФОРМУ

- 1)+ трапецевидную
- 2) аортальную
- 3) митральную
- 4) треугольную

20. ЧЕРЕДОВАНИЕ ВЫСОКОГО И НИЗКОГО ВОЛЬТАЖА КОМПЛЕКСА QRS ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ значительного выпота в полости перикарда
- 2) сухого перикардита
- 3) инфаркта правого желудочка
- 4) тромбоэмболии легочной артерии

21. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА БЕЗ ВЫПОТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аускультация
- 2) рентгенография
- 3) эхокардиография
- 4) чреспищеводная электрокардиостимуляция

22. РАННИМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подъем сегмента ST
- 2) депрессия сегмента ST
- 3) негативный зубец T
- 4) высокий заостренный зубец T

23. ВЫПОТ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ, ВЫЗВАННОМ МЕЗОТЕЛИОМОЙ, НОСИТ _____ ХАРАКТЕР

- 1)+ геморрагический
- 2) серозный
- 3) хилезный
- 4) гнойный

24. ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ УМЕНЬШАЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1)+ лежа на животе
- 2) лежа на спине
- 3) на правом боку
- 4) на левом боку

25. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ НАКОПЛЕНИИ В ПЕРИКАРДЕ ЖИДКОСТИ

- 1)+ повышается
- 2) снижается
- 3) не изменяется
- 4) может быть как низким, так и высоким

26. ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИКАРДИТ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПЕРИКАРДИТА БЕЗ РЕМИССИИ БОЛЕЕ

- 1)+ 3 месяцев
- 2) 6 недель
- 3) 1 месяца
- 4) 2 месяцев

27. КАРДИАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННОЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО УМЕНЬШЕНИЕМ ПРИТОКА КРОВИ К СЕРДЦУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тампонада сердца
- 2) WPW-синдром
- 3) гипертрофическая кардиомиопатия
- 4) стеноз устья аорты

28. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ конкордантным подъемом сегмента S-T в стандартных и грудных отведениях
- 2) укорочением интервала PQ
- 3) удлинением интервала Q-T
- 4) высоким остроконечным зубцом T

29. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ вирусы
- 2) бактерии
- 3) грибы
- 4) простейшие

30. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА НА ЭКГ МОЖЕТ ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ отрицательный зубец T в ряде отведений
- 2) подъем сегмента ST в правых грудных отведениях
- 3) снижение сегмента ST в левых грудных отведениях V1-5
- 4) атрио-вентрикулярная блокада II-III степени

31. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ НА ЭКГ

- 1)+ распространенной элевации сегмента ST
- 2) депрессии сегмента ST
- 3) инверсии зубцов T в отведениях V1-V6
- 4) развития БЛНПГ

32. ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА НА ТРЕТИЙ ДЕНЬ Q ИНФАРКТА МИОКАРДА СВЯЗАНО С

- 1)+ реактивным эпистенокардитическим перикардитом
- 2) синдромом Дресслера
- 3) разрывом межжелудочковой перегородки
- 4) развитием пневмонии в нижней доле левого легкого

33. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ шум трения перикарда
- 2) тахикардия
- 3) гипотония
- 4) одышка

34. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ В КЛИНИКЕ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одышка
- 2) боль в грудной клетке
- 3) артериальная гипертензия
- 4) аритмия

35. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ВЫПОТНОМ ПЕРИКАРДИТЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТОД

- 1)+ эхокардиографии
- 2) аускультации
- 3) рентгенографии
- 4) электрокардиографии

36. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОНСТРИКТИВНОГО (СДАВЛИВАЮЩЕГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ туберкулёз
- 2) острый идиопатический перикардит
- 3) опухоль
- 4) гипертрофическая кардиомиопатия

37. К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ расхождение листков перикарда в систолу и диастолу
- 2) наличие зоны акинезии в миокарде
- 3) отложение кальция в листках перикарда
- 4) наличие спаечного процесса в перикарде

38. ВИРУСНЫЕ И ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ОСТРЫЕ ПЕРИКАРДИТЫ

- 1)+ чаще наблюдаются у мужчин
- 2) чаще наблюдаются у женщин
- 3) нередко приводят к летальному исходу
- 4) чаще всего заканчиваются переходом в хронический перикардит

39. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЫПОТА В ПЕРИКАРД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) рентгенография органов грудной клетки
- 3) перкуссия с определением границ сердца
- 4) электрокардиография с дополнительными отведениями

40. КАКИЕ ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ?

- 1)+ набухание шейных вен на вдохе
- 2) кардиомегалия
- 3) резкое повышение АД
- 4) шум трения перикарда

41. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ГИДРОПЕРИКАРДА НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение вольтажа QRS
- 2) патологический зубец Q в II, III, AVF отведениях
- 3) элевация сегмента ST более 3 мм
- 4) удлинение интервала QT более 500 мсек

42. БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ОСЛАБЛЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1)+ сидя при наклоне вперед
- 2) лежа на левом боку
- 3) лежа на правом боку
- 4) лежа на спине

43. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ туберкулез
- 2) сифилис
- 3) хроническая ревматическая болезнь сердца
- 4) ранение перикарда

44. ТИПИЧНЫЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ ПЕРИКАРДИТА МОГУТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПРИ _____ ФОРМЕ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА

- 1)+ уремической
- 2) вирусной
- 3) постперикардотомной
- 4) постинфарктной

45. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ В КЛИНИКЕ ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в грудной клетке, связанная с движением и дыханием
- 2) одышка в покое
- 3) отек нижних конечностей
- 4) боль в грудной клетке, усиливающаяся при наклоне вперед

46. ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ СПОНТАННОЙ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ФОРМЫ ПЕРИКАРДИТА

- 1)+ вирусной
- 2) бактериальной
- 3) опухолевой
- 4) туберкулезной

47. ПРИ СУХОМ ПЕРИКАРДИТЕ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ шум трения перикарда
- 2) крепитация
- 3) усиление тонов
- 4) ослабление тонов

48. МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипотиреоз
- 2) тиреотоксикоз
- 3) сахарный диабет
- 4) несахарный диабет

49. МОЛНИЕНОСНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ФОРМЫ ПЕРИКАРДИТА

- 1)+ бактериальной
- 2) вирусной
- 3) опухолевой
- 4) туберкулезной

50. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АУТОИМУННОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) ревматоидный артрит
- 3) системная склеродермия
- 4) дерматомиозит

51. РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ МАССИВНЫЙ ПЕРИКАРДИАЛЬНЫЙ ВЫПОТ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ _____ ЭТИОЛОГИЮ

- 1)+ злокачественную
- 2) инфекционную
- 3) уремическую
- 4) травматическую

52. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ значительная вариабельность наполнения камер сердца в зависимости от фаз дыхания
- 2) коллапсирование правого предсердия
- 3) циркулярное распространение перикардального выпота
- 4) значительное количество выпота

53. НАИЛУЧШЕЙ ЗОНОЙ ВЫСЛУШИВАНИЯ ШУМА ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ III-IV межреберье слева от грудины
- 2) область верхушки сердца
- 3) межлопаточная область
- 4) II межреберье справа от грудины

54. К ПРИЗНАКАМ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЕРИКАРДИТА ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ очаги обызвествления в перикарде
- 2) сглаженность контуров сердца
- 3) увеличение размеров сосудистого пучка
- 4) кардиомегалию

55. ТАМПОНАДА ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1)+ выпотного перикардита
- 2) фибринозного перикардита
- 3) констриктивного перикардита
- 4) плеврита

56. ПРИЧИНОЙ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ некомпактный миокард
- 2) гемоперикард
- 3) операция на сердце
- 4) уремия

57. КОНСТРИКТИВНЫЙ ПЕРИКАРДИТ

- 1)+ развивается вследствие ригидности перикарда из-за фиброза и кальциноза
- 2) развивается после острого инфаркта миокарда
- 3) сопровождается дилатацией желудочков
- 4) сопровождается увеличением сердечного выброса

58. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПЕРИКАРДИТАХ ИМЕЕТ ____ ХАРАКТЕР

- 1)+ диастолический
- 2) систолический
- 3) систоло-диастолический
- 4) неуточненный

59. «ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС» ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ТАМПОНАДЫ ПЕРИКАРДА ПРИ

- 1)+ выпотном перикардите
- 2) диффузном миокардите
- 3) фибринозном перикардите
- 4) инфекционном эндокардите

60. ЗАВИСИМОСТЬ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ острого перикардита
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) расслаивающей аневризмы аорты
- 4) инфаркта миокарда

61. В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ТУЛОВИЩА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ?

- 1)+ в вертикальном положении с задержкой дыхания на выдохе
- 2) на левом боку
- 3) на правом боку
- 4) в вертикальном положении с задержкой дыхания на вдохе

62. КОНСТРИКТИВНЫЙ ПЕРИКАРДИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ малыми размерами сердца
- 2) увеличением объема циркулирующей крови
- 3) понижением уровня венозного давления
- 4) артериальной гипертензией

63. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЖАЛОБАМ У БОЛЬНЫХ КОНСТРИКТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ одышку при нагрузке
- 2) перебои в работе сердца
- 3) тяжесть в правом подреберье
- 4) боль в грудной клетке

64. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВИРУСНОГО ПЕРИКАРДИТА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ увеличение титра антител к вирусу в крови
- 2) легкое течение заболевания
- 3) отсутствие лейкоцитоза в клиническом анализе крови
- 4) информация о контакте с больным ОРВИ в анамнезе

65. В ЖИДКОСТИ ИЗ ПЕРИКАРДА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ ПРЕОБЛАДАЮТ

- 1)+ лимфоциты
- 2) моноциты
- 3) эозинофилы
- 4) эритроциты

66. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СУХОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ шум трения перикарда
- 2) прекардиальная боль
- 3) глухость тонов сердца
- 4) расширение границ сердца

67. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВЫПОТНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) рентгенография
- 3) электрокардиография
- 4) спирография

68. БОЛЬ ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ

- 1)+ часто локализуется за грудиной
- 2) обычно не иррадирует
- 3) уменьшается после приема нитратов
- 4) не зависит от положения тела

69. НА ЭКГ ПРИ ВЫПОТНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЮТ

- 1)+ альтернацию комплексов QRS
- 2) высокоамплитудные комплексы QRS
- 3) депрессию ST в отведениях II, III, AVF
- 4) дельта-волну

70. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ТАМПОНАДЫ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парадоксальный пульс
- 2) боль в грудной клетке
- 3) артериальная гипертензия
- 4) брадикардия

71. ДЛЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уменьшение боли после приема нитроглицерина
- 2) наличие тупой, давящего характера боли
- 3) продолжительность боли более 30 минут
- 4) локализация боли за грудиной

72. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВЫПОТ ЧАЩЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРИКАРДИТЕ _____ ПРИРОДЫ

- 1)+ опухолевой
- 2) уремической
- 3) постинфарктной
- 4) воспалительной

73. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ ОБЫЧНО УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ наклоне вперед
- 2) движениях туловищем
- 3) вдохе
- 4) кашле

Тема 12. Функциональные и инструментальные методы диагностики в кардиологии.

1. ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ТИПИЧНА ДЛЯ

- 1)+** приступа стенокардии напряжения
- 2) миокардита
- 3) перикардита
- 4) аневризмы левого желудочка

2. РАННИМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** высокий остроконечный зубец T
- 2) уширение комплекса QRS
- 3) сглаженный зубец T
- 4) укороченный интервал PQ

3. ПРИЗНАКОМ НАСЫЩЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** депрессия сегмента ST
- 2) элевация сегмента ST
- 3) депрессия сегмента PQ
- 4) увеличение амплитуды зубца T

4. ПРИ ВЫЧИСЛЕНИИ ИНДЕКСА ДЬЮКА ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА) НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+** максимальная ЧСС
- 2) степень депрессии сегмента ST
- 3) наличие приступа стенокардии во время нагрузки
- 4) продолжительность физической нагрузки

5. РЕЗУЛЬТАТЫ НАГРУЗОЧНОГО ЭКГ-ТЕСТА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИБС НЕЛЬЗЯ ИНТЕРПРЕТИРОВАТЬ КОРРЕКТНО ПРИ НАЛИЧИИ НА ИСХОДНОЙ ЭКГ

- 1)+** синдрома WPW
- 2) вольтажных признаков гипертрофии левого желудочка
- 3) неполной блокады правой ножки пучка Гиса
- 4) ниже-предсердного ритма

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ САМУЮ НИЗКУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ИМЕЕТ

- 1)+** нагрузочный ЭКГ-тест
- 2) стресс-ЭХОКГ с Добутамином
- 3) МСКТ коронарных артерий
- 4) перфузионная сцинтиграфия миокарда с физической нагрузкой

7. К КРИТЕРИЯМ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ОТНОСЯТ РАЗВИТИЕ

- 1)+** болевого синдрома с горизонтальной депрессией сегмента ST
- 2) частой суправентрикулярной экстрасистолии
- 3) блокады правой ножки пучка Гиса
- 4) типичного болевого синдрома без изменений на ЭКГ

8. ДОСТОВЕРНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕИНВАЗИВНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ, ВЫПОЛНЕННОЙ С ПОМОЩЬЮ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ, МОЖЕТ СНИЖАТЬСЯ, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО

- 1)+** высокий индекс коронарного кальциноза
- 2) низкий индекс коронарного кальциноза
- 3) в анамнезе операция аорто-коронарного шунтирования
- 4) синусовая брадикардия

9. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ РАСЧЕТНАЯ ВЕЛИЧИНА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ СУБМАКСИМАЛЬНОМУ УРОВНЮ НАГРУЗКИ

- 1)+ уменьшается с возрастом пациента
- 2) увеличивается с возрастом пациента
- 3) не зависит от возраста пациента
- 4) зависит от исходного уровня ЧСС

10. ПОДЪЁМ СЕГМЕНТА ST НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ интоксикации сердечными гликозидами
- 2) острым коронарным синдроме
- 3) синдроме ранней реполяризации
- 4) острым периоде фибринозного перикардита

11. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИЖИЗНЕННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК, КРАСНЫХ И БЕЛЫХ ТРОМБОВ, А ТАКЖЕ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ СТЕНТОВ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ИМЕЕТ ТОМОГРАФИЯ

- 1)+ оптическая когерентная
- 2) мультиспиральная компьютерная
- 3) магнитно-резонансная
- 4) позиционно-эмиссионная

12. ЧРЕСПИЩЕВОДНОЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ

- 1)+ аритмогенную дисплазию правого желудочка
- 2) синдром слабости синусового узла
- 3) высокий риск внезапной смерти при синдроме WPW
- 4) узловую пароксизмальную тахикардию

13. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ артериальной гипертонии
- 2) нестабильной стенокардии
- 3) лихорадке
- 4) острым тромбофлебите

14. ВЫЯВЛЕНИЕ ЗУБЦА ОСБОРНА НА ЭКГ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ переохладение
- 2) синдром Бругада
- 3) гиперкалиемию
- 4) артимогенную дисплазию правого желудочка

15. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография сердца
- 2) чреспищеводное ЭХО-КГ
- 3) стресс-ЭХО-КГ с физической нагрузкой
- 4) стресс-ЭХО-КГ с малыми дозами добутина

16. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ стресс-эхокардиография
- 2) чреспищеводная эхокардиография
- 3) тредмил-тест
- 4) суточное мониторирование ЭКГ

17. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОГО МИОКАРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ с малыми дозами добутина
- 2) с физической нагрузкой
- 3) чреспищеводное
- 4) трансторакальное в покое с контрастным усилением

18. РЕГИСТРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V3 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ _____ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1)+ передне-перегородочного
- 2) бокового
- 3) нижнего
- 4) правого желудочка

19. ЦЕЛЯМИ И ВОЗМОЖНОСТЯМИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ выявление патологии клапанного аппарата, болезней миокарда, оценка функции левого желудочка
- 2) выявление нарушений проведения импульса, оценка ишемии
- 3) регистрация эпизодов нарушения ритма и проводимости сердца, запись АД
- 4) исследование коронарного русла, оценка жизнеспособного миокарда

20. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИЯ, ПРОВЕДЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ И ШУНТОГРАФИИ ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ мультиспиральной компьютерной коронарографии
- 2) перфузионной стресс-сцинтиграфии миокарда
- 3) позиционно-эмиссионной томографии
- 4) чреспищеводной эхокардиографии

21. ПРИ ИСЧЕЗНОВЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ВЕРШИНЕ НАГРУЗКИ И ИХ ВОЗНИКНОВЕНИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА ПРОБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отрицательной
- 2) сомнительной
- 3) положительной
- 4) неполноценной

22. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОВЫШЕННОГО ДАВЛЕНИЯ В ПРАВОМ ПРЕДСЕРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие коллабирования нижней полой вены и ее дилатация
- 2) наличие выпота в полости перикарда
- 3) дилатация левого предсердия
- 4) рестриктивный тип нарушения диастолической функции левого желудочка

23. СТАНДАРТНЫМ ПРОТОКОЛОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ НАГРУЗОК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Bruce
- 2) Cornell
- 3) Modified bruce
- 4) Balke

24. ПРИ ЭХО-КГ ВОЗМОЖНО ЗАВЫШЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА НА АОРТАЛЬНОМ КЛАПАНЕ ПРИ ЕГО СТЕНОЗЕ В СЛУЧАЕ

- 1)+ сопутствующей аортальной недостаточности
- 2) значительной гипертрофии левого желудочка
- 3) значительного снижения фракции выброса левого желудочка
- 4) выраженной гиповолемии

25. НАЛИЧИЕ ВЫСОКИХ ЗУБЦОВ R В ОТВЕДЕНИЯХ V1-2 И ДЕПРЕССИИ ST В ОТВЕДЕНИЯХ V3-4, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА _____ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1)+ задне-базальной
- 2) передне-перегородочной
- 3) боковой
- 4) задне-диафрагмальной

26. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ индекс массы миокарда левого желудочка
- 2) толщина стенок левого желудочка
- 3) размер полостей сердца
- 4) ударный объем левого желудочка

27. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАГРУЗОЧНОГО ЭКГ-ТЕСТА ВОЗМОЖНА, ЕСЛИ НА ИСХОДНОЙ ЭКГ

- 1)+ a-v блокада II степени типа Мобитц I
- 2) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 3) синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
- 4) ритм электрокардиостимулятора

28. СТАНДАРТНОЕ ТРЕХКАНАЛЬНОЕ 24-ЧАСОВОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ

- 1)+ нарушение variability сердечного ритма
- 2) стенокардию напряжения
- 3) микроциркуляторную стенокардию
- 4) феномен белого халата

29. НАГРУЗОЧНЫЕ ЭКГ-ТЕСТЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ИМЕЮТ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ НА ИСХОДНОЙ ЭКГ

- 1)+ блокады левой ножки пучка Гиса
- 2) неполной блокады правой ножки пучка Гиса
- 3) синдрома укороченного интервала PQ
- 4) атриовентрикулярной блокады I степени

30. ПРИ ЭХО-КГ РАСЧЕТНОЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ расширения нижней полой вены
- 2) дилатации левого предсердия
- 3) дилатации левого желудочка
- 4) показателя E/e' расчетного давления в правом желудочке

31. ФЕНОМЕН ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ гемотампонады сердца
- 2) полной атриовентрикулярной блокады
- 3) фибрилляции желудочков
- 4) острой недостаточности митрального клапана

32. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парадоксальное движение межжелудочковой перегородки
- 2) наличие выпота в полости перикарда
- 3) дилатация левого и правого предсердий
- 4) рестриктивный тип нарушения диастолической функции левого желудочка

33. ПРИ ОСТАНОВКЕ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА НА ФОНЕ ДОСТИЖЕНИЯ 57% ОТ СУБМАКСИМАЛЬНОЙ ЧСС В СВЯЗИ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ СЛАБОСТИ В НОГАХ ПРОБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неинформативной
- 2) сомнительной
- 3) положительной
- 4) отрицательной

34. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОБЩЕЙ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЭХО-КГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фракция выброса
- 2) значение E/e'
- 3) максимальный градиент на аортальном клапане
- 4) расчетное давление в правом желудочке

35. ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРЕЙШЕЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ЗУБЦОМ Q, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подъем сегмента ST
- 2) депрессия сегмента ST
- 3) отрицательный «коронарный» зубец T
- 4) патологический зубец Q или QS

36. ПРИ ЭХО-КГ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ PISA
- 2) TAPSE
- 3) отношение E/e'
- 4) максимальный градиент

37. СОЧЕТАНИЕ НИЗКОГО ВОЛЬТАЖА НА ЭКГ В СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ И ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ СТенок ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЭХО-КГ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ амилоидоза
- 2) болезни Фабри
- 3) стеноза устья аорты
- 4) гипертрофической кардиомиопатии

38. ДЛЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- 1)+ расширение комплекса QRS
- 2) удлинение интервала QT
- 3) инверсия зубца 3
- 4) возникновение волны эpsilon

39. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ с физической нагрузкой
- 2) с малыми дозами добутамина
- 3) чреспищеводное
- 4) трансторакальное в покое с контрастным усилением

40. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЙ В ПРАВЫХ КАМЕРАХ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография с контрастированием
- 2) чреспищеводная ЭХО-КГ
- 3) трансторакальная ЭХО-КГ
- 4) трансторакальная ЭХО-КГ с контрастным усилением

41. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ чреспищеводное
- 2) трансторакальное в покое с контрастным усилением
- 3) с физической нагрузкой
- 4) с малыми дозами добутина

42. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УГРОЗЫ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коллапсирование правого предсердия
- 2) дилатация левого и правого предсердий
- 3) легочная гипертензия
- 4) рестриктивный тип нарушения диастолической функции левого желудочка

43. ДЛЯ РУБЦОВОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сегмент ST на изолинии
- 2) исчезновение патологического зубца Q
- 3) положительный (всегда) зубец T
- 4) сужение зубца Q до 0,02 с

44. СТАНДАРТНОЕ ТРЕХКАНАЛЬНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ ПО ХОЛТЕРУ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ нарушения ритма и проводимости
- 2) нарушения ритма и стенокардии напряжения
- 3) наличия микроциркулярной стенокардии и стенокардии напряжения
- 4) наличия диссинхронии миокарда и нарушений ритма

45. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АТИПИЧНОГО ДИСКОМФОРТА ЗА ГРУДИНОЙ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ НА ВЫСОТЕ НАГРУЗКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА ПРОБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сомнительной
- 2) положительной
- 3) отрицательной
- 4) неполноценной

46. МЕТОД ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ И ОЦЕНИТЬ

- 1)+ нестабильные атеросклеротические бляшки в сосудах
- 2) участки миокарда с нарушенной сократимостью
- 3) измененные клапаны сердца
- 4) аномалию развития проводящей системы сердца

47. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ депрессия сегмента ST более 2 мм в точке J
- 2) появление отрицательных зубцов T
- 3) снижение вольтажа всех зубцов
- 4) синусовая тахикардия

48. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дилатация левого и правого предсердий
- 2) наличие выпота в полости перикарда
- 3) дилатация левого предсердия и левого желудочка
- 4) дилатация правого предсердия и правого желудочка

49. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ D-образная форма левого желудочка
- 2) дилатация левого предсердия
- 3) дилатация правого предсердия
- 4) рестриктивный тип нарушения диастолической функции левого желудочка

50. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА

- 1)+ инфекционный эндокардит
- 2) ишемическую болезнь сердца
- 3) миокардит
- 4) перикардит

51. В СЛУЧАЕ РЕЗКОГО СНИЖЕНИЯ ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ менее 30
- 2) 40-50
- 3) более 60
- 4) 50-60

52. КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ НАЛИЧИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В В-МОДАЛЬНОМ И М-МОДАЛЬНОМ РЕЖИМАХ ЯВЛЯЕТСЯ ДИЛАТАЦИЯ

- 1)+ правых камер сердца
- 2) левого желудочка
- 3) левых камер сердца
- 4) правого желудочка

53. НЕБОЛЬШОЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА СОСТАВЛЯЕТ ДО (В МЛ)

- 1)+ 100
- 2) 1200
- 3) 500
- 4) 300

54. РЕГУЛЯРНОЕ ЧЕРЕДОВАНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛ И НОРМАЛЬНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ аллоритмией
- 2) парасистолией
- 3) конкордантностью
- 4) альтернативой комплексов QRS

55. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА НА ЭКГ МОЖЕТ ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ отрицательный зубец Т в нескольких отведениях
- 2) подъем сегмента ST в нескольких отведениях с реципроктными изменениями
- 3) депрессия сегмента ST в нескольких отведениях
- 4) депрессия сегмента PQ в нескольких отведениях

56. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОЧАГА НЕКРОЗА В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сцинтиграфия миокарда с технецием-99М-пирофосфатом
- 2) перфузионная сцинтиграфия миокарда с изотопом таллием-201
- 3) внутривенная коронароангиография с вентрикулографией
- 4) рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции

57. ДВУМЕРНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВЛЯТЬ

- 1)+ стенозирование проксимальных отделов левой и правой коронарных артерий при их кальцинозе
- 2) окклюзию дистальных отделов коронарных артерий атеросклеротической бляшкой или тромботическими массами
- 3) извитость коронарных артерий, наличие межмышечных мостиков и коллатералей
- 4) врожденные аномалии развития коронарных артерий, их диаметр и тип коронарного кровоснабжения

58. УГОЛ МЕЖДУ ОСЯМИ СТАНДАРТНЫХ (I, II, III) ОТВЕДЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ 60
- 2) 15-20
- 3) менее 20
- 4) более 30

59. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НАВЯЗЫВАЕТСЯ РИТМ ____ СЕРДЦА

- 1)+ левому предсердию
- 2) правому предсердию
- 3) левому желудочку
- 4) правому желудочку

60. ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ПРОГИБ (ПАРУСЕНИЕ) ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ОГРАНИЧЕНИЕ ЕЁ ПОДВИЖНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ митрального стеноза
- 2) аортального стеноза
- 3) пролапса митрального клапана
- 4) митральной недостаточности

61. ОСЬ ОТВЕДЕНИЯ AVL ПЕРПЕНДИКУЛЯРНА ____ ОСИ ОТВЕДЕНИЯ

- 1)+ II
- 2) III
- 3) aVF
- 4) V1

62. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДЛЯ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нормальный по ширине комплекс QRS, равные интервалы R-R, отсутствие связи зубца Р и комплекса QRS
- 2) широкий комплекс QRS, равные по продолжительности интервалы R-R, нарастающее удлинение интервала P-Q с последующим выпадением QRS
- 3) уменьшение частоты сокращений желудочков (менее 40 в минуту) на фоне полной блокады левой ножки пучка Гиса
- 4) нормальный по ширине комплекс QRS, равные интервалы R-R, удлинённый интервал PQ и периодическое выпадение комплекса QRS

63. В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ миксома
- 2) липома
- 3) папиллома
- 4) лимфома

64. ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ В НОРМЕ НАПРАВЛЕНА ОТ

- 1)+ эндокарда к эпикарду
- 2) эпикарда к эндокарду
- 3) эндокарда к перикарду
- 4) перикарда к эпикарду, а затем к эндокарду

65. СТРУЮ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ ДОППЛЕРОВСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ В ПОЛОСТИ

- 1)+ правого предсердия
- 2) выносящего тракта левого желудочка
- 3) левого желудочка
- 4) левого предсердия

66. КОЛЛАБИРОВАНИЕ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ДИАСТОЛУ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ СЛУЖИТ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ тампонады сердца
- 2) инфаркта правого желудочка
- 3) аритмогенной дисплазии правого желудочка
- 4) тромбоэмболии

67. ПРИЗНАКОМ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ПРИ ЭХО-КГ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПЕРИКАРДА

- 1)+ кальцификация листков
- 2) истончение листков
- 3) отсутствие расхождения листков
- 4) жидкость в полости

68. ПРИ 24-ЧАСОВОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ депрессия сегмента ST более 2 мм
- 2) выраженная элевация сегмента ST
- 3) инверсия конечной части желудочного комплекса – зубца Т
- 4) удлинение электрической систолы желудочка – интервала QT

69. ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ более 50
- 2) 20-30
- 3) менее 20
- 4) 30-40

70. ОСЬ ОТВЕДЕНИЯ AVF ПЕРПЕНДИКУЛЯРНА ____ ОСИ ОТВЕДЕНИЯ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) AVL

71. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ доплеркардиография
- 2) электрокардиография в 12 отведениях
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) аускультация тонов и шумов сердца

72. ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ депрессия сегмента ST на 2 мм и более
- 2) снижение точки «j» более, чем на 2 мм на электрокардиограмме
- 3) элевация на электрокардиограмме сегмента ST на 0,5 мм
- 4) инверсия зубца Т на 2 степени нагрузочной пробы

73. КАКОЕ СООТНОШЕНИЕ АМПЛИТУД ЗУБЦОВ R В СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА?

- 1)+ $R_{II} > R_I > R_{III}$
- 2) $R_I > R_{II} > R_{III}$
- 3) $R_{III} > R_{II} > R_I$
- 4) R одинаков во всех стандартных отведениях

74. ОСЬ ОТВЕДЕНИЯ AVR ПЕРПЕНДИКУЛЯРНА ____ ОСИ ОТВЕДЕНИЯ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) II
- 4) aVF

75. ПЕРФУЗИОННАЯ СЦИНТИГРАФИЯ МИОКАРДА С ТАЛЛИЕМ-201 В УСЛОВИЯХ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПО СРАВНЕНИЮ С КЛАССИЧЕСКИМ ЭКГ-ТЕСТОМ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ более высокой чувствительностью и специфичностью
- 2) простотой проведения и интерпретации результатов исследования
- 3) меньшей затратой времени и доступностью в условиях стационара
- 4) дороговизной и недостаточной чувствительностью и воспроизводимостью

76. ЗУБЕЦ R В НОРМЕ ВСЕГДА ОТРИЦАТЕЛЕН В __ ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ aVR
- 2) aVF
- 3) aVL
- 4) III

77. УГОЛ АЛЬФА, ЕСЛИ В I ОТВЕДЕНИИ АМПЛИТУДА R=S, А В AVF АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ $+90$
- 2) $+120$
- 3) $+180$
- 4) -100

78. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА RQ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ 0,12-0,20
- 2) менее 0,10
- 3) более 0,25
- 4) от 0,20 до 0,40

79. СТРЕСС-ЭХОКГ МИОКАРДА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ

- 1)+ оценке жизнеспособности миокарда
- 2) диагностике ИМ
- 3) анализе нарушений АВ- проводимости
- 4) анализе нарушений ритма сердца

80. РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПО ЭХО-КГ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ двойного контура стенки аорты
- 2) митральной регургитации
- 3) кальциноза стенок аорты
- 4) аортальной регургитации

81. У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ дилатацию всех камер сердца
- 2) дилатацию левого предсердия
- 3) уменьшение объема камер сердца
- 4) гипертрофию стенок сердца

82. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕСТОМ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАПИЛЛОМЫ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ папиллярная мышца
- 2) нижняя полая вена
- 3) правый желудочек
- 4) легочная артерия

83. ПРИ ЭХО-КГ ИССЛЕДОВАНИИ ДИЛАТАЦИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ, ОТСУТСТВИЕ ЕЕ РЕАКЦИИ НА ВДОХ, ЖИДКОСТЬ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ тампонады сердца
- 2) констриктивного перикардита
- 3) экссудативного перикардита
- 4) инфаркта миокарда

84. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1)+ преходящий подъём сегмента ST
- 2) отклонение электрической оси сердца вправо
- 3) полная блокада левой ножки пучка Гисса
- 4) формирование патологического зубца Q

85. ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА НАИБОЛЕЕ ТРУДНО ЛОЦИРОВАТЬ КЛАПАН

- 1)+ легочной артерии
- 2) митральный
- 3) трикуспидальный
- 4) аортальный

86. В СЛУЧАЕ СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ДОППЛЕРОВСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ увеличение скорости потока
- 2) уменьшение скорости потока
- 3) поток митральной регургитации
- 4) нарушение диастолической функции

87. СИНУСОВЫЙ УЗЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНТРОМ АВТОМАТИЗМА _____ ПОРЯДКА

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

88. ДВУХФАЗНЫЙ ЗУБЕЦ R В НОРМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ V1
- 2) aVR
- 3) aVF
- 4) aVL

89. ПРИЗНАКОМ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кальцификация листков перикарда
- 2) истончение листков перикарда
- 3) отсутствие расхождения листков перикарда
- 4) наличие жидкости в полости перикарда

90. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дилатация левого и правого желудочка
- 2) гипертрофия левого желудочка
- 3) обструкция выносящего тракта левого желудочка
- 4) уменьшение раннего диастолического наполнения левого желудочка

91. УГОЛ АЛЬФА, ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ AVF R=S, А В I ОТВЕДЕНИИ АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ 0
- 2) +30
- 3) +90
- 4) -90

92. ПРИ СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ ВВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ПРОИЗВОДИТСЯ В

- 1)+ устье правой и левой коронарных артерий раздельно
- 2) кубитальную, паховую или подключичную вену
- 3) огибающую артерию и ветви правой коронарной артерии
- 4) устье аорты и основной ствол левой коронарной артерии

93. УЧАСТОК НАРУШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ВИДЕ ДИСКИНЕЗИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ аневризмы сердца
- 2) крупноочагового инфаркта миокарда
- 3) гипертрофической кардиомиопатии
- 4) мелкоочагового инфаркта миокарда

94. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ

- 1)+ Q III, SI
- 2) блокады правой ножки пучка Гиса
- 3) отрицательных зубцов T в V 1-V 3
- 4) предсердной экстрасистолии

95. БОЛЬШОЙ ОБЪЁМ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

- 1)+ более 500
- 2) более 1200
- 3) до 300
- 4) до 100

96. РЕПОЛЯРИЗАЦИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ В НОРМЕ НАПРАВЛЕНА

- 1)+ от эпикарда к эндокарду
- 2) от эндокарда к эпикарду
- 3) от перикарда к эпикарду, а затем к эндокарду
- 4) в неопределённом направлении

97. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА ЭКГ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ II, III, AVF ДИАГНОСТИРУЕТСЯ _____ ИНФАРКТ МИОКАРДА

- 1)+ нижний
- 2) передне-перегородочный
- 3) высокий боковой
- 4) задне-базальный

98. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИСТОЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ частоты сердечных сокращений
- 2) положения электрической оси сердца
- 3) поворота вокруг продольной оси против часовой стрелки
- 4) времени внутреннего отклонения

99. ПЕРЕХОДНАЯ ЗОНА (АМПЛИТУДА R=S) В НОРМЕ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ _____ ОТВЕДЕНИЯМ

- 1)+ V3-V4
- 2) V1-V2
- 3) V2-V3
- 4) V5-V6

100. В НОРМЕ КОНЕЧНЫЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ РАЗМЕР ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ У ВЗРОСЛЫХ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ РАВЕН ДО (В ММ)

- 1)+ 56
- 2) 50
- 3) 45
- 4) 60

101. ОБЩИМ ДЛЯ АНЕМИИ, ТИРЕОТОКСИКОЗА, ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, РЕВМАТИЧЕСКОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ШУМ

- 1)+ систолический на верхушке
- 2) систоло-диастолический на основании сердца
- 3) диастолический во 2 межреберье слева от грудины
- 4) мезодиастолический в точке Боткина

102. ПОД РЕГИОНАЛЬНЫМ СНИЖЕНИЕМ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ СТЕНКИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ гипокинезию
- 2) акинезию
- 3) гиперкинезию
- 4) дискинезию

103. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В М- И В-МОДАЛЬНОМ РЕЖИМЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ дилатацию правых отделов сердца
- 2) дилатацию левого предсердия
- 3) дилатацию левого желудочка
- 4) уменьшение размеров правого предсердия

104. ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ФАЗА ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИИ V1 ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ возбуждением левого предсердия
- 2) сокращением правого предсердия
- 3) проведением импульса по пучку Бахмана
- 4) проведением импульса по пучку Кента

105. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ АКЦЕНТ II ТОНА

- 1)+ во 2 межреберье слева от грудины
- 2) на верхушке сердца в положении пациента сидя
- 3) над основанием мечевидного отростка
- 4) в точке Боткина-Эрба в горизонтальном положении

106. ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ резко возрастает
- 2) остается нормальным
- 3) понижается
- 4) сначала снижается, а затем становится нормальным

107. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ

- 1)+ признака QIII SI
- 2) синусовой брадикардии
- 3) предсердных экстрасистол
- 4) атрио-вентрикулярной блокады

108. ВЫРАЖЕННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СКОРОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО КРОВОТОКА ОТ ФАЗ ДЫХАНИЯ В ПРИСУТСТВИИ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ тампонады сердца
- 2) инфаркта миокарда
- 3) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
- 4) фибрилляции предсердий

109. БОЛЬШОЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

- 1)+ более 500
- 2) 400
- 3) 300
- 4) 150

110. НАЛИЧИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ДИЛАТАЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СБРОСА СЛЕВА НАПРАВО И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В АНАМНЕЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ аритмогенной дисплазии правого желудочка
- 2) легочной гипертензии
- 3) стеноза устья аорты
- 4) инфаркта миокарда левого желудочка

111. СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субкостальная
- 2) супрастернальный доступ
- 3) парастернальный доступ
- 4) апикальная

112. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЦВЕТНОМ ДОППЛЕРОВСКОМ СКАНИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сброс слева направо
- 2) сброс справа налево
- 3) двунаправленный сброс
- 4) отсутствие сброса

113. ПОД РЕГИОНАЛЬНЫМ ОТСУТСТВИЕМ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ СТЕНКИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ акинезию
- 2) гипокинезию
- 3) гиперкинезию
- 4) дискинезию

114. КАКОЙ УЗ-ПРИЗНАК ХАРАКТЕРИЗУЕТ СТЕНОЗ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ?

- 1)+ створки митрального клапана утолщены, движутся однонаправленно
- 2) амплитуда движения створок митрального клапана увеличена
- 3) провисание створок митрального клапана в полость предсердия
- 4) створки митрального клапана движутся в противофазе

115. I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биполярным
- 2) монополярным
- 3) усиленным
- 4) нейтральным

116. ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ТОЛЩИНА СТЕНКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ИЗМЕРЕННАЯ В КОНЦЕ ДИАСТОЛЫ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА, СОСТАВЛЯЕТ ДО (В ММ)

- 1)+ 5
- 2) 7
- 3) 8
- 4) 10

117. У ПАЦИЕНТА 19 ЛЕТ ПРИ ЭХО-КГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ОТКРЫТИЯ СТВОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ДИАСТОЛУ С УВЕЛИЧЕНИЕМ СКОРОСТИ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ митрального стеноза
- 2) дефекта межжелудочковой перегородки сердца (ДМЖП)
- 3) митральной недостаточности
- 4) аортального стеноза

118. НОРМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Q В ЛЕВЫХ ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ (V4-V6) И В ОТВЕДЕНИИ aVL ОТРАЖАЕТ ДЕПОЛЯРИЗАЦИЮ

- 1)+ межжелудочковой перегородки
- 2) передней стенки правого желудочка
- 3) передней стенки левого желудочка
- 4) верхушки сердца и базальной части левого желудочка

119. ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ УГОЛ АЛЬФА СОСТАВЛЯЕТ ОТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ 0 до +30
- 2) +30 до +69
- 3) +70 до +90
- 4) -10 до -30

120. УГОЛ АЛЬФА, ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ AVR R=S, А В III ОТВЕДЕНИИ АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ +120
- 2) +180
- 3) +100
- 4) -120

121. УГОЛ АЛЬФА, ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ AVL R=S, А ВО II ОТВЕДЕНИИ ЗУБЕЦ R НАИБОЛЬШИЙ, СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ +60
- 2) +30
- 3) +90
- 4) -120

122. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СУБМАКСИМАЛЬНАЯ НАГРУЗОЧНАЯ ПРОБА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ДОСТИЖЕНИЕ ____% ОТ МАКСИМАЛЬНОЙ ЧСС

- 1)+ 75
- 2) 50
- 3) 60
- 4) 30

123. ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ УГОЛ АЛЬФА СОСТАВЛЯЕТ ОТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ +70 до +90
- 2) 0 до +39
- 3) +40 до +69
- 4) +91 до +120

124. ПОД КОНЕЧНОЙ ЧАСТЬЮ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА ПОНИМАЮТ

- 1)+ сегмент ST и зубец T
- 2) двухфазный или отрицательный зубец R
- 3) зубец S комплекса QRS
- 4) отрицательный зубец R

125. ПРИ ПОВОРОТЕ СЕРДЦА ВЕРХУШКОЙ ВПЕРЕД НА ЭКГ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ зубец Q в I-II-III отведениях
- 2) блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса
- 3) зубец S в правых грудных отведениях
- 4) передне-верхний полублок левой ножки пучка Гиса

126. РАЗМЕРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ В КОНЦЕ ДИАСТОЛЫ НА УРОВНЕ КОНЦОВ СТВОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (В ММ)

- 1)+ 56
- 2) 45
- 3) 50
- 4) 80

127. СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субкостальная
- 2) супрастернальный доступ
- 3) парастернальный доступ
- 4) апикальная

128. ТОЛЩИНА СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 16-20
- 2) 14-16
- 3) 13-14
- 4) более 20

129. УГОЛ АЛЬФА, ЕСЛИ В ОТВЕДЕНИИ AVL АМПЛИТУДА R НАИБОЛЬШАЯ, А ВО II ОТВЕДЕНИИ R=S, СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ –30
- 2) –120
- 3) +90
- 4) –60

130. ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НАЧИНАЕТСЯ С _____ СЕРДЦА

- 1)+ левой части межжелудочковой перегородки
- 2) правой части межпредсердной перегородки
- 3) базальной части отделов левого желудочка
- 4) верхушки и боковой стенки правого предсердия

131. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В РЕЖИМЕ ЦВЕТНОГО ДОПЛЕРОВСКОГО СКАНИРОВАНИЯ КРОВОТОК ОТ ДАТЧИКА ПРИНЯТО КАРТИРОВАТЬ _____ ЦВЕТОМ

- 1)+ синим
- 2) зеленым
- 3) фиолетовым
- 4) красным

132. ИНТЕРВАЛ QT ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ комплекс QRS, сегмент ST, зубец T
- 2) интервал PQ и желудочковый комплекс
- 3) расстояние в секундах от зубца Р до зубца Т
- 4) все зубцы и интервалы предсердного и желудочкового комплексов

133. ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА РЕГИСТРИРУЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R В/О _____ ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ II стандартном
- 2) усиленном aVL
- 3) I стандартном
- 4) III стандартном

134. ЛУЧШЕ ВСЕГО ОТРАЖАЕТ ПОТРЕБЛЕНИЕ МИОКАРДОМ КИСЛОРОДА ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1)+ двойного произведения
- 2) ЧСС
- 3) АД
- 4) ЧДД

135. ДИЛАТАЦИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ОТСУТСТВИЕ ЕЕ РЕАКЦИИ НА ВДОХ В ПРИСУТСТВИИ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ тампонады сердца
- 2) инфаркта миокарда
- 3) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
- 4) фибрилляции предсердий

136. ТОЛЩИНА СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 13-15
- 2) 10-12
- 3) 16-18
- 4) 19-20

137. ОСЦИЛЛЯЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТОРОКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) дефекта межпредсердной перегородки
- 3) дефекта межжелудочковой перегородки
- 4) аортального стеноза

138. К УЗ-ПРИЗНАКАМ СТЕНОЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ОТНОСЯТ _____ ЕГО СТОРОК

- 1)+ неполное раскрытие и утолщение
- 2) сепарацию
- 3) осцилляцию
- 4) среднесистолическое схождение

139. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ТРАНСЭЗОФАГАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА

- 1)+ миксому, тромбоз ушка левого предсердия
- 2) тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
- 3) острый инфаркт миокарда
- 4) ГКМП

140. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ селективная ангиопульмонография
- 2) ЭКГ
- 3) ЭХО-кардиография
- 4) рентгенологическое исследование

141. ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ СТОРОК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ митрального стеноза
- 2) митральной недостаточности
- 3) аортального стеноза
- 4) дефекта межжелудочковой перегородки

142. ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ПРОГИБ (ПАРУСЕНИЕ) ПЕРЕДНЕЙ СТОРОКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ОГРАНИЧЕНИЕ ЕЕ ПОДВИЖНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ митрального стеноза
- 2) митральной недостаточности
- 3) аортального стеноза
- 4) аортальной недостаточности

143. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В РЕЖИМЕ ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРОВСКОГО СКАНИРОВАНИЯ КРОВОТОК К ДАТЧИКУ ПРИНЯТО КАРТИРОВАТЬ _____ ЦВЕТОМ

- 1)+ красным
- 2) синим
- 3) зеленым
- 4) фиолетовым

144. ОБЩЕПРИНЯТОЙ СТАНДАРТИЗАЦИЕЙ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ПО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОМУ ПАРАМЕТРУ ЯВЛЯЕТСЯ СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПО

- 1)+ ЧСС
- 2) АД
- 3) ЧДД
- 4) сегменту ST

145. ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В

- 1)+ базальном отделе левого желудочка
- 2) правой части межжелудочковой перегородки
- 3) верхушке левого желудочка сердца
- 4) базальной части правого желудочка сердца

146. В НОРМЕ РАЗМЕР ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ У ВЗРОСЛЫХ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ РАВЕН ДО (В ММ)

- 1)+ 40
- 2) 45
- 3) 50
- 4) 35

147. СЕПАРАЦИЯ СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ аортальной недостаточности
- 2) дефекта межпредсердной перегородки
- 3) дефекта межжелудочковой перегородки
- 4) аортального стеноза

148. ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В CM^2)

- 1)+ 4-6
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 1,5

149. ЭКГ ПРИЗНАКАМИ P-MITRALE ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ широкие двугорбые Р зубцы I, II, V_5 - V_6
- 2) высокие Р в грудных отведениях
- 3) широкие двугорбые Р V_1 - V_6
- 4) высокие остроконечные Р зубцы II, III, aVF

150. К ПРИЧИНЕ ПОЯВЛЕНИЯ НА ЭКГ P-PULMONALE ОТНОСЯТ

- 1)+ перегрузку правого предсердия
- 2) перегрузку левого предсердия
- 3) гипертрофию левого желудочка
- 4) гипертрофию правого желудочка

151. ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ ишемической болезни сердца
- 2) миокардита
- 3) перенесённого в прошлом инфаркта миокарда
- 4) перикардита

152. К ИЗМЕНЕНИЯМ НА ИСХОДНОЙ ЭКГ, НЕ ТРЕБУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЕ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 2) исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях V4-6 до 1 мм
- 3) исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF до 1 мм
- 4) полная блокада правой ножки пучка Гиса

153. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗЫ ОПУХОЛЕЙ ДРУГИХ ОРГАНОВ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1)+ перикарде
- 2) клапанах сердца
- 3) папиллярных мышцах
- 4) дополнительных хордах

154. МАРКЕРОМ НАРУШЕНИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цистатин С
- 2) мочевины
- 3) белок
- 4) глюкоза

155. У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРИКАРДЭКТОМИЮ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ДИЛАТАЦИЯ

- 1)+ правых камер сердца
- 2) левых камер сердца
- 3) аорты в восходящем грудном отделе
- 4) аорты в брюшном отделе

156. ИНДЕКС ДЬЮКА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ

- 1)+ ЭКГ стресс-теста
- 2) холтеровского мониторирования ЭКГ
- 3) коронароангиографии
- 4) гамма-сцинтиграфии миокарда с таллием-201

157. ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В МС)

- 1)+ 1600
- 2) 1400
- 3) 1500
- 4) 1700

158. СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ добутамином
- 2) норадреналином
- 3) норэпинефрином
- 4) фенилэфрином

159. II ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ ЭКГ СТРЕСС-ТЕСТУ ПРИ ПОРОГОВОЙ НАГРУЗКЕ _____МЕ (ПО ДАННЫМ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА) ИЛИ _____ВТ (ПО ДАННЫМ ВЭМ)

- 1)+ 4,0-6,9; 75-100
- 2) > 7; > 100
- 3) > 7; > 125
- 4) 4,0-6,9; > 150

160. РЕГИСТРИРОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ГРУДНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V7-V9 И ДОРЗАЛЬНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ПО НЭБУ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ ИНФАРКТЕ

- 1)+ заднебазальном
- 2) правого желудочка
- 3) высоком боковом
- 4) переднем

161. ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА В НОРМЕ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ (В Г/М²)

- 1)+ 49-115
- 2) менее 100
- 3) более 115
- 4) 100-120

162. ПРИ БЛОКАДЕ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЭОС ОБЫЧНО

- 1)+ резко отклонена вправо
- 2) нормальная
- 3) вертикальная
- 4) горизонтальная

163. ЭТАЛОННЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ангиопульмонография
- 2) ЭКГ
- 3) рентгенография лёгких
- 4) сцинтиграфия лёгких

164. СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ УГЛУБЛЁННОГО ИЗУЧЕНИЯ

- 1)+ сократимости миокарда
- 2) функции клапанов сердца
- 3) массы миокарда левого желудочка
- 4) лёгочной гемодинамики

165. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ» НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ МСКТ легких с контрастированием легочной артерии
- 2) УЗИ брюшной полости
- 3) определения уровня АЧТВ
- 4) рентгенографии легких

166. В НОРМЕ ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ увеличение ударного объёма
- 2) уменьшение ударного объёма
- 3) увеличение конечного систолического объёма
- 4) появление зон асинергии левого желудочка

167. ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ВЫЧИСЛЯЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ

- 1)+ $(\text{КДО}-\text{КСО})/\text{КДО}$
- 2) $(\text{КДО}-\text{КСО})/1/2(\text{КДО}+\text{КСО})$
- 3) $(\text{КДО}-\text{КСО})/(\text{КДО}+\text{КСО})$
- 4) $(\text{КДР}-\text{КСР})/(\text{КДР}+\text{КСР})$

168. ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕМ АД ПРИ ПЕРЕХОДЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЧЕРЕЗ _____ МИН И СНИЖЕНИЕМ

- 1)+ 3; САД более чем на 20 мм рт.ст. и ДАД более чем на 10 мм рт.ст.
- 2) 1; САД и ДАД более чем на 20 мм рт.ст.
- 3) 5; САД и ДАД более чем на 10 мм рт.ст.
- 4) 5; САД и ДАД более чем на 25 мм рт.ст.

169. ДЛЯ УГЛУБЛЁННОГО ИЗУЧЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ тканевое доплеровское исследование
- 2) постоянно-волновая доплерография
- 3) цветное доплеровское картирование по скорости
- 4) цветное доплеровское картирование по энергии

170. К ПРИЧИНЕ ПОЯВЛЕНИЯ НА ЭКГ P-MITRALE ОТНОСЯТ

- 1)+ дилатацию левого предсердия
- 2) дилатацию правого предсердия
- 3) гипертрофию правого желудочка
- 4) гипертрофию левого желудочка

171. ДВОЙНОЕ ПРОИЗВЕДЕНИЕ – ПОКАЗАТЕЛЬ, В ОПРЕДЕЛЕННОЙ СТЕПЕНИ ОТРАЖАЮЩИЙ ПОТРЕБНОСТЬ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ ПРОИЗВЕДЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА

- 1)+ систолическое артериальное давление
- 2) динамическое диастолическое артериальное давление
- 3) среднее артериальное давление
- 4) на давление заклинивания легочных капилляров

172. ПРИ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕГМЕНТ ST РАСПОЛОЖЕН _____ ИЗОЛИНИИ С ДУГОЙ, ОБРАЩЁННОЙ ВЫПУКЛОСТЬЮ

- 1)+ ниже; книзу
- 2) выше; кверху
- 3) выше; книзу
- 4) ниже; кверху

173. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИ НЕИЗМЕНЕННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проба с внутрикоронарным введением эргометрина или ацетилхолина
- 2) проба с дозированной физической нагрузкой
- 3) чреспищеводная электрокардиостимуляция
- 4) дипиридамовая проба

174. КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

- 1)+ 10-50
- 2) 80-100
- 3) 110-120
- 4) 150-200

175. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЯ

- 1)+ левого желудочка
- 2) правого желудочка
- 3) левого предсердия
- 4) правого предсердия

176. ПОКАЗАТЕЛЕМ, КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ D-димер
- 2) мочева кислота
- 3) креатинфосфокиназа
- 4) ПТИ

177. ЗУБЕЦ Р В НОРМЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ В ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ V_{1-6}
- 2) I
- 3) II
- 4) aVF

178. ЛЕГОЧНЫЕ ВЕНЫ ВПАДАЮТ В

- 1)+ левое предсердие
- 2) правое предсердие
- 3) коронарный синус
- 4) ушко правого предсердия

179. ЭКГ ПРИЗНАКАМИ R-PULMONALE ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ высокие остроконечные R зубцы II, III, aVF
- 2) высокие R в грудных отведениях
- 3) широкие двугорбые R V_{1-6} - V_{6-6}
- 4) широкие двугорбые R зубцы I, II, V_{5-5} - V_{6-6}

180. ТОЛЩИНА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 0,6-0,9
- 2) 0,9-1,0
- 3) 1,1-1,3
- 4) 1,3-1,5

181. ДИЛЯТАЦИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ карциноидного синдрома
- 2) кардиомиопатии такоцубо
- 3) аортальной недостаточности
- 4) подклапанного аортального стеноза

182. ТОЛЩИНА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 0,6-1,0
- 2) 0,5-0,7
- 3) 1,3-1,5
- 4) 1,6-1,9

183. ПОКАЗАТЕЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ

- 1)+ преднагрузки для правого желудочка
- 2) преднагрузки для левого желудочка
- 3) постнагрузки для правого желудочка
- 4) общего легочного сопротивления

184. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ E/E1

- 1)+ >15
- 2) >5
- 3) >1
- 4) <5

185. ЗУБЕЦ Т НА ЭКГ ОТРАЖАЕТ РЕПОЛЯРИЗАЦИЮ

- 1)+ обоих желудочков
- 2) только левого желудочка
- 3) только правого желудочка
- 4) левого желудочка и частично правого желудочка

186. К СПЕЦИФИЧНОМУ ПРИЗНАКУ ИБС НА ЭКГ ОТНОСЯТ

- 1)+ патологические зубцы Q
- 2) изменения сегмента PQ
- 3) блокаду ветвей пучка Гиса
- 4) нарушения ритма сердца

187. ПРИ БЛОКАДЕ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЭОС ОБЫЧНО

- 1)+ резко отклонена влево
- 2) нормальная
- 3) горизонтальная
- 4) умеренно отклонена влево

188. К ЭКГ-ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТЭЛА, ОТНОСЯТ

- 1)+ SI, QIII
- 2) отклонение оси сердца влево
- 3) P-mitrale
- 4) глубокий S V5-V6

189. ТОЛЩИНА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У МУЖЧИН В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 0,6-1,0
- 2) 1,6-1,9
- 3) 1,3-1,5
- 4) 1,0-1,3

190. У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ В СИСТЕМУ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ДИЛАТАЦИЯ

- 1)+ правых камер сердца
- 2) левых камер сердца
- 3) аорты в восходящем грудном отделе
- 4) аорты в брюшном отделе

191. ИНТЕРВАЛ PQ ОТРАЖАЕТ ВРЕМЯ

- 1)+ от начала возбуждения миокарда предсердий до начала возбуждения миокарда желудочков
- 2) проведения импульса по предсердиям
- 3) проведения импульса по АВ-узлу
- 4) проведения импульса по системе Гиса-Пуркинье

192. ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ

- 1)+ появлении ангинозной боли в сочетании с депрессией сегмента ST более 1 мм
- 2) регистрации косовосходящей депрессии сегмента ST до 1 мм
- 3) повышении САД до 180 мм рт.ст. и ДАД до 110 мм рт.ст.
- 4) появлении одышки при достижении субмаксимальной ЧСС

193. ТОЛЩИНА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ЖЕНЩИН В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 0,6-0,9
- 2) 0,9-1,0
- 3) 1,1-1,3
- 4) 1,3-1,5

194. ДЛЯ СТАДИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подъём сегмента ST в виде монофазной кривой
- 2) длительность течения свыше трёх суток
- 3) наличие зубца Q на ЭКГ
- 4) инверсия зубца T

195. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стриктура пищевода
- 2) сахарный диабет 1 типа
- 3) искусственная вентиляция лёгких
- 4) инфекционный эндокардит

196. НАИБОЛЕЕ ШИРОКО РАСПРОСТРАНЁННЫМ МЕТОДОМ ИЗУЧЕНИЯ ЛЁГОЧНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) электрокардиография
- 3) тетраполярная реография
- 4) радиоизотопный метод

197. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фракция выброса
- 2) ударный объём
- 3) конечный систолический размер левого желудочка
- 4) конечный систолический объём

198. ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смещение переходной зоны влево
- 2) выраженное отклонение оси QRS влево
- 3) укорочение интервалов PQ
- 4) нарушение процессов реполяризации

199. ЧАСТЬ ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ, КОТОРАЯ ПРИХОДИТСЯ НА ДОЛЮ РЕЗИСТИВНЫХ СОСУДОВ, СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 50
- 2) 20
- 3) 70
- 4) 30

200. ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПОКОЕ И ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ДАВЛЕНИЕ

- 1)+ конечно-диастолическое
- 2) конечно-систолическое
- 3) средне-гемодинамическое
- 4) максимальное систолическое

201. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА КРОВОТОК В ОСНОВНОМ НОСИТ ЛАМИНАРНЫЙ ХАРАКТЕР В

- 1)+ участках сосудов без разветвлений, естественных сужений и изгибов
- 2) участках разветвлений и изгибов крупных артерий
- 3) местах разветвлений аорты
- 4) участках естественного сужения крупных артерий

202. ВЕЛИЧИНА ДАВЛЕНИЯ ЗАКЛИНИВАНИЯ В ЛЁГОЧНЫХ КАПИЛЛЯРАХ, ПРИ КОТОРОМ НАЧИНАЕТСЯ РАЗВИТИЕ ОТЁКА ЛЁГКИХ, СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ около 30
- 2) 20-25
- 3) 15-20
- 4) более 35

203. ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ВЕЛИЧИНЕ ИНДЕКСА МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЕЕ (В Г/М²)

- 1)+ 95
- 2) 110
- 3) 125
- 4) 100

204. I ТОН СЕРДЦА ВОЗНИКАЕТ В ПЕРИОД

- 1)+ изоволюмического сокращения
- 2) систолы предсердий
- 3) быстрого кровенаполнения желудочков
- 4) изоволюмического расслабления

205. ДЛЯ ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ закрытие полулунных клапанов аорты и лёгочной артерии
- 2) протекание пассивно крови из предсердий в желудочки
- 3) быстрое и сильное сокращение желудочков
- 4) падение давления в желудочках до уровня давления в предсердиях

206. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ усилением силы и скорости сокращения предсердий и желудочков
- 2) усилением возбудимости миокарда
- 3) увеличением проводимости электрических импульсов через АВ-узел
- 4) увеличением сократимости миокарда и частоты сердечных сокращений

207. НА ФОНЕ СИНУСОВОГО РИТМА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ

- 1)+ митрального клапана
- 2) лёгочной артерии
- 3) трикуспидального клапана
- 4) аортального клапана

208. ЗУБЕЦ Q НА ЭКГ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ОТРАЖАЕТ

- 1)+ возбуждение межжелудочковой перегородки
- 2) время активации желудочков
- 3) возбуждение основания правого желудочка
- 4) электрическую систолу желудочков

209. В ФАЗЕ МЕДЛЕННОГО НАПОЛНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ выравнивание давления в предсердиях и желудочках и замедление наполнения желудочков
- 2) падение давления в желудочках по сравнению с магистральными сосудами в результате расслабления желудочков
- 3) пассивное поступление крови из предсердий в желудочки за счёт разницы давления
- 4) повышение давления в желудочках по сравнению с предсердиями и открытие атриовентрикулярных клапанов

210. ЁМКОСТНЫМИ СЧИТАЮТСЯ СОСУДЫ, СТЕНКИ КОТОРЫХ СОСТОЯТ ИЗ

- 1)+ толстого гладкомышечного слоя и имеют широкий просвет
- 2) толстого гладкомышечного слоя и имеют узкий просвет
- 3) небольшого количества эластических и мышечных волокон, но богатые соединительной тканью
- 4) большого количества эластических волокон

211. ВО II ОТВЕДЕНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ РАЗНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛОВ МЕЖДУ ЭЛЕКТРОДАМИ, РАСПОЛОЖЕННЫМИ НА

- 1)+ правой руке и левой ноге
- 2) левой и правой руках
- 3) левой руке и левой ноге
- 4) правой и левой ногам

212. ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ теста с 6-минутной ходьбой
- 2) теста чреспищеводной ЭКС
- 3) пробы Шалкова
- 4) теста с бегом на 100 метров

213. ПОЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ ПЕРВОЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ФАЗЫ ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИИ V1 СВЯЗЫВАЮТ С

- 1)+ возбуждением правого предсердия
- 2) развитием инфаркта предсердий
- 3) возбуждением левого предсердия
- 4) возбуждением обоих предсердий

214. ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ВЕЛИЧИНЕ ИНДЕКСА МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЕЕ (В Г/М²)

- 1)+ 115
- 2) 120
- 3) 135
- 4) 95

215. КАРДИО-ТОРАКАЛЬНЫЙ ИНДЕКС ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

- 1)+ соотношению поперечника сердца к поперечнику грудной клетки
- 2) ширине сосудистого пучка сердца
- 3) размеру правого желудочка
- 4) размеру сердца в поперечнике

216. ВЕЛИЧИНА КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 9-12
- 2) 20-22
- 3) 15-18
- 4) 5-8

217. ВЕЛИЧИНА СРЕДНЕГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 8-12
- 2) 12-14
- 3) 18-21
- 4) 25-30

218. СИСТОЛА ЖЕЛУДОЧКОВ НАЧИНАЕТСЯ С ФАЗЫ

- 1)+ асинхронного сокращения
- 2) выброса крови
- 3) быстрого наполнения желудочков
- 4) изоволюмического сокращения желудочков

219. К РЕЗИСТИВНЫМ СОСУДАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ концевые артерии и артериолы
- 2) аорта и лёгочная артерия
- 3) артерии, артериолы и капилляры
- 4) истинные капилляры

220. ДИАСТОЛА ЖЕЛУДОЧКОВ СОСТОИТ ИЗ _____ ФАЗ

- 1)+ 5
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 3

221. РЕЗИСТИВНЫМИ СЧИТАЮТСЯ СОСУДЫ, СТЕНКИ КОТОРЫХ СОСТОЯТ ИЗ

- 1)+ толстого гладкомышечного слоя и имеют узкий просвет
- 2) толстого гладкомышечного слоя и имеют широкий просвет
- 3) большого количества эластических волокон
- 4) одного слоя эндотелиальных клеток без гладкомышечных элементов

222. ПО ДАННЫМ ЭХОКГ О ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ ТИПЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ фракция выброса левого желудочка > 65%
- 2) объём ударного выброса левого желудочка 55-75 мл
- 3) наличие гипертрофии левого желудочка
- 4) артериальное давление выше 140/90 мм рт.ст.

223. УМЕНЬШЕНИЕ ПРИТОКА ВЕНОЗНОЙ КРОВИ К СЕРДЦУ И СООТВЕТСТВЕННО МИНУТНОГО ОБЪЁМА КРОВИ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ при переходе обследуемого в вертикальное положение
- 2) во время психоэмоционального напряжения
- 3) при увеличении насосной функции скелетных мышц
- 4) при переходе обследуемого из вертикального положения в горизонтальное

224. ОПТИМАЛЬНОЙ ПОЗИЦИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕЛОВ ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парастернальная позиция по короткой оси на уровне корня аорты
- 2) парастернальная позиция по короткой оси на уровне митрального клапана
- 3) верхушечная (апикальная) 4 камерная позиция
- 4) верхушечная 2 камерная позиция

225. ПРИНЦИП МЕТОДА РЕОГРАФИИ В КЛИНИКЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕГИСТРАЦИИ

- 1)+ пульсовых колебаний импеданса тканей
- 2) пульсовых колебаний стенок артерий
- 3) акустического сопротивления тканей
- 4) биоэлектрических импульсов изучаемых органов

226. ВТОРАЯ ДУГА ПРАВОГО КОНТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ В НОРМЕ ОБРАЗОВАНА

- 1)+ правым предсердием
- 2) правым желудочком
- 3) легочной артерией
- 4) восходящим отделом аорты

227. НА СКОРОСТЬ КРОВотоКА ВЛИЯЕТ

- 1)+ разница давления между артериальной и венозной системами кровообращения
- 2) расслабление прекапиллярных сфинктеров
- 3) разница давления между прекапиллярной и посткапиллярной участками кровотока
- 4) сокращение прекапиллярных сфинктеров

228. II ТОН СЕРДЦА ВОЗНИКАЕТ В ПЕРИОД

- 1)+ протодиастолический
- 2) систолы предсердий
- 3) изоволюмического расслабления
- 4) быстрого кровенаполнения желудочков

229. ПОКАЗАТЕЛЕМ, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ минутный объем крови
- 2) конечно-диастолический объем левого желудочка
- 3) общее периферическое сосудистое сопротивление
- 4) конечно-систолический объем левого желудочка

230. ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЖЕЛУДОЧКА ОЗНАЧАЕТ

- 1)+ процентное отношение ударного объема крови к конечно-диастолическому объему желудочков
- 2) отношение ударного объема крови к конечно-систолическому объему желудочков
- 3) количество крови, выбрасываемое в магистральные артерии во время систолы желудочков
- 4) отношение ударного объема крови к площади поверхности тела

231. ВЕЛИЧИНА КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ПРАВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 4-6
- 2) 12-14
- 3) 8-12
- 4) 25-30

232. ПОДОЗРЕНИЕ НА ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ВОЗНИКАЕТ, ЕСЛИ

- 1)+ имеются комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6
- 2) имеется комплекс QS в отведениях V1-V2
- 3) отсутствует зубец Q в отведениях V5-V6 зубца R в отведениях V5-V6
- 4) длительность комплекса QRS превышает 0,12 сек

233. К АМОРТИЗИРУЮЩИМ СОСУДАМ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ аорта и лёгочная артерия
- 2) нижняя и верхняя полые вены
- 3) истинные капилляры
- 4) артериолы

234. ПАДЕНИЕ КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО

- 1)+ гиповолемией
- 2) перегрузкой объёмом (гиперволемией)
- 3) стенозом устья аорты
- 4) снижением сократимости миокарда левого желудочка

235. ДЛЯ ФАЗЫ ИЗОВОЛНОМИЧЕСКОГО РАССЛАБЛЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ХАРАКТЕРНО СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА, КОГДА

- 1)+ все клапаны герметически закрыты и объём желудочков не меняется
- 2) атриовентрикулярные клапаны открыты, а полулунные клапаны закрыты
- 3) объём желудочков увеличивается и полулунные клапаны открыты
- 4) митральные клапаны закрыты, а полулунные клапаны открыты

236. В НОРМЕ ВЕЛИЧИНА ДАВЛЕНИЯ ЗАКЛИНИВАНИЯ В ЛЁГОЧНЫХ КАПИЛЛЯРАХ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 8-12
- 2) 2-6
- 3) 20-25
- 4) 28-30

237. В III ОТВЕДЕНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ РАЗНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛОВ МЕЖДУ ЭЛЕКТРОДАМИ, РАСПОЛОЖЕННЫМИ НА

- 1)+ левой руке и левой ноге
- 2) левой и правой руках
- 3) правой руке и левой ноге
- 4) правой и левой ногах

238. ПРИ ОПРЕДЕЛЁННЫХ УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ IV ТОН СЕРДЦА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В КОНЦЕ ФАЗЫ

- 1)+ систолы предсердий
- 2) изоволюмического расслабления желудочков
- 3) быстрого наполнения желудочков
- 4) медленного наполнения желудочков

239. ОРГАНИЗМ ОБСЛЕДУЕМОГО ПОДВЕРГАЕТСЯ НАИБОЛЬШЕЙ ДОЗИРОВКЕ ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- 1)+ позитронно-эмиссионной (двухфотонной) компьютерной томографии
- 2) внутрисосудистого ультразвукового исследования
- 3) мультиспиральной компьютерной томографии
- 4) рентгенографии органов грудной клетки

240. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ОТТОКА КРОВИ ИЗ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ

- 1)+ аортального клапана
- 2) лёгочной артерии
- 3) трикуспидального клапана
- 4) митрального клапана

241. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ПОСТКАПИЛЛЯРНОЙ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОГРАММЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перераспределение кровотока между верхними и нижними полями лёгких
- 2) выбухание дуги лёгочной артерии
- 3) наличие горизонтальных линий Керли
- 4) наличие свободной жидкости в косто-диафрагмальных синусах

242. НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЗАТРУДНИТЕЛЬНОМ ОТТОКЕ ИЗ НЕГО ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ венозным застоем
- 2) гиповолемией
- 3) гипervолемией
- 4) нормальным легочным кровотоком

243. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИЙ И СТРУКТУР СЕРДЦА НА КЛЕТОЧНОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ позитронно-эмиссионная (двухфотонная) компьютерная томография
- 2) катетеризация сердца
- 3) мультиспиральная компьютерная томография
- 4) магнитно-резонансная томография

244. К ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ сохранение правильного синусового ритма с частотой менее 50 в минуту
- 2) наличие широкого комплекса QRS
- 3) отсутствие зубцов Р на ЭКГ
- 4) колебания продолжительности интервалов Р-Р, которые превышают 0,15 с при частоте синусового ритма 60-90 в минуту

245. ПРИ ОПРЕДЕЛЁННЫХ УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ III ТОН СЕРДЦА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В КОНЦЕ ФАЗЫ

- 1)+ быстрого наполнения желудочков
- 2) систолы предсердий
- 3) изоволюмического расслабления желудочков
- 4) медленного наполнения желудочков

246. ГЛАВНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ АРТЕРИОЛ, КОТОРАЯ ПОМОГАЕТ РЕГУЛИРОВАТЬ ОБЪЁМНУЮ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В РАЗЛИЧНЫХ СОСУДИСТЫХ БАССЕЙНАХ И РАСПРЕДЕЛЯТЬ КРОВЬ ПО РАЗНЫМ ОРГАНАМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ существенное изменение артериолами своего просвета
- 2) депонирование части циркулирующей крови за счёт анастомозов между артериолами и предкапиллярами
- 3) создание сети между артериолами
- 4) депонирование части циркулирующей крови за счёт анастомозов между артериолами и венами

247. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выбухание второй дуги по левому контуру в прямой проекции
- 2) удлинение нижней дуги по левому контуру во II косом положении
- 3) повышение прозрачности легочных полей
- 4) сдвиг правого сердечно-сосудистого угла вниз на прямой рентгенограмме

248. В I ОТВЕДЕНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ РАЗНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛОВ МЕЖДУ ЭЛЕКТРОДАМИ, РАСПОЛОЖЕННЫМИ НА

- 1)+ левой и правой руках
- 2) правой руке и левой ноге
- 3) левой руке и левой ноге
- 4) правой и левой ногах

249. ДЛЯ КОНТРАСТИРОВАНИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ йогексол
- 2) натрия амидотризоат
- 3) верографин
- 4) воздух

250. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЛОКАДЫ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резкое отклонение электрической оси вправо
- 2) отклонение электрической оси вправо
- 3) расширение комплекса QRS $> 0,10$
- 4) деформация комплекса QRS

251. КОРОНАРОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ В

- 1)+ рентгенооперационной
- 2) кардиохирургической операционной
- 3) перевязочном кабинете
- 4) рентгеновском кабинете

252. ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ АОРТОЙ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ В СИСТОЛУ ПРИ УМЕРЕННОМ СУБАОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 30-50
- 2) 10-30
- 3) 5-10
- 4) 50-60

253. РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТСУТСТВИЕ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ СТЕНКИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ акинезией
- 2) гипокинезией
- 3) гиперкинезией
- 4) дискинезией

254. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ сцинтиграфию
- 2) компьютерную томографию
- 3) рентгенографию
- 4) внутрисосудистое УЗ исследование коронарных артерий

255. ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ТРАНСМИТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОЗИЦИЯ

- 1)+ апикальная
- 2) субкостальная
- 3) супрастеральная
- 4) парастеральная

256. К УЗИ-ПРИЗНАКАМ СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ утолщение створок митрального клапана
- 2) увеличение амплитуды движения створок митрального клапана
- 3) провисание створок митрального клапана в полость левого предсердия
- 4) движение створок митрального клапана в противофазе

257. РАЗМЕР ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ У ВЗРОСЛЫХ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ не более 40
- 2) 45-46
- 3) 50
- 4) 35-37

258. К ПОЗИЦИОННЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1)+ отрицательный Т в отведениях V1-2
- 2) уширение комплекса QRS до 0,10 сек
- 3) снижение амплитуды R между любой из пар отведений: V2-V3, V3-V4, V4-V5, V5-V6
- 4) подъем сегмента ST в отведениях V5-V6

259. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ непереносимость контрастного вещества
- 2) высокий класс стенокардии
- 3) состояние после острого нарушения мозгового кровообращения
- 4) вирусный гепатит С в анамнезе

260. ОПТИМАЛЬНОЙ ПОЗИЦИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парастернальная
- 2) надкостальная
- 3) супрастернальная
- 4) паравертебральная

261. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТИПА КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОРИЕНТИРУЮТСЯ ПО

- 1)+ задней межжелудочковой артерии
- 2) передней межжелудочковой артерии
- 3) стволу левой коронарной артерии
- 4) огибающей артерии

262. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В РЕЖИМЕ ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРОВСКОГО СКАНИРОВАНИЯ КРОВОТОК ОТ ДАТЧИКА КАРТИРУЕТСЯ _____ ЦВЕТОМ

- 1)+ синим
- 2) зеленым
- 3) фиолетовым
- 4) красным

263. ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТОЯНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ОЦЕНИВАЮТ В СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИИ

- 1)+ субкостальной
- 2) супрастернальной
- 3) парастернальной
- 4) апикальной

264. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ АМЕРИКАНСКОГО ОБЩЕСТВА ЭХОКАРДИОГРАФИИ МИОКАРД ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ____ СЕГМЕНТОВ

- 1)+ 16
- 2) 15
- 3) 17
- 4) 14

265. КОНЕЧНЫЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ РАЗМЕР ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ У ВЗРОСЛЫХ В НОРМЕ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ СОСТАВЛЯЕТ ДО (В ММ)

- 1)+ 56
- 2) 50-52
- 3) 45-46
- 4) 60

266. ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСТОЯНИЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ОЦЕНИВАЮТ В СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИИ

- 1)+ субкостальной
- 2) супрастернальной
- 3) парастернальной
- 4) апикальной

267. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРОМ, ПО КОТОРОМУ ЛУЧШЕ СТАНДАРТИЗИРОВАТЬ ПРОБУ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ частота сердечных сокращений
- 2) величина периферического артериального давления
- 3) нарастание частоты дыхательных движений
- 4) депрессия или элевация сегмента ST

268. НИЖНЯЯ ДУГА ПРАВОГО КОНТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ОБРАЗОВАНА

- 1)+ правым предсердием
- 2) правым желудочком
- 3) легочной артерией
- 4) восходящим отделом аорты

269. ПОД ДИСКИНЕЗИЕЙ СТЕНКИ СЕРДЦА ПОНИМАЮТ ЕЁ ВЫПАЧИВАНИЕ

- 1)+ кнаружи в систолу
- 2) внутрь в диастолу
- 3) кнаружи в диастолу
- 4) внутрь в систолу

270. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУП

- 1)+ через бедренную артерию по методу Сельдингера
- 2) через доступ в V межреберье
- 3) транслюмбально через брюшную аорту
- 4) через бедренную вену по методу Сельдингера

271. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коронарография
- 2) доплерография
- 3) УЗИ
- 4) сцинтиграфия миокарда

272. К УЗИ-ПРИЗНАКАМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ОТНОСЯТ

- 1)+ сепарацию створок аортального клапана
- 2) неполное раскрытие створок аортального клапана
- 3) среднесистолическое схождение створок аортального клапана
- 4) осцилляцию и трепетание створок аортального клапана

273. ПРИ ПУНКЦИИ СЕРДЕЧНОЙ СОРОЧКИ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРИЛЕЖАЩИМ К ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ передний нижний карман перикарда
- 2) задний нижний карман перикарда
- 3) боковой карман перикарда
- 4) задний верхний карман перикарда

274. У БОЛЬНОГО ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВИЛАСЬ ДИЛАТАЦИЯ ВСЕХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ дилатационной кардиомиопатии
- 2) аортальной недостаточности
- 3) изолированного митрального стеноза
- 4) острого инфаркта миокарда

275. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ «КОМБИНИРОВАННЫЙ МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ доплерография
- 2) перфузионная сцинтиграфия
- 3) рентгеновская компьютерная томография
- 4) селективная ангиография

276. РАЗМЕР ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В АПИКАЛЬНОЙ 4-КАМЕРНОЙ ПОЗИЦИИ В ДИАСТОЛУ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ДО (В ММ)

- 1)+ 36
- 2) 45
- 3) 50
- 4) 80

277. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБЫЗВЕЩЕНИЯ СТЕНОК АОРТЫ ПРИ ЕЕ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенография
- 2) рентгеноскопия
- 3) аортография
- 4) рентгеноскопия с контрастированием пищевода

278. ПОКАЗАТЕЛЕМ, КОТОРЫЙ ЛУЧШЕ ВСЕГО ОТРАЖАЕТ ПОТРЕБЛЕНИЕ МИОКАРДОМ КИСЛОРОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двойное произведение
- 2) частота сердечных сокращений
- 3) периферическое артериальное давление
- 4) частота дыхательных движений

279. RG-ПРИЗНАКОМ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение количества легочных тяжей
- 2) увеличение ширины легочных тяжей
- 3) расширение корней легких
- 4) увеличение путей притока правого желудочка

280. К НАИБОЛЕЕ ТОЧНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ коронарографию
- 2) эхокардиографию
- 3) электрокардиографию
- 4) нагрузочные пробы

281. НАЛИЧИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ДИЛАТАЦИЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СБРОСА СЛЕВА НАПРАВО И ПРИ НАЛИЧИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В АНАМНЕЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ аритмогенной дисплазии
- 2) легочной артериальной гипертензии
- 3) критического стеноза устья аорты
- 4) инфаркта миокарда левого желудочка

282. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ «ПРОЛАБИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) доплерография
- 3) перфузионная сцинтиграфия
- 4) селективная ангиография

283. КРОВОТОК В ВЫНОСЯЩЕМ ТРАКТЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ДОПЛЕРОВСКОМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОЦЕНИВАЮТ В СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИИ

- 1)+ парастеральной
- 2) надкостальной
- 3) супрастеральной
- 4) апикально-субкостальной

284. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МИОКАРДИАЛЬНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сцинтиграфия миокарда
- 2) коронарография
- 3) доплерография
- 4) УЗИ

285. РЕГИОНАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ СТЕНКИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ гипокинезией
- 2) ложной акинезией
- 3) частичной гиперкинезией
- 4) глобальной дискинезией

286. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ «ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЕРИКАРДИТ, СЕРДЕЧНАЯ АСТМА. ЭХОКГ: ВИЗУАЛИЗАЦИЯ СЕРДЦА ЗАТРУДНЕНА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенография
- 2) вентрикулография
- 3) доплерография
- 4) перфузионная сцинтиграфия

287. ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОЗИЦИЯ

- 1)+ парастеральная
- 2) надкостальная
- 3) супрастеральная
- 4) апикально-парастеральная

288. РАЗМЕР ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В АПИКАЛЬНОЙ 4-КАМЕРНОЙ ПОЗИЦИИ В ДИАСТОЛУ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ДО (В ММ)

- 1)+ 38
- 2) 44
- 3) 30
- 4) 10

289. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА

- 1)+ миксому, тромбоз ушка левого предсердия
- 2) тромбоэмболию мелких ветвей легочной артерии
- 3) острый инфаркт миокарда правого желудочка
- 4) гипертрофическую и дилатационную кардиомиопатию

290. КОРОНАРОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ НА

- 1)+ ангиографической установке
- 2) компьютерном томографе
- 3) магнитнорезонансном томографе
- 4) рентгеновском аппарате

291. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В РЕЖИМЕ ЦВЕТНОГО ДОПЛЕРОВСКОГО СКАНИРОВАНИЯ КРОВОТОК К ДАТЧИКУ КАРТИРУЕТСЯ _____ ЦВЕТОМ

- 1)+ красным
- 2) темно-синим
- 3) ярко зеленым
- 4) фиолетовым

292. ДЛЯ РАДИОНУКЛИДНОЙ АНГИОКАРДИОГРАФИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ ^{99m}Tc пертехнетат
- 2) ^{99m}Tc пирофосфат
- 3) ^{201}Tl хлорид
- 4) ^{99m}Tc дифосфат

293. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ИССЛЕДОВАНИЕ С ^{99m}Tc ПИРОФОСФАТОМ НАЗНАЧАЕТСЯ ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 24-36 часов
- 2) 2 часа
- 3) 1 час
- 4) 8-10 суток

294. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАССЛАИВАЮЩЕЙСЯ АНЕВРИЗМЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) аортография
- 3) УЗИ
- 4) рентгеноконтрастная вентрикулография

295. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ добавочного систолического тона (среднесистолический «клик»)
- 2) ритма «перепела»
- 3) ритма «галопа»
- 4) убывающего диастолического шума в 1-й точке аускультации

296. МЕТОДОМ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ангиопульмонография
- 2) электрокардиография
- 3) ЭХО-кардиография
- 4) рентгенологическое исследование

297. СКОЛЬКО ПРОЦЕНТОВ ОТ МАКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ ДОСТИЖЕНИЕ СУБМАКСИМАЛЬНОЙ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ?

- 1)+ 75%
- 2) до 50%
- 3) 50-60%
- 4) более 30%

298. К УЗИ-ПРИЗНАКАМ СТЕНОЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ОТНОСЯТ

- 1)+ неполное раскрытие, утолщение створок аортального клапана
- 2) сепарацию створок аортального клапана, выпячивание в полость аорты
- 3) осцилляцию и трепетание створок аортального клапана в систолу
- 4) среднесистолическое расхождение створок аортального клапана

299. УГОЛ АЛЬФА ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СЕРДЦА СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ +70 – +90
- 2) +30 – +69
- 3) 0 – +29
- 4) +91 – +119

300. УГОЛ АЛЬФА ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СЕРДЦА СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ 0 – +29
- 2) +30 – +69
- 3) +70 – +90
- 4) +91 – +119

301. УСИЛЕННЫМ ОТВЕДЕНИЕМ ОТ ЛЕВОЙ НОГИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ aVF
- 2) aVR
- 3) aVL
- 4) V3

302. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МЕРЦАНИЯ (ФИБРИЛЛЯЦИИ) ПРЕДСЕРДИЙ НА ЭКГ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие зубца Р
- 2) деформация комплекса QRS
- 3) отрицательный зубец Т
- 4) уширение интервала PQ

303. В КОСТНУЮ ТКАНЬ АКТИВНО ВКЛЮЧАЕТСЯ

- 1)+ технеций-99м-пирофосфат
- 2) таллий-201
- 3) альбумина в виде микросфер
- 4) ксенон-133

304. УВЕЛИЧЕННАЯ АМПЛИТУДА ЗУБЦА U, КОГДА $U > T$, УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ гипокалиемию
- 2) гипонатриемию
- 3) гиперкалиемию
- 4) гипернатриемию

305. ПОД ИНДЕКСОМ МАКРУЗА ПОНИМАЮТ ОТНОШЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ

- 1)+ зубца Р к сегменту PQ
- 2) зубца Р к интервалу PQ
- 3) сегмента PQ к интервалу PQ
- 4) интервала PQ к сегменту PQ

306. ЗУБЕЦ Р ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ОБРАЗУЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ

- 1)+ обоих предсердий
- 2) обоих желудочков
- 3) правого желудочка
- 4) межжелудочковой перегородки

307. ПРИ ПОВОРОТЕ СЕРДЦА ВЕРХУШКОЙ ВПЕРЕД НА ЭКГ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электрическая ось типа QI-QII-QIII
- 2) отклонение электрической оси влево
- 3) отклонение электрической оси вправо
- 4) блокада левой передней ветви пучка Гиса

308. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КОЛЕБАНИЯ ХОРОШО ПРОВОДЯТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ жидкие среды
- 2) воздухоносные полости
- 3) костную ткань
- 4) жировую ткань

309. МЕЖДУ ПРАВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ И ПРАВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ НАХОДИТСЯ _____ КЛАПАН СЕРДЦА

- 1)+ трехстворчатый
- 2) полулунный
- 3) митральный
- 4) одностворчатый

310. НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ ВЛИЯЕТ

- 1)+ частота ритма
- 2) масса тела
- 3) рост
- 4) пол

311. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАДЕРЖКА ИМПУЛЬСА ПРОИСХОДИТ В

- 1)+ атриовентрикулярном узле
- 2) синоатриальном узле
- 3) пучке Гиса
- 4) волокнах Пуркинье

312. ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЗУБЕЦ Р

- 1)+ широкий и двугорбый в отведениях I, II, aVL
- 2) высокий и остроконечный в отведениях II, III, aVF
- 3) изоэлектричный в отведениях I, II, aVL
- 4) не измененный в отведениях II, III, aVF

313. НОРМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Q ДОЛЖЕН ИМЕТЬ

- 1)+ небольшую амплитуду
- 2) асимметричные стороны
- 3) зазубрину на вершине
- 4) закругленную вершину

314. ВРЕМЯ АКТИВАЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ВЫРАЖЕННОЕ В СЕКУНДАХ, НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1)+ 0,03
- 2) 0,04
- 3) 0,05
- 4) 0,06

315. В ОТВЕДЕНИИ AVR ЗУБЕЦ T ВСЕГДА

- 1)+ отрицательный
- 2) положительный
- 3) изоэлектричный
- 4) двухфазный

316. УГОЛ МЕЖДУ ОСЯМИ СТАНДАРТНЫХ (I,II,III) ОТВЕДЕНИЙ ЭКГ СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ 60
- 2) 15
- 3) 30
- 4) 90

317. РАЗНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛОВ МЕЖДУ ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ РУКАМИ РЕГИСТРИРУЕТ ОТВЕДЕНИЕ

- 1)+ I стандартное
- 2) II стандартное
- 3) III стандартное
- 4) усиленное aVL

318. ЕСЛИ МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R В ОТВЕДЕНИИ AVR, РАВНОФАЗНЫЙ КОМПЛЕКС QRS (R=S) В ОТВЕДЕНИИ AVF, ТО В ЭТОМ СЛУЧАЕ УГОЛ АЛЬФА РАВЕН (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ +180
- 2) +210
- 3) +120
- 4) 90

319. I, II, III ОТВЕДЕНИЯ НАЗЫВАЮТСЯ

- 1)+ стандартными
- 2) усиленными
- 3) грудными
- 4) дополнительными

320. УСИЛЕННЫМ ОТВЕДЕНИЕМ ОТ ПРАВОЙ РУКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ aVR
- 2) aVL
- 3) aVF
- 4) V1

321. В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ЛЕВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СОСТОИТ ИЗ _____ДУГ

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

322. ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИХ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ

- 1)+ изменяется
- 2) не изменяется
- 3) не определяется
- 4) отсутствует

323. РЕЗУЛЬТИРУЮЩИЙ ВЕКТОР ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ОТКЛОНЯЕТСЯ

- 1)+ вниз и вперёд
- 2) вверх и назад
- 3) влево
- 4) вправо

324. ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ aVF
- 2) aVL
- 3) aVR
- 4) I

325. ФУНКЦИЯ ВОЗБУДИМОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СПОСОБНОСТЬ СЕРДЦА

- 1)+ возбуждаться под влиянием импульсов
- 2) вырабатывать импульсы, вызывающие возбуждение
- 3) сокращаться в ответ на возбуждение
- 4) проводить импульсы от места их возникновения

326. С ВОЗРАСТОМ НЕ ПОВЫШАЕТСЯ _____ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- 1)+ диастолическое
- 2) пульсовое
- 3) среднее динамическое
- 4) боковое

327. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V7, V8, V9 ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1)+ задне-базальных отделов левого желудочка
- 2) передней стенки левого желудочка
- 3) нижне-боковой стенки левого желудочка
- 4) межжелудочковой перегородки

328. ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВПРАВО МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ В/ВО _____ ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ III
- 2) aVL
- 3) aVF
- 4) II

329. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ аневризму левого желудочка
- 2) хроническую коронарную недостаточность
- 3) гипертоническую болезнь
- 4) повторный инфаркт миокарда

330. ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО КЛЕТКА РАБОЧЕГО МИОКАРДА НЕ СПОСОБНА ОТВЕТИТЬ НА РАЗДРАЖИТЕЛЬ ЛЮБОЙ СИЛЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ периодом абсолютной рефрактерности
- 2) относительным рефрактерным периодом
- 3) фазой экзальтации
- 4) периодом уязвимости

331. ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ $R_{II} > R_I > R_{III}$
- 2) $R_{III} > R_{II} > R_I$
- 3) $R_I > R_{III} > R_{II}$
- 4) $R_{aVL} > R_{aVF}$

332. ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЗУБЕЦ R МАКСИМАЛЬНОЙ АМПЛИТУДЫ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ aVL
- 2) aVR
- 3) aVF
- 4) I

333. ВРЕМЯ АКТИВАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, ВЫРАЖЕННОЕ В СЕКУНДАХ, В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

- 1)+ 0,06
- 2) 0,08
- 3) 0,1
- 4) 0,2

334. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВОЗБУЖДЕННЫХ КЛЕТОК МИОКАРДА СНОВА АКТИВИРОВАТЬСЯ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИМПУЛЬСА ОТРАЖАЕТ ПОНЯТИЕ

- 1)+ рефрактерности
- 2) аберрантности
- 3) проводимости
- 4) сократимости

335. В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПРАВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СОСТОИТ ИЗ _____ ДУГ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

336. ЗУБЕЦ R ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ pulmonale
- 2) mitrale
- 3) изоэлектричным
- 4) расщепленным

337. ВОЗБУДИМОСТЬ СЕРДЦА ПОНИЖЕНА В

- 1)+ начале диастолы
- 2) конце диастолы
- 3) начале систолы
- 4) конце систолы

338. НИЖНЮЮ ДУГУ ПРАВОГО КОНТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ ОБРАЗУЕТ

- 1)+ правое предсердие
- 2) нисходящая аорта
- 3) левая ветвь легочной артерии
- 4) восходящая аорта

339. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение системного перфузионного давления
- 2) повышение вязкости крови
- 3) ухудшение реологических свойств крови
- 4) повышение агрегации форменных элементов крови

340. ЭКГ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РЕДКО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ пролапсе митрального клапана
- 2) гипертонической болезни
- 3) аортальном пороке
- 4) дилатационной кардиомиопатии

341. МЕЖДУ ЛЕВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ И ЛЕВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ НАХОДИТСЯ _____ КЛАПАН СЕРДЦА

- 1)+ митральный
- 2) полулунный
- 3) трехстворчатый
- 4) одностворчатый

342. ВАРИАНТ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ТИПА RSR НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

- 1)+ дефектом межпредсердной перегородки
- 2) митральным стенозом
- 3) митральной недостаточностью
- 4) хроническим обструктивным заболеванием лёгких

343. ОТВЕДЕНИЯ AVR, AVL, AVF НАЗЫВАЮТСЯ

- 1)+ усиленными
- 2) грудными
- 3) дополнительными
- 4) стандартными

344. ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ ЗУБЦЕ R В ОТВЕДЕНИИ AVR, РАВНОФАЗНОМ КОМПЛЕКСЕ QRS (R=S) В ОТВЕДЕНИИ AVL УГОЛ АЛЬФА СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)

- 1)+ -120
- 2) -30
- 3) -90
- 4) +120

345. НОРМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Q ОТРАЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЕПОЛЯРИЗАЦИЮ

- 1)+ межжелудочковой перегородки
- 2) левого желудочка в целом
- 3) верхушки сердца
- 4) правого желудочка

346. НЕБОЛЬШОЙ ОБЪЁМ ВЫПОТА В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ задней поверхности левого желудочка
- 2) боковой поверхности левого желудочка
- 3) передней поверхности правого желудочка
- 4) верхушки сердца

347. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ В НОРМЕ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ 0,12-0,20
- 2) 0,01-0,12
- 3) 0,12-0,22
- 4) 0,10-0,24

348. ЗУБЕЦ R НА ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ деполяризации желудочков
- 2) реполяризации предсердий
- 3) деполяризации предсердий
- 4) реполяризации желудочков

349. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НА ЭКГ МОГУТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

- 1)+ инфарктоподобные изменения
- 2) признаки перегрузки правых камер сердца
- 3) диффузные «корытообразные» изменения сегмента ST
- 4) низкоамплитудные комплексы QRS

350. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБЦА P НА ЭКГ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ 0,1
- 2) 0,2
- 3) 0,12
- 4) 0,01

351. АВ-БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ-1 ОБЫЧНО ВОЗНИКАЕТ НА УРОВНЕ

- 1)+ АВ узла
- 2) ствола пучка Гиса
- 3) СА проведения
- 4) межпредсердного проведения

352. ПЛОЩАДЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ²)

- 1)+ 3-4
- 2) 2-3
- 3) 1-2
- 4) 4-5

353. БЛАГОПРИЯТНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одностороннее изменение амплитуды зубцов R и T
- 2) снижение вольтажа зубцов R и T в большинстве отведений
- 3) появление аритмий
- 4) изменение функции автоматизма

354. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высота R в отведении II $> 2,5$ мм
- 2) двухгорбый зубец R в I отведении
- 3) отрицательный зубец R во II отведении
- 4) ширина зубца R $0,12$ с и более

355. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ВНЕЗАПНОМ ВОЗНИКНОВЕНИИ У ПАЦИЕНТА ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ эхокардиографию сердца
- 2) суточное холтеровское мониторирование
- 3) тилт-тест
- 4) электрокардиографию

356. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ СООТНОШЕНИЙ _____ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

- 1)+ поперечного размера сердца к диаметру
- 2) длинника сердечной тени к диаметру
- 3) высоты сердечной тени к диаметру
- 4) поперечного размера сердца к половине диаметра

357. ВЕДУЩИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окружность талии
- 2) инсулинорезистентность
- 3) избыток массы тела
- 4) дислипидемия

358. ПОКАЗАНИЕМ К КОРОНАРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие типичных стенокардических болей
- 2) отсутствие стенокардических жалоб
- 3) наличие признака гипертрофии левого желудочка на ЭКГ (электрокардиограмма)
- 4) возраст старше 40 лет

359. ЛОКАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ СРЕДИННОЙ ТЕНИ ПОЛУКРУГЛОЙ, ПОЛУОВАЛЬНОЙ ФОРМЫ С РОВНЫМИ ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ, НЕОТДЕЛИМОЕ НИ В ОДНОЙ ПРОЕКЦИИ ОТ АОРТЫ И ОБЛАДАЮЩЕЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПУЛЬСАЦИЕЙ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ аневризмы грудной аорты
- 2) стеноза устья аорты
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) митрального стеноза

360. ОСТРАЯ ПЕРЕГРУЗКА ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ НА ЭКГ ПРИ

- 1)+ тромбоэмболии легочной артерии
- 2) стенозе митрального клапана
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) стенозе трикуспидального клапана

361. ПРИ НЕКРОЗЕ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ Q МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1)+ V1-V3
- 2) V3-V4
- 3) II, III, aVF
- 4) V7-V9

362. К отклонению электрической оси сердца влево на ЭКГ приводит

- 1)+ гипертрофия левого желудочка
- 2) блокада правой ножки пучка Гиса
- 3) атриовентрикулярная блокада I степени
- 4) синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта

363. В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ ЭХО-кардиографии
- 2) катетеризации правых камер сердца
- 3) спирографии
- 4) исследования диффузионной способности легких

364. ПРИ НАЛИЧИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q В I И AVL ОТВЕДЕНИЯХ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ИНФАРКТ МИОКАРДА

- 1)+ высокий боковой
- 2) задне-базальный
- 3) передне-перегородочный
- 4) задне-нижний

365. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ТЯЖЁЛОМ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ²)

- 1)+ <1
- 2) <1,5
- 3) <2
- 4) <2,5

366. ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО ИНДЕКСА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 10-20% ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ Dipper
- 2) Night-peaker
- 3) Over-dipper
- 4) Non-dipper

367. СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 8-10
- 2) 4-5
- 3) 12-14
- 4) 20-25

368. В НОРМЕ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ ЛЕВЫМИ КАМЕРАМИ СЕРДЦА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ. СТ.)

- 1)+ 1-2
- 2) 5-6
- 3) 8-10
- 4) 14-16

369. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СРЕДНЕСУТОЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЬШЕ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 53
- 2) 23
- 3) 40
- 4) 30

370. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЗУБЦА Р, ПОЛУЧИВШИМ НАЗВАНИЕ R-MITRALE, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ уширение зубца Р до 0,12 м/сек и более
- 2) увеличение высоты зубца Р более 2,5 мм
- 3) дельта-волна
- 4) укорочение интервала PQ менее 0,10 м/сек

371. МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА УТРЕННЕГО ПОДЪЕМА ДЛЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 30-36
- 2) 10-20
- 3) 40-50
- 4) 50-60

372. ДЛЯ ОЦЕНКИ ШИРИНЫ КОМПЛЕКСА QRS ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ стандартной ЭКГ
- 2) холтеровского мониторирования ЭКГ
- 3) ЭхоКГ
- 4) тредмил-теста

373. ДИАГНОЗ «ВЕНООККЛЮЗИОННАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ» МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН С УЧЕТОМ СОВОКУПНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ, ФИЗИКАЛЬНЫХ ДАННЫХ, БРОНХОСКОПИИ И

- 1)+ КТ грудной клетки
- 2) биопсии легкого
- 3) УЗИ вен нижних конечностей
- 4) функции внешнего дыхания

374. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЗУБЦА Р, ПОЛУЧИВШИМ НАЗВАНИЕ R-PULMONALE, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ увеличение его высоты более 2,5 мм
- 2) отрицательный зубец Р в отведениях II, III, AVF
- 3) уширение его до 0,12 м/сек и более
- 4) расщепление его с межзубцовым расстоянием более 0,04 с

375. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ ЭхоКГ
- 2) ЭКГ
- 3) тредмил-теста
- 4) спирографии

376. ПОД ИНДЕКСОМ ВРЕМЕНИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ процент времени, в течении которого АД превышает пороговый уровень в отдельный временной интервал
- 2) процент измерений, при которых величины АД превышают пороговый уровень в отдельный временной интервал
- 3) степень ночного снижения АД
- 4) величина утреннего подъема АД

377. В ПОДОСТРУЮ СТАДИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА СЕГМЕНТ ST

- 1)+ находится на изолинии
- 2) расположен ниже изолинии
- 3) располагается высоко над изолинией
- 4) приближается к изолинии

378. УМЕНЬШЕНИЕ ДИАМЕТРА АОРТЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия
- 2) атероматоза аорты
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) недостаточности митрального клапана

379. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 2 успешных измерений в пределах каждого часа
- 2) 20 измерений в дневное время
- 3) 40 измерений за сутки
- 4) 1 успешного измерения за каждый час

380. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ I СТЕПЕНИ РАВЕН

- 1)+ 30-34,9
- 2) 25-29,9
- 3) 35-39,9
- 4) 40-44,9

381. МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА УТРЕННЕГО ПОДЪЕМА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

- 1)+ 56
- 2) 50
- 3) 45
- 4) 60

382. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ КТ грудной клетки с контрастированием
- 2) бронхоскопии
- 3) спирографии
- 4) катетеризации левых камер сердца

383. УДЛИНЕНИЕ ТРЕТЬЕЙ ДУГИ НА ЛЕВОМ КОНТУРЕ И ПОЯВЛЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДУГИ НА ПРАВОМ КОНТУРЕ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ увеличения левого предсердия
- 2) расширения аорты
- 3) увеличения правого предсердия
- 4) увеличения левого желудочка

384. ВЕДУЩИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА «МИГРАЦИИ ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПО ПРЕДСЕРДИЯМ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ регистрация 3-х разных по форме, амплитуде и направленности зубцов Р в одном отведении
- 2) отрицательный зубец Р в I грудном отведении
- 3) появление в стандартных отведениях преходящего укорочения интервала RQ
- 4) смещение сегмента PQ от изолинии

385. ИЗБЫТОЧНАЯ СТЕПЕНЬ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ Over-dipper
- 2) Non-dipper
- 3) Dipper
- 4) Night-peaker

386. ЗУБЕЦ Т ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ОТРАЖАЕТ

- 1)+ реполяризацию желудочков
- 2) проведение импульса по межжелудочковой перегородке
- 3) проведение импульса по волокнам Пуркинье
- 4) реполяризацию предсердий

387. ДВУХФАЗНЫЙ ЗУБЕЦ Р ЧАЩЕ ВСЕГО РЕГИСТРИРУЕТСЯ В НОРМЕ В ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ V1
- 2) AVF
- 3) III
- 4) AVR

388. НОРМАЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ Dipper
- 2) Non-dipper
- 3) Over-dipper
- 4) Night-peaker

389. ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расслоение аорты
- 2) инфекционный эндокардит
- 3) атеросклероз
- 4) дилатация аорты

390. УСТОЙЧИВОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НОЧЬЮ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ Night-peaker
- 2) Over-dipper
- 3) Non-dipper
- 4) Dipper

391. ПРИЗНАКИ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА РЕГИСТРИРУЮТСЯ НА ЭКГ ПРИ

- 1)+ тромбоэмболии легочной артерии
- 2) острым коронарным синдроме
- 3) гипертрофической кардиомиопатии
- 4) миокардите

392. ЗУБЕЦ Р ВСЕГДА ОТРИЦАТЕЛЕН В НОРМЕ В ОТВЕДЕНИИ

- 1)+ AVR
- 2) AVF
- 3) AVL
- 4) III

393. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ВЕСЕ РАВЕН

- 1)+ 25-29,9
- 2) 30-34,9
- 3) 35-39,9
- 4) 40-44,9

394. НЕДОСТАТОЧНАЯ СТЕПЕНЬ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ Non-dipper
- 2) Dipper
- 3) Over-dipper
- 4) Night-peaker

395. СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА СЧИТАЕТСЯ ВЫРАЖЕНО СНИЖЕННОЙ, ЕСЛИ ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ менее 30
- 2) более 60
- 3) 50-60
- 4) 30-50

396. К КОСВЕННЫМ ТРАНСТОРАКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ДИСФУНКЦИИ ПРОТЕЗА ПО ТИПУ ПАННУСА ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение пикового и среднего градиентов
- 2) патологическую подвижность протеза
- 3) развитие диастолической дисфункции по 1 типу
- 4) наличие флотирующего дополнительного эхосигнала

397. ТРАНСМИТРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ из апикального доступа в четырехкамерной позиции
- 2) субкостально
- 3) супрастернально
- 4) парастернально

398. НА НАЛИЧИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) «ДИППЕР» («DIPPER») УКАЗЫВАЕТ СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС СИСТОЛИЧЕСКОГО АД

- 1)+ 10 - 20%(нормальное снижение АД в ночные часы)
- 2) <0 (ночная гипертензия)
- 3) <10% (недостаточное снижение АД)
- 4) >20% (чрезмерное снижение АД)

399. У ДВУХСТВОРЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ ЗАПИРАТЕЛЬНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ РАЗВОРАЧИВАЮТСЯ

- 1)+ параллельно друг другу
- 2) под углом 130°
- 3) под углом 90°
- 4) под углом 45°

400. К ПРИЗНАКАМ РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие флотирующего линейного эхосигнала в просвете аорты, жидкость в полости перикарда
- 2) митральную недостаточность
- 3) гипертрофию миокарда
- 4) снижение сократительной функции миокарда ЛЖ

401. КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ФИСТУЛЫ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА СЧИТАЮТ

- 1)+ повышение пикового градиента
- 2) повышение среднего градиента
- 3) повышение обоих градиентов
- 4) изменение формы транспротезного кровотока

402. ИЗ ОПУХОЛЕЙ В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ миксома
- 2) рабдомиома
- 3) тромб
- 4) миома

403. К СОСУДАМ, КОТОРЫЕ ВПАДАЮТ В ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ легочные вены
- 2) аорту
- 3) легочную артерию
- 4) полые вены

404. ПОКАЗАТЕЛИ ПРОТЕЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В НОРМЕ ЗАВИСЯТ ОТ

- 1)+ места имплантации, размера и конструкции протеза
- 2) материала, из которого изготовлен протез
- 3) сократительной функции миокарда
- 4) шовного материала

405. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) ВЫДЕЛЯЮТ ____ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД

- 1)+ 4 типа
- 2) 3 типа
- 3) 2 типа
- 4) 5 типов

406. КОЛЛАБИРОВАНИЕ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ЖИДКОСТИ В ПЕРИКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ тампонады сердца
- 2) легочной гипертензии
- 3) стеноза ТК
- 4) нарушений ритма

407. ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ____ ММ РТ. СТ. ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ____ ММ РТ. СТ. ЧЕРЕЗ ____ МИНУТЫ/МИНУТ ПРЕБЫВАНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ

- 1)+ 20; 10; 3
- 2) 30; 20; 7
- 3) 50; 10; 3
- 4) 60; 20; 7

408. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, КОТОРЫЕ РАЗВИВАЮТСЯ НА ПРОТЕЗАХ ПРИ СНИЖЕНИИ МНО ОТНОСЯТ

- 1)+ тромботические наложения
- 2) парапротезные фистулы
- 3) отрыв створок
- 4) отрыв протеза

409. НА НАЛИЧИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) «ОВЕР ДИППЕР» («OVER DIPPER») УКАЗЫВАЕТ СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС СИСТОЛИЧЕСКОГО АД

- 1)+ >20% (чрезмерное снижение АД)
- 2) <0 (ночная гипертензия)
- 3) <10% (недостаточное снижение АД)
- 4) 10 - 20% (нормальное снижение АД в ночные часы)

410. ПОД СУТОЧНЫМ ИНДЕКСОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ степень ночного снижения артериального давления
- 2) степень дневного снижения артериального давления
- 3) процент измерений, при которых артериальное давление не превышает пороговый уровень в определенные промежутки времени
- 4) процент удачных измерений артериального давления за сутки

411. СООТНОШЕНИЕМ ФАЗЫ УСКОРЕНИЯ И ЗАМЕДЛЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА НА АОРТАЛЬНОМ КЛАПАНЕ В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 1 : 2
- 2) 3 : 1
- 3) 2 : 5
- 4) 2 : 3

412. ЧАЩЕ ВСЕГО МИКСОМА ИСХОДИТ ИЗ

- 1)+ овальной ямки МПП
- 2) устья верхней полой вены
- 3) основания передней митральной створки
- 4) коронарного синуса

413. ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ВЫСОКОГО ГРАДИЕНТА ДАВЛЕНИЯ НА

- 1)+ выносящем тракте левого желудочка
- 2) аортальном клапана
- 3) митральном клапане
- 4) трикуспидальном клапане

414. ИЗОЛИРОВАННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПРАВЫХ КАМЕР СЕРДЦА БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СБРОСА СЛЕВА НАПРАВО МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ высокой легочной гипертензии
- 2) нарушений ритма
- 3) недостаточности митрального клапана
- 4) недостаточности аортального клапана

415. К ПРИЧИНАМ ЗАКЛИНИВАНИЯ СТВОРОК ПРОТЕЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ отрыв папиллярной мышцы, тромбоз, паннус
- 2) ориентацию протеза
- 3) парапротезную фистулу
- 4) кальциноз основания ЗМС

416. СЕПАРАЦИЯ ЛИСТКОВ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ИЗМЕРЯЕТСЯ

- 1)+ в диастолу
- 2) в систолу
- 3) при натуживании
- 4) при глубоком вдохе

417. ФЛОТИРУЮЩИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭХОСИГНАЛЫ НА СТВОРКАХ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1)+ сепсисе
- 2) миксоматозе
- 3) атеросклерозе
- 4) миксоме

418. ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ недостаточности АК более 2 степени
- 2) аортального стеноза
- 3) митрального стеноза
- 4) снижения сократительной функции миокарда ЛЖ

419. В СЛУЧАЕ ИЗОЛИРОВАННОГО СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ускорение трансмитрального кровотока
- 2) расширение левого желудочка
- 3) регургитация 3 степени
- 4) недостаточность клапана легочной артерии

420. ПРИЗНАКОМ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спаяние и кальциноз листков перикарда
- 2) жидкость в полости перикарда
- 3) коллабирование правых камер сердца
- 4) дилатация правых камер сердца

421. ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение полостей и снижение сократимости
- 2) дискинезия верхушки ЛЖ
- 3) недостаточность АК 2 степени
- 4) ограничение движения створок МК

422. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ выраженную гипертрофию миокарда и переднесистолическое движение ПМС
- 2) увеличение КСР
- 3) увеличение КДР
- 4) недостаточность клапана легочной артерии

423. МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ УТРЕННЕГО ПОДЪЕМА ДЛЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ. В ЧАС)

- 1)+ 6
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 16

424. К НЕДОСТАТКАМ СМАД НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ продолжительность исследования 24 часа
- 2) неточность измерений при выраженных нарушениях ритма
- 3) возможный эмоциональный и физический дискомфорт во время исследования
- 4) недостоверность полученных данных при использовании приборов, не прошедших тестирование на соответствие международным стандартам

425. ДИЛАТАЦИЯ ПРАВЫХ КАМЕР ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ дефекта межпредсердной перегородки
- 2) снижения сократительной функции миокарда
- 3) гипертрофии миокарда
- 4) относительной недостаточности МК

426. ТРОМБЫ В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ

- 1)+ аневризме и снижении сократительной функции миокарда левого желудочка
- 2) недостаточности аортального клапана
- 3) стенозе митрального клапана
- 4) выраженной гипертрофии миокарда

427. К СОСУДАМ, КОТОРЫЕ ВПАДАЮТ В ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ нижнюю и верхнюю полые вены
- 2) легочную вену
- 3) легочную артерию
- 4) аорту

428. ПАПИЛЛЯРНЫЕ МЫШЦЫ ЛОЦИРУЮТСЯ

- 1)+ по короткой оси ЛЖ на уровне папиллярных мышц
- 2) по длинной оси ЛЖ
- 3) субкостально
- 4) супрастернально

429. ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ЛОКАЛЬНОЙ

- 1)+ дискинезии
- 2) акинезии
- 3) гиперкинезии
- 4) гипокинезии

430. АСИНХРОНИЯ ДВИЖЕНИЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ нарушением внутрижелудочковой проводимости, объемной перегрузкой правых камер сердца
- 2) обструкцией выносящего тракта
- 3) мерцательной аритмией
- 4) митральной недостаточностью

431. ПЛОЩАДЬ ОТВЕРСТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ УМЕРЕННОМ СТЕНОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ (В CM²)

- 1)+ 1,6 – 2,0
- 2) 0,5
- 3) 2,5
- 4) более 3,0

432. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СМАД НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ определение уровня гипертонии у пациентов с нарушениями ритма сердца
- 2) выявление ночной гипертензии
- 3) определение эффективности и безопасности антигипертензивной терапии
- 4) изучение индивидуального суточного ритма артериального давления

433. ПЛОЩАДЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ КРИТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ _____ CM²

- 1)+ 0,8
- 2) 1,5
- 3) 2,0
- 4) 1,1

434. НА НАЛИЧИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) «НОН-ДИППЕР» («NON DIPPER») УКАЗЫВАЕТ СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС СИСТОЛИЧЕСКОГО АД

- 1)+ <10% (недостаточное снижение АД)
- 2) <0 (ночная гипертония)
- 3) 10 - 20% (нормальное снижение АД в ночные часы)
- 4) >20% (чрезмерное снижение АД)

435. ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ – ЭТО СНИЖЕНИЕ

- 1)+ артериального давления на 20/10 мм рт. ст. и более при переходе в вертикальное положение у нормотензивных пациентов или 30/10 мм рт. ст. у пациентов с артериальной гипертонией из положения лежа
- 2) артериального давления в ночные часы на 20/10 мм рт. ст. и более при переходе в вертикальное положение или 30/10 мм рт. ст. при переходе в горизонтальное положение у пациентов с артериальной гипертонией
- 3) среднесуточного артериального давления на 20/10 мм рт. ст. и более при переходе в вертикальное положение или 30/10 мм рт. ст. при переходе в горизонтальное положение у пациентов с артериальной гипертонией
- 4) скорости утреннего подъема артериального давления на 20/10 мм рт. ст. и более при переходе в вертикальное положение у нормотензивных пациентов или 30/10 мм рт. ст. у пациентов с артериальной гипертонией в положении лежа

436. К КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЗА ПРОТЕЗА КЛАПАНА СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение пикового и среднего градиентов
- 2) повышение пикового градиента
- 3) снижение сократительной функции миокарда
- 4) появление парапротезной фистулы

437. ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЧИТАЮТ СОСТОЯНИЕ ПРИ КОТОРОМ

- 1)+ стенкой ЛЖ является перикард
- 2) стенка ЛЖ в систолу движется от центра желудочка
- 3) в области верхушки ЛЖ лоцируется тромб
- 4) стенка ЛЖ в диастолу движется от центра желудочка

438. К ПРИЧИНАМ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ФИСТУЛЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ прорезывание швов, протезный эндокардит
- 2) тромбоз протеза
- 3) заклинивание створок протеза
- 4) гиперкинез миокарда

439. МЕЖДУ ПРАВЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ И ПРАВЫМ ПРЕДСЕРДИЕМ НАХОДИТСЯ _____ КЛАПАН

- 1)+ трикуспидальный
- 2) митральный
- 3) аортальный
- 4) венозный

440. КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЛУЧШЕ ВСЕГО ИССЛЕДОВАТЬ

- 1)+ парастернально по короткой оси АК
- 2) апикально
- 3) супрастернально
- 4) субкостально

441. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ ортостатическую пробу
- 2) 6-минутный тест ходьбы
- 3) гипотензивную пробу
- 4) пробу с каптоприлом

442. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТРЫВА ПРОТЕЗА СЧИТАЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ парапротезного потока и патологического движения корпуса протеза
- 2) тромботических наложений
- 3) парапротезной фистулы
- 4) снижения МНО

443. СОСТОЯНИЕ ДУГИ АОРТЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ супрастернально
- 2) парастернально
- 3) субкостально
- 4) из апикального доступа

444. ПАННУСОМ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ разрастание соединительной ткани по периметру манжеты протеза
- 2) расширение ЛП
- 3) расширение синусов Вальсальвы
- 4) тромботические наложения на манжете протеза

445. ПУЛЬСОВОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК РАЗНИЦА МЕЖДУ _____ АРТЕРИАЛЬНЫМИ ДАВЛЕНИЯМИ

- 1)+ систолическим и диастолическим
- 2) максимальным и минимальным
- 3) дневным и ночным
- 4) утренним и ночным

446. СТЕПЕНЬ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) 0-10%, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД

- 1)+ «нон-диппер» («non dipper»)
- 2) «диппер» («dipper»)
- 3) «овер диппер» («over dipper»)
- 4) «найт пикер» («night peaker»)

447. К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ дилатацию правых камер сердца
- 2) дилатацию левого и правого предсердий
- 3) гипертрофию стенок левого желудочка
- 4) дилатацию аорты в восходящем отделе

448. СТЕПЕНЬ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) <0, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД

- 1)+ «найт пикер» («night peaker»)
- 2) «нон-диппер» («non dipper»)
- 3) «овер диппер» («over dipper»)
- 4) «диппер» («dipper»)

449. ПРИЗНАКАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глубокие зубцы SI, QIII
- 2) резкая перегрузка левого предсердия;
- 3) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 4) замедление атрио-вентрикулярной проводимости

450. БЛАГОПРИЯТНЫМ СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «диппер» («dipper»)
- 2) «найт пикер» («night peaker»)
- 3) «нон-диппер» («non dipper»)
- 4) «овер диппер» («over dipper»)

451. ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ В СТАДИИ КОМПЕНСАЦИИ СЧИТАЮТ

- 1)+ одышку разной степени
- 2) набухание шейных вен
- 3) акроцианоз и асцит
- 4) пульсацию в эпигастрии

452. НА НАЛИЧИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) «НАЙТ ПИКЕР» («NIGHT PEAKER»)
УКАЗЫВАЕТ СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС СИСТОЛИЧЕСКОГО АД

- 1)+ <0 (ночная гипертония)
- 2) >20% (чрезмерное снижение АД)
- 3) <10% (недостаточное снижение АД)
- 4) 10 - 20% (нормальное снижение АД в ночные часы)

453. СТЕПЕНЬ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) 10% - 20%, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД

- 1)+ «диппер» («dipper»)
- 2) «нон-диппер» («non dipper»)
- 3) «найт пикер» («night peaker»)
- 4) «овер диппер» («over dipper»)

generated at geetest.ru

Table of Contents

Тема 1. Артериальная гипертония и симптоматические гипертонии.	2
Тема 2. Атеросклероз.	25
Тема 3. Болезни миокарда.	42
Тема 4. Врождённые и приобретённые пороки сердца.	53
Тема 5. Инфекционный эндокардит.	87
Тема 6. Ишемическая болезнь сердца.	95
Тема 7. Клиническая фармакология.	151
Тема 8. Нарушения сердечного ритма и проводимости сердца.	207
Тема 9. Недостаточность кровообращения (сердечная недостаточность).	265
Тема 10. Организация здравоохранения и общественное здоровье.	293
Тема 11. Перикардиты.	303
Тема 12. Функциональные и инструментальные методы диагностики в кардиологии.	312