ГБОУ ВПО «АСТРАХАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВОХРАНЕНИЯ

КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ ФПО

 **«УТВЕРЖДАЮ»**

 Зав. кафедрой кардиологии ФПО

 ГБОУ ВПО АГМА Минздрава,

 д.м.н., профессор М.А. Чичкова

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014 г.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ТРЕХ УРОВНЕЙ**

Астрахань – 2014г.

**ТЕМА: Артериальная гипертензия**

*Входной контроль*

1. При сочетании хронической обструктивной болезни легких и АГ рекомендовано применение:

 +А. Антагонистов кальция

 Б. Неселективных β-блокаторов

 В. ИАПФ

 Г. Препаратов центрального действия

2. К органам-мишеням при гипертонической болезни относятся:

 А. Почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце

 Б. Сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг

 В. Артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза

 + Г. Сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза

 Д. Сердце, печень, артерии, головной мозг, почки

3. Назовите основные патогенетические звенья артериальной гипертензии:

 A. Увеличение минутного объема крови

 Б. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления

 В. Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

 +Г. Все вышеуказанное

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

 А.В аорте и ее ветвях

 Б.В капиллярах

 +В.В артериолах

 Г.В венах

5. Больным артериальной гипертензией с хронической почечной недостаточностью противопоказаны:

 А.Триампур

 Б.Верошпирон

 В.Амилорид

 +Г.Все перечисленное

 Д.Ни один из перечисленных

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

 А.Нитраты

 Б.Бета-блокаторы

 В.Антагонисты кальция

 Г.Нитраты и бета-блокаторы

 +Д.Антагонисты кальция и бета-блокаторы

7. У больных с гипертонической болезнью при инфаркте миокарда увеличивается риск развития:

 А.Желудочковой пароксизмальной тахикардии

 +Б.Разрыва миокарда

 В.Тромбоэмболии

 Г.Пневмонии

8. Препаратами первого выбора для лечения гипертонической болезни с высоким общим периферическим сосудистым сопротивлением являются:

 +А.Антагонисты кальция

 Б.Диуретики

 В.Препараты центрального действия

 Г.Все перечисленное

 Д.Ничего из перечисленного

9. Заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию вторичных артериальных гипертензий, являются:

 А.Коарктация аорты

 +Б.Диффузный гломерулонефрит и хронический пиелонефрит

 В.Гипоплазия почечных артерий

 Г.Феохромоцитома

 Д.Первичный гиперальдостеронизм

10. Для I стадии АГ характерно:

 А. Поражение 1–2 органов-мишеней

 Б. САД менее 160 мм рт. ст.

 В. Отсутствие поражения органов-мишений

 Г. ДАД менее 80 мм рт. ст.

 Д. Наличие 1-2 факторов риска

11. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:

 А.Гиперпродукцией кортикостероидов

 Б.Увеличением образования альдостерона

 +В.Увеличением образования катехоламинов

 Г.Гиперпродукцией ренина

 Д.Всего перечисленного

12. Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, следует использовать внутривенное введение:

 +А.Лазикса

 Б.Метапролола

 В.Сердечных гликозидов

 Г.Верапамила

 Д. Правильно А и Б

13. Возникновение гипертонии после 50 лет, выслушивание шума в околопупочной области, сопутствующие заболевания периферических артерий, указывают на возможность:

 А.Первичного гиперальдостеронизма

 Б.Феохромоцитомы

 +В.Реноваскулярной гипертонии

 Г.Коарктации аорты

14.  Оптимальные дозы гипотиазида при лечении артериальной гипертензии составляют:

 +А.12,5-25 мг/сут

 Б.50-100 мг/сут

 В.100-150 мг/сут

 Г.150-200 мг/сут

15. Разовая доза клофелина при лечении неосложненного гипертонического криза составляет:

 +А.0,075- 0,15 мг

 Б.0,15 – 0,3 мг

 В.1,0 - 2,0 мг

 Г.2,25 - 3,0 мг

16. Избыточное потребление поваренной соли имеет существенное значение в патогенезе:

 +А.Гипертонической болезни

 Б.Синдрома Конна

 В.Реноваскулярной гипертонии

 Г.Всего перечисленного

 Д.Ничего из перечисленного

17. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления может иметь место при гипертонической болезни:

 А.I стадии

 Б.II стадии

 В.II и III стадии

 +Г.Во всех стадиях

 Д.Только 2 и 3

18. Согласно классификации ВОЗ оптимальным является уровень артериального давления:

 +А.120/80 мм.рт.ст

 Б.130/80 мм.рт.ст

 В.140/80 мм.рт.ст

 Г.140/90 мм.рт.ст

19. Для гипертонической болезни II степени наиболее характерен следующий диапазон значений АД:

 А. 130/85-139/89мм.рт.ст

 Б.140/90 - 159/99 мм.рт.ст.

 +В.160/100 - 179/109 мм.рт.ст.

 Г.180/100 - 190/110 мм.рт.ст.

20. Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:

 А.Изотопная ренография

 Б.Внутривенная урография с серийной регистрацией урограмм

 В.Компьютерная томография

 +Г.Контрастная аортография

 Д.Все перечисленные

21.Гиперпродукция глюкокортикоидов выражена при:

 А.Синдроме Конна

 +Б.Синдроме Кушинга

 В.Феохромоцитоме

 Г.Все ответы правильные

 Д.Правильно 1 и 2

22.У больных артериальной гипертонией наиболее опасным изменением глазного дна является:

 А.Генерализованное сужение артерий.

 +Б.Отек соска зрительного нерва.

 В.Возникновение экссудатов.

 Г.Возникновение геморрагий.

23.При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны:

 +А.Препараты, блокирующие альфа-адренорецепторы.

 Б.Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

 В.Препараты, блокирующие бета-адренорецепторы.

 Г.Диуретики.

24. Наилучшей переносимостью характеризуются следующие антигипертснзивные препараты:

А.Диуретики

Б. Бета-адреноблокаторы

В. Антагонисты кальция

Г. Блокаторы рецепторов ангиотензина II25. Ортостатическую гипотонию может вызвать прием:

 А. Коринфара

 Б. Клофелина

 В. Каптоприла

 +Г.Всех перечисленных препаратов

 Д.Правильные ответы 1 и 3

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

 А.Нормальным

 Б.Пониженным

 В.Повышенным

 +Г.Все ответы правильные

27. Поступил больной с артериальной гипертензией, причем на руках давление гораздо выше, чем на ногах. О каком заболевании нужно думать?

 А. Болезнь Иценко-Кушинга

 Б. Синдром Иценко-Кушинга

 В. Первичный гиперальдостеронизм

 Г. Коарктация аорты

 Д. Эссенциальная артериальная гипертония

28. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует уровень:

 А.Диастолического АД

 Б.Систолического АД

 +В.Как диастолического, так и систолического АД

 Г.Ни того, и ни другого

 Д.Закономерности нет

29. Больным гипертонической болезнью препарат каптоприл следует назначать:

 А.Только в виде монотерапии.

 Б.Только в комбинации с другими группами препаратов.

 В. В комбинации с диуретиками

 +Г.Правильного ответа нет.

30. Злокачественная артериальная гипертония (ЗАГ) наиболее часто возникает у больных:

 А.Гипертонической болезнью

 +Б.Реноваскулярной гипертонией

 В.Паренхиматозными заболеваниями почек

 Г.Правильно 2 и 3

 Д.Частота ЗАГ не зависит от этиологии гипертонии

*Текущий контроль*

1. Определите уровень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больной, 60 лет, с АД 150/90 мм. рт.ст. Мать больной перенесла инфаркт миокарда в возрасте 72 лет.

A. Незначительный

+Б. Низкий

B. Средний

Г. Высокий

Д. Очень высокий

2. Рациональными считаются следующие комбинации антигипертензивных препаратов:

|  |  |
| --- | --- |
| A. бета-адреноблокаторы и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов.Б. Ингибиторы АПФ и а-адреноблокаторы.B. бета-адреноблокаторы и тиазидные диуретики.Г. Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и а-адреноблокаторы. Д. Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и бета-адреноблокаторы | 1. Физиотенз+альбарел2. Атенолол+гипотиазид3. Лозартан+гипотиазид4. Бисопролол+верапамил5. Энап Н+ гипотиазид |

3. Критерием II стадии, II степени артериальной гипертонии является:

 1.Признаки гипертрофии левого желудочка. А. 140/80 мм.рт.ст. и более

 2.Сужение артерий сетчатки. Б. 150/90 мм.рт.ст. и более

 3.Признаки нарушения функции почек. В. 160/95 мм.рт.ст. и более

 4.Все перечисленное. Г. 180/90 мм.рт.ст. и более

 5. А и Б

Ответ: 1Б, 5В, 4В, 3Б

4. Критерием I стадии артериальной гипертензии 3 степени риска является:

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Сравнительно небольшое повышение АД (например, не более 150/100 мм.рт.ст.). 2.Отсутствие признаков поражения жизненно важных органов.3.Лабильность АД. |  |

5. Найдите правильное соответствие

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Феохромоцитомы.2. Синдрома Конна.3. Синдрома Кушинга.4. Реноваскулярная гипертензия. | А. Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, сахарный диабет, остеопороз, аменорею, гирсутизмБ. Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, полидипсию, полиурию, мышечную слабость и гипокалиемиюВ. Артериальная гипертония, протекающая с кризами, сопровождающимися тахикардией, потоотделеием, гиперемией лица |

Ответ: 1В, 2Б, 3А

6. Для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Сердцебиение, ощущение пульсации в голове, покраснение лица, потливость.2. Стойкое повышение АД.3. Повышение систолического АД4. Феномен перекреста - симптом Салюса-Гунна.5. Расширение границ сердечной тупости влево.6. Тахикардия, усиление тонов сердца.7. Акцент II тона над аортой.8. Систолический шум на верхушке сердца. | А. Повышение ударного и минутного объемов крови.Б. Развитие артериосклероза головного мозга.В. Гиперсекреция ренина, альдостерона, задержка натрия в стенках артериол- повышение периферического сосудистого сопротивления.Г. Рабочая гипертрофия левого желудочка.Д. Развитиe относительной нeдостаточности митрального клапана. |

Эталоны ответов: 1А, 2В, 3А, 4Б, 5Г, 6А, 7В, 8Д.

7. При какой форме артериальной гипертензии заболевание часто приобретает злокачественное течение и характеризуется всеми симптомами кроме:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Гипертонической болезни.2. Симптоматических гипертензиях.3. Одинаково часто при эссенциальной гипертонии и вторичных артериальных гипертензиях |  А.Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт. ст.). Б.Тяжелое поражение глазного дна. В.Нарушение функции почек. Г.Гипертоническая энцефалопатия.Д. Развитие острого нарушения мозгового кровообращения |

Ответ: 1Д

8. Мужчина 62 лет, перенесший острое нарушение мозгового кровообращения, обратился к врачу по поводу головных болей и головокружения. При осмотре пульс 66 в мин., артериальное давление 180/100 мм рт. ст., признаков сердечной недостаточности нет, имеются проявления облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Для коррекции артериальной гипертензии больному целесообразно назначить комбинацию препаратов:

 1. Бисопролол А. Коринфар

 2. Амлодипин Б. Вальсартан

 3. Метапролол В. Атенолол

 4. Гипотиазид Г. Верапамил

 5. Фуросемид Д. Индапамид

Ответ: 1Д, 2Б, 3А, 4Б, 5В, 2Г

9. Мужчина 40 лет пришел на мед. осмотр. Рост 178 см. Вес 70 кг. Правильного телосложения. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. I тон на верхушке средней громкости. ЧСС=Ps= 90 в минуту, ритмичный. Хорошего наполнения, не напряжен, одинаковый на обеих руках. АД после 2-х кратного измерения 155/95 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза жизни: курит с 20 лет, отец перенес инфаркт миокарда.

1. Каков предварительный диагноз?

2. План обследования.

3. Рекомендации по лечению.

Ответ: 1. Гипертоническая болезнь I стадия, I степени тяжести, риск-3.

2. Общий анализ крови и мочи. Глюкоза крови натощак. Кровь на липидный спектр, креатенин. ЭКГ. Осмотр глазного дна (консультация окулиста). 3. Изменение образа жизни, немедикаментозная терапия. При сохранении уровня АД выше 140/90 мм.рт.ст. медикаментозная терапия: В-адреноблокатор (эгилок ретард 25мг. 2 раз в день), ИАПФ (лизиноприл 5мг вечер) под контролем АД и ЧСС.

10. Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «cетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент П тона на аорте. ЧСС – 92 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

Задание:

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

**ТЕМА: Атеросклероз**

*Текущий контроль*

1. Какие липиды и липопротеиды имеют диагностическое значение в клинической практике: а) холестерин, жирные кислоты б) триглицериды, фосфолипиды в) холестерин, триглицериды, липопротеиды
2. Какие липропротеиды имеют диагностическую значимость в развитии сосудистой патологии: а) ХМ, ЛОНП, ЛПВП б) ЛПНП и ЛПВП
3. Какая локализация атеросклероза имеет значение для кардиологии: а) мозговых и сонных артерий, аорты б) коронарных и периферических артерий в) коронарных артерий, аорты, клапанов сердца
4. Какими объективными данными можно заподозрить ту или иную локализацию атеросклероза: а) анализом жалоб, осмотром б) пальпацией пульса на периферических артериях, выслушиванием шумов на магистральных сосудах в) определение АД на симметричных артериях г) б,в
5. Какие атеросклеротические бляшки имеют худший прогноз и почему? а) стабильные, богатые коллагеном, закрывающие полностью или почти полностью просвет сосуда б) нестабильные, легко эрозируются, приводя к острым тромбозам до развития стеноза
6. Что является фактором констатации дислипидемии: а) содержание холестерина и триглицеридов б) общее содержание липопротеидов в) индекс атерогенности (отношение ХС/ХС ЛПВП ˃ 5)
7. Каковы внешние проявления гиперлипидемии: а) гомогенная иктеричность склер, гиперемия tenar и hypotenar б) краевая иктеричность склер, отложения липидов в коже области ладонных линий в) периорбитальные ксантелазмы, эруптивные ксантомы г) б, в
8. Какие из применяемых в кардиологии препаратов тормозят атеросклеротический процесс: а) бета-адреноблокаторы – бисопролол, метопролол б) ингибиторы АПФ, гипотиазид, индапамид в) рамиприл, периндоприл, амлодипин
9. Как сказывается на прогнозе для жизни и выздоровления мультифокальный атеросклероз: а) не сказывается на прогнозе б) улучшает прогноз в) ухудшает его
10. У больного гиперхолестеринемия с сопутствующим СД 2го типа. Что нужно сделать перед тем, как назначить гиполипидемический препарат: а) определить липидный спектр и глюкозу крови натощак б) определить липидный спектр, глюкозу крови натощак и содержание триглицеридов в) определить липидный спектр и сделать УЗИ органов брющной полости
11. Выбрать, какой из перечисленных механизмов лежит в основе гиполипидемического действия статинов: а) частичная обратимая блокада фермента ГМК-КоАредуктазы и активация липолиза в жировой ткани б) торможение резорбции жирных кислот в кишечнике
12. Сочетание каких препаратов дает возможность снизить дозу статинов: а) статины + препараты фиброевой кислоты б) статины + никотиновая кислота в) статины + эзетрол
13. Каким гиполипидемическим препаратам нужно отдать предпочтение при IIБ и IV фенотипах дислипидемии: а) секвестрантам желчных кислот (омакорд) б) статинам в) статинам в сочетании с препаратами фиброевой кислоты
14. Какой тип ГЛП по Фредриксону нужно корригировать с помощью секвестрантов желчных кислот: а) I тип б) IIА + IIБ тип в) IV тип
15. Какие из перечисленных препаратов обладают противолипидемическим действием: а) ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, липантил 200М б) амлодипин, колестипол, верапамил в) аторвастатин, трайкор, эндурацин
16. К какой группе статинов относится крестор и мертенил: а) к аторвастатинам б) симвастатинам в) розувастатинам
17. К какой группе статинов относится торвакард: а) ловастатинам б) аторвастатинам в) розувастатинам
18. От чего зависит доза статинов: а) от сопутствующих заболеваний б) от стартового уровня ХС ЛПНП в) от типа статина г) б, в
19. Как часто следует проверять уровень липидов после достижения пациентом оптимального уровня липидов: а) через 8(+/- 4) недель после начала приема лекарств б) через 6 месяцев в) 1 раз в год
20. Что нужно сделать перед началом проведения гиполипидемической терапии: в) однократно исследовать липидный спектр б) определить общее содержание холестерина в) минимум дважды выполнить анализ с интервалом 1-2 недели

**ТЕМА: Инфекционный эндокардит**

*Входной контроль*

1. Этиологическими факторами септических эндокардитов являются:

 А. плазмокоагулирующий (или золотистый) стафилококк

 Б. плазмонекоагулирующий (или белый) стафилококк

 В. зеленящий стрептококк

 Г. эшерихии, протеи, сальмонеллы, синегнойная палочка

 Д. все выше перечисленное

 2. Определите характерную окраску кожи при септическом эндокардите:

 А. бледность

 Б. желтуха

 В. ограниченный цианотичный румянец

 Г. цвет "кофе с молоком"

 Д. односторонняя гиперемия щек

 3. Признаки, свидетельствующие о хрупкости капилляров при подостром

 септическом эндокардите, выявляются пробами:

 А. проба щипка

 Б. положительная проба Кончаловского-Румпеля-Лееде

 В. положительная проба Битторфа-Тушинского

 Г.все перечисленные

 4. Характерными лабораторными тестами для септического эндокардита

 являются все, кроме:

 А. резкое повышение СОЭ

 Б. снижение числа эозинофилов

 В. повышение содержания гистиоцитов

 Г. протеинурия, гематурия

 Д. эозинофилия

 5. Для септического эндокардита не характерны клинические симптомы и

 синдромы:

 А. субфебрильная лихорадка с нерегулярными температурными свечами

 Б. слабость, утомляемость, одышка

 В. кровоизлияние в кожу и слизистые

 Г. тромбоэмболия в сосуды селезенки, почек, мозга

 Д. отсутствие изменений со стороны гемограммы

 6. Наиболее диагностически значимый тест для септического эндокардита:

 А. многократные посевы крови на стерильность

 Б. определение СОЭ

 В. определение общего белка крови и его фракций

 Г. проведение тимоловой и формоловой проб, определение титра АСЛО

7. Наиболее часто встречающимся в ранние сроки заболевания признаком подострого инфекционого эндокардита является:

 +А.Повторные периоды умеренного повышения температуры.

 Б.Изменение характера шума у больных с пороком сердца.

 В.Заболевание ревматизмом в анамнезе.

 Г.Правильного ответа нет.

8.Самое частое осложнение инфекционного эндокардита:

 +А.Сердечная недостаточность.

 Б.Микотическая аневризма сосудов.

 В.Спленомегалия.

 Г.Инфаркт почки.

 Д.Все перечисленное.

9.Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются:

 А.Порок сердца.

 Б.Бактериемия.

 В.Эмболии.

 Г.Все перечисленное.

 +Д.Правильно 1 и 2.

10. При инфекционном эндокардите сердечная недостаточность чаще всего развивается у больных:

 А.С поражением митрального клапана.

 +Б.С поражением аортального клапана.

 В.Со спленомегалией.

 Г.Все ответы правильные.

11.Вегетации при инфекционном эндокардите состоят из:

 А.Тромбоцитов.

 Б.Фибрина.

 В.Микроорганизмов.

 +Г.Всего перечисленного.

 Д.Правильно 2 и 3.

12. .Если причиной инфекционного эндокардита являются грамм-отрицательные бактерии, то можно назначить все препараты, кроме:

 А. Цетриаксона.

 Б. Имипенема + амикацина.

 В. Гентамицина или амикацина.

 +Г. Тетрациклина.

13. Основными показаниями к хирургическому лечению инфекционного эндокардита являются:

 А.Рефрактерная сердечная недостаточность.

 Б.Повторные тромбоэмболии.

 В.Грибковая этиология эндокардита.

 +Г.Все перечисленные.

 Д.Правильно 1 и 2.

14. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:

 А.2 недели или меньше.

 +Б.4-6 недель.

 В.Более 6 недель.

 Г.Правильного ответа нет.

15. При манипуляциях на желудочно-кишечном или урогенитальном тракте для профилактики инфекционного эндокардита целесообразно назначение:

 +А.Ампициллина с гентамицином.

 Б.Амоксициллина.

 В.Ванкомицина с гентамицином.

 Г.Всего перечисленного.

 Д.Правильно 2 и 3.

16. Дифференциальная диагностика инфекционного эндокардита требует исключения:

 А.Других инфекционных заболеваний.

 Б.Миксомы.

 В.Эндокардита Либмана-Сакса (при системной красной волчанке).

 +Г.Всего перечисленного.

 Д.Правильного ответа нет.

17. Грибковая этиология эндокардита часто выявляется:

 А.У наркоманов.

 Б.После кардиохирургических операций.

 В.После лечения антибиотиками широкого спектра действия.

 Г.На фоне лечения иммунодепрессантами.

 +Д.При всем перечисленном

18. Самой частой причиной отрицательной гемокультуры при инфекционном эндокардите является:

 А.Небактериальный агент, как причина эндокардита (например, грибы).

 +Б.Предшествующее лечение антибиотиками.

 В.Низкий уровень бактериемии.

 Г.Недостаточное количество проб крови для посева.

19. .Самым частым признаком инфекционного эндокардита является:

 +А.Повышение температуры.

 Б.Появление петехий.

 В.Появление узелков Ослера.

 Г.Боли в области сердца.

20. 819.При осмотре глазного дна у больных инфекционным эндокардитом иногда выявляются:

 А.Узелки Ослера.

 Б.Сужение артерий.

 В.Отек соска зрительного нерва.

 +Г.Петехии.

 Д.Все перечисленное.

21.Осложнением инфекционного эндокардита, которое чаще наблюдается при подостром течении, чем при остром, является:

 А.Сердечная недостаточность.

 Б.Абсцессы миокарда.

 В.Повреждение клапанов.

 Г.Эмболии.

 +Д.Микотические аневризмы.

22.Причиной развития сердечной недостаточности у больных инфекцонным эндокардитом чаще всего является:

 +А.Аортальная недостаточность.

 Б.Сопутствующий миокардит.

 В.Сопутствующий перикардит.

 Г.Абсцесс миокарда.

23. Самые большие вегетации отмечаются при инфекционном эндокардите, вызванном:

 А.Стрептококками.

 Б.Энтерококками.

 +В.Грибами.

 Г.Анаэробными бактериями.

24. Если причиной инфекционного эндокардита являются энтерококки, то чаще всего назначают:

 А.Пенициллин + гентамицин.

 Б.Ампициллин + гентамицин.

 В. Гентамицин + ванкомицин.

 +Г. Все перечисленное.

25. .Стафилококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают:

 А.После ранений.

 Б.После хирургических операций.

 В.При фурункулезе.

 Г.У наркоманов.

 +Д.При всем перечисленном.

26. Энтерококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают:

 А.После ранений.

 Б.При фурункулезе.

 В.После урогенитальных вмешательств.

 Г.После манипуляций на желудочно-кишечном тракте.

 +Д.Правильно 3 и 4.

27. Основными показаниями к хирургическому лечению инфекционного эндокардита являются:

 А.Рефрактерная сердечная недостаточность.

 Б.Повторные тромбоэмболии.

 В.Грибковая этиология эндокардита.

 +Г.Все перечисленные.

 Д.Правильно 1 и 2.

28. При манипуляциях, сопровождающихся риском возникновения бактериемии для профилактики инфекционного эндокардита, можно использовать назначение:

 А.Оксациллина.

 Б.Эритромицина.

 В.Ампициллина.

 +Г.Любого из перечисленных препаратов.

 Д.Правильно 1 и 3.

29. Причиной подострого инфекционного эндокардита чаще всего являются:

 +А.Стрептококки.

 Б.Стафилококки.

 В.Энтерококки.

 Г.Грибы.

30. Причиной острого инфекционного эндокардита чаще всего являются:

 А.Стрептококки.

 +Б.Стафилококки.

 В.Энтерококки.

 Г.Грибы.

 Д.Синегнойная палочка.

*Текущий контроль*

1. Укажите клинические проявления осложнений, развивающихся при инфекционном эндокардите:

*(для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу)*

1. Приступ сердечной астмы А. Анемия.

2. Цветкожи «кофе с молоком» Б. Формирование порока сердца

3. Увеличение печени, отёки на ногах В. Тромбоэмболия

4. Резкое падение диастолического

давления при высоком систолическом Г. Почечная недостаточность

5. Гемиплегии, моторная афазия Д. Сердечная недостаточность.

6. Очаговый нефрит, гематурия.

7.Диастолический шум во 2-м межреберье справа

8.Гипоизостенурия

Эталон ответа: 1Д, 2А, 3Д, 4Б, 5С, 6С, 7Б, 8Д.

2. При инфекционном эндокардите, какие проявления относятся к:

А. Поражениям кожи; 1. Узелки Ослера;

Б. Поражения глаз; 2. Пятна Лукина;

 3. Пятна Жаневье;

 4. Пятна Рота.
Эталон ответа: А – 1,3; Б – 2,4.

3. При наличии каких критериев, согласно диагностическим критериям Duke, диагноз инфекционного эндокардита можно считать достоверным (ответы один или несколько):

 А. Положительная гемокультура;

 Б. Температура тела 38º и выше;

 В. Эмболии крупных сосудов;

 Г. Узелки Ослера.

Ответ: А,Б,В, Г.

4. Больная А., 19 лет, с детства страдает ревматизмом. Две недели назад, после перенесенной вирусной инфекции появились озноб, повышение температуры тела, обильный пот. Объективно; на верхушке сердца систолический шум, грубые систолические и диастолические шумы на аорте и в точке Боткина. Пальпируется край селезенки.

Ваш предварительный диагноз ?

Какие обследования необходимы провести?

5. Больная С., 36 лет доставлена в клинику машиной скорой медицинской помощи с жалобами на лихорадку до 39С, точечные высыпания на голенях, одышку, боли в суставах. Заболела остро. Объективно; кожные покровы бледные с желтушным оттенком на голени, синовииты коленных и голеностопных суставов. Увеличены границы сердца влево, на верхушке сердца систолический шум, ослабление Iтона. Спленомегалия.

Ваш предварительный диагноз ?

Какие обследования необходимы провести?

6. Больной А., 29 лет, спортсмен, поступил с жалобами на повышение температуры до 39С, одышку, при незначительных физических нагрузках, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре; кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. В легких- небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. Пульс -106 уд/мин., АД - 120/40 мм.рт.ст. печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, болезненная при пальпации. Незначительные отеки голеней.

Ваш предварительный диагноз ?

Принципы лечения?

7. Больной К., 34 года, поступил в клинику с жалобами на одышку при ходьбе, повышение температуры до 39С, отсутствие аппетита, слабость. Болен около 2-х недель. При осмотре; на верхушке сердца систолический шум, грубые систолические и диастолические шумы на аорте и в точке Боткина. Спленомегалия.

Ваш предварительный диагноз?

Принципы лечения?

8. Больная М, 28 лет, в детстве была прооперированна по поводу врожденного порока сердца - тетрады Фалло. Две недели назад после перенесенной ангины появились озноб, повышение температуры тела до 39С, слабость. При осмотре; кожные покровы бледные, экхимотозы на руках, ногах, животе. Пальпируются подмышечные лимфоузлы. Границы сердца не изменены, на верхушке Iтон ослаблен, систолический шум проводиться в подмышечную область. Пульс -112 уд/мин., АД - 120/60 мм.рт.ст. Пальпируется край селезенки.

Ваш предварительный диагноз?

Какие обследования необходимы провести?

Принципы лечения?

9. Больная И, 28 лет, поступила по поводу инфицированного аборта. После произведенного выскабливания матки поднялась температура тела до 38,8С с ознобом без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта. В пошлом ничем не болела. Объективно; бледность кожных и слизистых. Петехиальная геморрагическая сыпь на предплечье. При аускультации мягкий убывающего характера диастолический шум на аорте и в Vточке. Пульс -93 уд/мин., АД - 140/60 мм.рт.ст. Пальпируется край селезенки.

Ваш предварительный диагноз ?

Какие обследования необходимы провести?

Принципы лечения?

**ТЕМА: Врожденные и приобретенные пороки сердца**

*Входной контроль*

1. Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение:

 А.Ортопноэ.

 Б.Лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.

 В.На корточках.

 Г.Ни одного из перечисленных.

2.Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

 А.Аортальной недостаточности.

 Б.Трикуспидальной недостаточности.

 В.Митральной недостаточности.

 Г.Митрального стеноза

3. Положительный венный пульс наблюдается при:

 А.Аортальной недостаточности.

 Б.Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.

 В.Трикуспидальной недостаточности.

 Г.Митральной недостаточности.

4. Повышение систолического и понижение диастолического АД свойственно:

 А.Аортальной недостаточности.

 Б.Незаращению артериального (Боталлова) протока.

 В.Артериовенозным шунтам.

 Г.Всему перечисленному.

 Д.Ни одному из перечисленных.

5. К ослаблению звучности I тона может привести:

 А.Разрушение атриовентрикулярных клапанов.

 Б.Снижение сократительной функции левого желудочка.

 В.Резкое ограничение подвижности створок атриовентрикулярных клапанов.

 Г.Все перечисленное.

6. ."Ритм перепела" при митральном стенозе обусловлен:

 А.Расщеплением I тона.

 Б.Расщеплением II тона.

 В.Наличием патологического III тона.

 Г.Наличием тона (щелчка) открытия митрального клапана.

 Д.Наличием диастолического шума.

7. Шум Грехема Стилла - это:

 А.Диастолический шум относительной недостаточности клапана легочной артерии.

 Б.Диастолический шум относительного стеноза митрального клапана.

 В.Систолический шум при стенозе легочной артерии.

 Г.Пресистолический шум при митральном стенозе.

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

 А.Пролапса митрального клапана.

 Б.Миксомы левого предсердия.

 В.Аортальной недостаточности.

 Г.Митрального стеноза.

9. Термином "сердечная астма" обозначают:

 А.Возникновение одышки при нагрузке.

 Б.Возникновение одышки во время стенокардии.

 В.Приступы пароксизмальной ночной одышки у больных с левожелудочковой недостаточностью.

 Г.Все перечисленное.

 Д.Ничего из перечисленного.

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

 А.Аортальным стенозом.

 Б.Митральным стенозом.

 В.Аортальной недостаточностью.

 Г.Митральной недостаточностью.

 Д.Правильно 1 и 3.

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

 А.Понижении центрального венозного давления.

 Б.Повышении центрального венозного давления.

 В.Нормальном центральном венозном давлении.

12. Пульсация сонных артерий увеличенной амплитуды характерна для:

 А.Аортальной недостаточности.

 Б.Тиреотоксикоза.

 В.Выраженной анемии.

 Г.Всего перечисленного.

 Д.Правильно 1 и 2.

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

 А.Составляет 20-30 мм.рт.ст.

 Б.Составляет 50-70 мм.рт.ст.

 В.Составляет 100-120 мм.рт.ст.

 Г.Отсутствует.

14. Систолическая пульсация печени и крупных вен бывает при:

 А.Стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия.

 Б.Недостаточности аортального канала.

 В.Гипертрофической кардиомиопатии.

 Г.Недостаточности трехстворчатого клапана.

 Д.Правильного ответа нет.

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

 А.Дилатационной кардиомиопатии.

 Б.Стеноза левого предсердножелудочкового отверстия.

 В.Стеноза устья аорты.

 Г.Гипертонической болезни.

 Д.Правильного ответа нет.

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

 А.Митральной недостаточности.

 Б.Митрального стеноза.

 В.Дефекта межжелудочковой перегородки.

17. Причиной выслушивания "щелчка" во время систолы:

 А.Чаще всего является пролабирование створок митрального клапана.

 Б.Может быть констриктивный перикардит.

 В.Может быть митральный стеноз.

 Г.Все ответы правильные.

 Д.Правильный 1 и 2.

18. Смещение верхушечного толчка не отмечается у больных с:

 А.Митральным стенозом.

 Б.Недостаточностью аортального клапана.

 В.Недостаточностью митрального клапана.

 Г.Стенозом устья аорты.

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

 А.Митрального стеноза.

 Б.Аортальной недостаточности.

 В.Открытого артериального протока.

 Г.Дефекта межпредсердной перегородки.

20. Вариант гипертрофии правого желудочка типа RSR наиболее характерен для больных с:

 А.Митральным стенозом.

 Б.Митральной недостаточностью.

 В.Дефектом межпредсердной перегородки.

 Г.Хроническим обструктивным заболеванием легких.

 Д.Дефектом межжелудочковой перегородки.

21. Вариант гипертрофии правого желудочка "S-тип" наиболее характерен для больных с:

 А.Митральным стенозом.

 Б.Митральной недостаточностью.

 В.Дефектом межпредсердной перегородки.

 Г.Хроническим обструктивным заболеванием легких.

 Д.Дефектом межжелудочковой перегородки.

22. У больных с дефектом межжелудочковой перегородки:

 А.ЭКГ может быть в пределах нормы.

 Б.Могут быть признаки гипертрофии левого желудочка.

 В.Могут быть признаки гипертрофии правого желудочка.

 Г.Могут быть признаки гипертрофии обоих желудочков.

 Д.Возможны все перечисленные изменения ЭКГ.

23. Сочетание признаков гипертрофии левого предсердия и правого желудочка является признаком:

 А.Стеноза легочной артерии.

 Б.Дефекта межпредсердной перегородки.

 В.Митрального стеноза.

 Г.Аортальной недостаточности.

 Д.Правильно 2 и 3.

24. Положительный венный пульс наблюдается при:

 А.Аортальной недостаточности.

 Б.Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.

 В.Трикуспидальной недостаточности.

 Г.Митральной недостаточности.

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

 А.Аортальной недостаточности.

 Б.Коарктации аорты.

 В.Здоровых людей.

 Г.Больных с недостаточностью кровообращения.

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

 А.Аортального стеноза.

 Б.Митрального стеноза.

 В.Аортальной недостаточности.

 Г.Митральной недостаточности.

 Д.Пролапса митрального клапана.

27. Причиной выслушивания "щелчка" во время систолы:

 А.Чаще всего является пролабирование створок митрального клапана.

 Б.Может быть констриктивный перикардит.

 В.Может быть митральный стеноз.

 Г.Все ответы правильные.

 Д.Правильный 1 и 2.

28.Смещение верхушечного толчка не отмечается у больных с:

 А.Митральным стенозом.

 Б.Недостаточностью аортального клапана.

 В.Недостаточностью митрального клапана.

 Г.Стенозом устья аорты.

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

 А.Митрального стеноза.

 Б.Аортальной недостаточности.

 В.Открытого артериального протока.

 Г.Дефекта межпредсердной перегородки.

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

 А.Понижении центрального венозного давления.

 Б.Повышении центрального венозного давления.

 В.Нормальном центральном венозном давлении.

*Текущий контроль*

1. Назовите патогенетические механизмы появления у больных сочетанным аортальным пороком сердца следующих симптомов (*для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. «Пляска каротид» (симптом Мюссе)Ослабление II тона над аортой.Ощущение пульсации во всем теле | А. Значительный выброс крови из левого желудочка и резкие колебания давления в артериальной системе |
| 2. Систолический шум над аортой, проводимый на сонные артерии, и диастолический шум над аортой и в V точке | Б. Деформация и неполное смыкание створок аортального клапана или их неподвижность вследствие сращения |
| 3. Появление приступов сердечной астмы | В. Рабочая гипертрофия и дилятация левого желудочка |
| 4. Повышение систолического и снижение диастолического давления. | Г. Острая левожелудочковая недостаточность |
| 5. Головокружение и наклонность к обморокам. | Д. Развитие хронической правожелудочковой недостаточности |
| 6. Увеличение печени, отеки на ногах, диффузный цианоз, асцит, анасарка. |

Эталоны ответов: 1А, 2Б, 3А, 4Б, 5Г, 6А, 7А, 8В, 9Д

**ТЕМА: Диагностика инфаркта миокарда.**

*Текущий контроль*

1. Интенсивная боль за грудиной с иррадиацией в спину и левую руку. Какие изменения на ЭКГ вы ожидаете: +а) на ЭКГ – монофазная кривая с дискордантными изменениями в противоположных отведениях б) SIQIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса (ПНПГ) в) диффузные изменения реполяризации в V2-V6
2. Боли в нижней трети грудины в течение 5 дней больной расценил как изжогу. На ЭКГ – Q-образующий инфаркт миокарда нижней стенки: а) в общем анализе крови – лейкоцитоз, нормальная СОЭ, повышение активности АСТ, АЛТ, КФК б) повышение активности ЛДГ, лейкоцитоз +в) в общем анализе крови – нормальное содержание лейкоцитов, ускорение СОЭ, повышение активности ЛДГ
3. У больного ТЭЛА, что ожидаете в лабораторных анализах: а) лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение активности АСТ, АЛТ, КФК, положительный тропониновый тест б) повышение активности свертывающей системы, КФК, КФК–МВ +в) повышение активности ЛДГ, ее третьего изофермента, гиперкоагуляция
4. У больного интенсивный ангинозный приступ, который длится около 2х часов. На ЭКГ – в I, avL, V3-V6 монофазная кривая. Ваша тактика: а) раствор анальгина 50%-4,0 + 10000 Ед гепарина в/в б) раствор морфина в/в стр + 10000 Ед гепарина + р-р нитрата в/в капельно +в) раствор морфина в/в стр + тромболизис г) р-р морфина (или таламонала) в/в стр и нитраты в/в капельно; в ПСО – для проведения стентирования
5. На 10й день инфаркта миокарда на ЭКГ сохраняется монофазная кривая, вновь появился лейкоцитоз, повысилась температура тела. О чём думаете? а) о синдроме Дресслера б) о пролонгировано течении инфаркта миокарда +в) об острой аневризме сердца, осложнённой тромбоэндокардитом
6. Больной жалуется на интенсивную боль в левой половине грудной клетки, одышку. Что подозреваете, что предлагаете сделать для этого: а) сделать ЭКГ, взять кровь на СОЭ, лейкоциты, кровь на тропониновый тест б) обратить внимание на данные осмотра и физикальные данные, сделать ЭКГ, рентгенограмму органов грудной клетки +в) тщательно собрать анамнез, оценить объективные данные, сделать рентгенограмму органов грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КГ, определить давление в легочной артерии
7. Боли в грудной клетке возникли при физической нагрузке, сопровождаются одышкой; над левой половиной грудной клетки – тимпанит. Органы средостения смещены влево. Ваша тактика: а) покой, ингаляции кислорода, сделать ЭКГ, рентгенограмму органов грудной клетки, общий анализ крови, острофазовые белки +б) консультация хирурга, плевральная пункция во 2м межреберье с эвакуацией воздуха. Рентгенограмма органов грудной клетки
8. Боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при глубоком вдохе и резком повороте и наклонах туловища. Болезненность при пальпации грудной мышцы. Положительный симптом вытяжения. На ЭКГ – в V2-V5 регистрируется слабоотрицательный Т: а) не-Q-образующий инфаркт миокарда б) сухой плеврит +в) мышечно-дистрофический синдром г) межреберная невралгия
9. Сильнейшие боли за грудиной, коллапс, тахикардия. Под наркозом больной стонет. На ЭКГ – нарушение реполяризации в грудных отведениях. Ваше предположение и тактика: а) острый инфаркт миокарда, кровь на сывороточные ферменты, СОЭ и лейкоциты, тропониновый тест +б) расслаивающая аневризма грудного отдела аорты. Общий анализ крови (нет ли анемии), ЭХО-КГ, КТ или ЯМР-Т органов грудной клетки, консультация сосудистого хирурга
10. Боль в левом боку, бледность и цианоз верхней половины туловища, набухшие шейные вены, пальпируется болезненный край печени. Выберите план обследования для постановки диагноза: +а) ЭКГ, рентгенограмма органов грудной клетки, ОАК, кровь на свертывающую систему, консультация сосудистого хирурга б) ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенограмма органов грудной клетки, общий анализ крови, кровь на острофазовые реакции

**Тема: «Осложнения инфаркта миокарда»**

*Входной контроль*

1.Самый частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии:

 А.Боль в грудной клетке.

 Б.Кровохарканье.

 +В.Внезапная одышка.

 Г.Потеря сознания.

2..Наиболее специфические клинические признаки острой левожелудочковой недостаточности:

 А.Ортопное.

 Б.Пароксизмальная одышка (сердечная астма).

 В.Дыхание Чейн-Стокса.

 Г.Отеки на нижних конечностях.

 +Д.Правильно 1 и 2.

3.Самый ранний симптом отека легких:

 +А.Тахипное.

 Б.Страх.

 В.Потливость.

 Г.Кашель с жидкой мокротой.

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

 А.Расслоении аорты.

 Б.Тромбоэмболии легочной артерии.

 В.Остром панкреатите.

 +Г.Всем перечисленном.

5.Иррадиация болевых ощущений в спину наиболее характерна для:

 А.Стенокардии.

 Б.Инфаркта миокарда.

 +В.Расслоения аорты.

 Г.Всего перечисленного.

 Д.Правильно 1 и 2.

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

 А.Стенокардии.

 Б.Инфаркта миокарда.

 +В.Расслоения аорты.

 Г.Острого перикардита.

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

 А.Перикардита.

 Б.Плеврита.

 В.Остеохондроза шейно-грудного отдела.

 +Г.Всего перечисленного.

 Д.Правильно только 2 и 3.

8.Внезапная одышка может наблюдаться при:

 А.Тромбоэмболии легочной артерии.

 Б.Отеке легких.

 В.Пневмотораксе.

 Г.Тампонаде сердца.

 +Д.При всех перечисленных состояниях.

9.Термином "ортопное"называют:

 А.Увеличение частоты дыхания.

 +Б.Неспособность находиться в положении лежа из-за одышки.

 В.Возникновение одышки в положении сидя и облегчение ее в положении лежа.

 Г.Приступы сердечной астмы.

 Д.Правильного ответа нет.

10.Постоянная одышка наблюдается при:

 А.Левожелудочковой недостаточности.

 Б.Первичной легочной гипертензии.

 В.Врожденных пороках со сбросом крови справа-налево.

 Г.Эмфиземе легких.

 +Д.При всех перечисленных состояниях.

11.Термином "сердечная астма" обозначают:

 А.Возникновение одышки при нагрузке.

 Б.Возникновение одышки во время стенокардии.

 +В.Приступы пароксизмальной ночной одышки у больных с левожелудочковой недостаточностью.

 Г.Все перечисленное.

 Д.Ничего из перечисленного.

12.Наиболее часто встречающимся сочетанием симптомов при тромбоэмболии легочной артерии является:

 +А.Одышка, цианоз, тахикардия

 Б.Бронхоспазм, кровохаркание, тахикардия

 В.Цианоз, бронхоспазм, тахикардия

 Г.Кровохаркание, коллапс, одышка

13.При наличии патологического зубца Q в I и aVL отведениях очаговые изменения локализуются:

 А.В задне-базальной области левого желудочка.

 +Б.В верхне-боковой области левого желудочка.

 В.В правом желудочке.

 Г.В передне-перегородочной области.

14.Какие из указанных изменений ЭКГ наблюдаются при инфаркте миокарда задне-базальной локализации:

 А.Соотношение амплитуд зубцов R/S не менее 1,2 .

 Б.Отсутствие зубца S в отведениях V5-6.

 +В.Положительный зубец T наряду с высоким R и снижением сегмента ST в отведениях V1-2.

 Г.Все перечисленное.

 Д.Правильного ответа нет.

15.При возникновении повторного крупноочагового инфаркта миокарда в области рубца на ЭКГ можно наблюдать:

 А.Углубление зубца Q.

 Б.Переход зубца Q в QS.

 В.Подъем сегмента ST.

 +Г.Все перечисленное.

 Д.Ничего из перечисленного.

16.При тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ:

 А.В III отведении появляется зубец Q.

 Б.Имеются признаки гипертрофии правого желудочка.

 В.Появляются высокие зубцы Р во II, III, аVF отведениях.

 Г.Имеются признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса.

 +Д.Все ответы правильные.

17.У больных с острым нарушением мозгового кровообращения может наблюдаться:

 А.Удлинение интервала QT.

 Б.Увеличение амплитуды зубца T.

 В.Инверсия зубца T.

 Г.Депрессия сегмента ST.

 +Д.Все перечисленное.

18.При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:

 +А.Признака QIII SI.

 Б.Блокады правой ножки п.Гиса.

 В.Отрицательных зубцов T в отведениях V1-3.

 Г.Синусовой брадикардии.

 Д.Предсердных экстрасистол.

19.При передне-перегородочном инфаркте миокарда характерные изменения ЭКГ отмечаются:

 А.В отведениях I и аVL.

 Б.В отведениях II,III,аVF.

 +В.В отведениях V1-V4.

 Г.В отведениях V3-V4.

 Д.В отведениях V5-V6.

20.При инфаркте миокарда нижней локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

 А.I и II.

 +Б.II, III, аVF.

 В.V1-V2.

 Г.V5-V6.

21.При инфаркте миокарда боковой локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

 А.II, III, аVF.

 Б.V1-V4.

 +В.I, аVL, V5-6.

 Г.V1-2.

22.При инфаркте миокарда задней стенки (задне-базальный инфаркт) на ЭКГ отмечается:

 А.Появление патологических зубцов Q в отведениях II, III, аVF.

 Б.Увеличение высоты зубцов R в отведениях V1-2.

 В.Подъем сегмента ST в отведениях V1-2.

 Г.Депрессия сегмента ST в отведениях V1-2.

 +Д.Правильно 2 и 4.

23.Признаком инфаркта миокарда задней стенки (заднебазальный инфаркт) является:

 А.Увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-2.

 Б.Депрессия сегмента ST в отведениях V1-2.

 В.Положительные зубцы T в отведениях V1-2.

 +Г.Все перечисленное.

 Д.Ничего из перечисленного.

24.Регистрация подъема сегмента ST в отведении V1 у больных с острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком:

 А.Сопутствующего инфаркта задней стенки (заднебазальных отделов).

 +Б.Сопутствующего инфаркта правого желудочка.

 В.Сопутствующего передне-перегородочного инфаркта.

 Г.Всего перечисленного.

 Д.Ничего из перечисленного.

25.Регистрация депрессии сегмента ST в отведениях V1-V3 у больных с острым инфарктом миокарда нижней локализации может быть признаком:

 А.Так называемых реципрокных изменений.

 Б.Вовлечения задней стенки (задне-базальных отделов).

 В.Сопутствующего не-Q инфаркта миокарда передней стенки.

 +Г.Всего перечисленного.

26.Появление комплексов QS в отведениях V1-V3 наиболее характерно для инфаркта миокарда:

 +А.Передне-перегородочной локализации.

 Б.Нижней локализации.

 В.Боковой локализации.

 Г.Задней стенки.

27.У больных с блокадой левой ножки п.Гиса появление зубцов Q в отведениях аVL, I, V1-3 является признаком инфаркта миокарда:

 +А.Передне-перегородочной локализации.

 Б.Нижней локализации.

 В.Боковой локализации.

 Г.Задней стенки.

28.У больных с блокадой левой ножки п.Гиса появление зубцов Q в отведениях аVL, I, V5-6 является признаком инфаркта миокарда:

 А.Передне-перегородочной локализации.

 Б.Нижней локализации.

 +В.Боковой локализации.

 Г.Задней стенки.

 Д.Правильного ответа нет.

29.Гигантские отрицательные зубцы T (очень глубокие и резко уширенные) чаще всего регистрируются у больных с:

 А. не-Q инфарктом миокарда.

 Б.Тромбоэмболией легочной артерии.

 В.Синдромом ранней реполяризации желудочков.

 +Г.Субарахноидальным кровоизлиянием.

 Д.Пролапсом митрального клапана.

30.Причиной появления отрицательных зубцов T на ЭКГ может быть все перечисленное за исключением:

 А.Гипервентиляции.

 +Б.Гиперкалиемии.

 В.Дисгормональных нарушений.

 Г.Нарушений мозгового кровообращения.

 Д. не-Q инфаркта миокарда.

31.Причиной появления очень высоких зубцов T может быть:

 А.Гиперкалиемия.

 Б.Ваготония.

 В.Сверхострая фаза инфаркта миокарда.

 Г.Нарушения мозгового кровообращения.

 +Д.Все перечисленное.

32.Возникновение депрессии сегмента ST может быть следствием:

 А.Ишемии миокарда.

 Б. не-Q инфаркта миокарда.

 В.Реципрокных изменений при инфаркте миокарда с зубцом Q .

 +Г.Всего перечисленного.

 Д.Правильно 1 и 2.

33Появление на ЭКГ пауз (прямая линия) продолжительностью 2-3 сек. является признаком:

 А.Синоатриальной блокады I степени.

 +Б.Синоатриальной блокады II степени.

 В.Синоатриальной блокады III степени.

 Г.Атриовентрикулярной блокады II степени.

 Д.Правильно 1 и 2.

34.Желудочковые комплексы типа RSR` в отведении V1 являются признаком:

 +А.Блокады правой ножки п.Гиса.

 Б.Блокады левой ножки п.Гиса.

 В.Блокады левой передней ветви.

 Г.Блокады левой задней ветви.

 Д.Неспецифической внутрижелудочковой блокады.

35.Регистрация в отведениях I и V6 уширенных зубцов R (без зубцов Q и S) является признаком блокады:

 А.Правой ножки п.Гиса.

 +Б.Левой ножки п.Гиса.

 В.Левой передней ветви.

 Г.Левой задней ветви.

 Д.Неспецифической внутрижелудочковой блокады.

36.Для атриовентрикулярной блокады II степени с периодикой Самойлова-Венкебаха характерно:

 А.Постоянство интервалов РR.

 Б.Прогрессивное укорочение интервалов RR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS).

 В.Частое наличие блокады ветвей п.Гиса.

 Г.Прогрессивное удлинение интервала РR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS).

 +Д.Правильно 2 и 4.

37.Подъем сегмента ST в большинстве отведений (кроме аVR, аVL, V1) в сочетании с депрессией сегмента РR является признаком:

 А.Острого легочного сердца.

 +Б.Острого перикардита.

 В.Выпота в полость перикарда.

 Г.Микседемы.

38.Нитраты показаны при:

 А.Стенокардии напряжения.

 Б.Спонтанной стенокардии.

 В.Сердечной астме.

 +Г.Все ответы правильные.

 Д.Правильные только 2 и 3.

39.Внезапной коронарной смертью называют смерть:

 А.При остром инфаркте миокарда.

 +Б.Смерть в течение 1-го часа после возникновения неблагоприятных симптомов.

 В.Смерть при документированной фибрилляции желудочков.

 Г.Все ответы правильны.

40.Развитию сердечной недостаточности у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, могут способствовать:

 А.Формирование аневризмы левого желудочка.

 Б.Возникновение митральной недостаточности, вследствие дисфункции папиллярных мышц.

 +В.И то, и другое.

 Г.Ни то, и ни другое.

41.У больных с аневризмой левого желудочка часто наблюдается:

 А.Сердечная недостаточность.

 Б.Желудочковые аритмии.

 В.Образование тромба в области аневризмы.

 +Г.Все перечисленное.

 Д.Правильно только 1 и 3.

 Д.Правильного ответа нет.

42.У больных ИБС эндоваскулярную балонную дилятацию коронарных артерий, а не операцию аорто-коронарного шунтирования целесообраз-но проводить при:

 А.Поражении трех коронарных артерий.

 +Б.Проксимальном стенозе одной коронарной артерии.

 В.Дистальном стенозе двух коронарных артерий.

 Г.Правильно 1 и 3.

43.Эндоваскулярная балонная дилатация коронарных артерий по сравнению с операцией аорто-коронарного шунтирования:

 А.Менее травматична.

 Б.Имеет меньше осложнений.

 В.Уменьшает продолжительность пребывания больного в стационаре.

 +Г.Все перечисленное.

44.При наличии характерной клинической картины для установления диагноза крупноочагового инфаркта миокарда:

 +А.Достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента ST.

 Б.Желательно определение активности ферментов сыворотки крови в динамике.

 В.Обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронароангиографии.

 Г.Правильного ответа нет.

45.Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях,II,III,аVF является признаком:

 А.Передне-перегородочного инфаркта миокарда.

 +Б.Нижнего инфаркта миокарда.

 В.Бокового инфаркта миокарда.

 Г.Заднего инфаркта миокарда (задне-базального).

46.Регистрация патологического зубца Q и подъема ST в отведениях I, аVL, V5-V6 является признаком:

 А.Передне-перегородочного инфаркта миокарда.

 +Б.Бокового инфаркта миокарда.

 В.Нижнего инфаркта миокарда.

 Г.Заднего инфаркта миокарда.

47.Увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2 в сочетании с депрессией сегмента ST и положительным зубцом Т является признаком:

 А.Передне-перегородочного инфаркта миокарда.

 Б.Инфаркта миокарда правого желудочка.

 +В.Заднего инфаркта миокарда (задне-базального).

 Г.Мелкоочагового инфаркта миокарда.

 Д.Правильного ответа нет.

48.Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть:

 А.Депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5.

 +Б.Подъем сегмента ST в отведении V4R.

 В.Увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2.

 Г.Правильного ответа нет.

49.Основным методом патогенетической терапии больных к/о инфарктом миокарда, поступивших в первые 4 - 6 часов от начала заболевания, является:

 А.Коронарная ангиопластика (баллонное расширение коронарных артерий).

 +Б.Тромболитическая терапия.

 В.Аорто-коронарное шунтирование.

 Г.Внутривенная инфузия нитроглицерина.

49.Средством первого выбора для лечения частой желудочковой экстрасистолии в остром периоде инфаркта миокарда считается:

 А.Новокаинамид.

 +Б.Кордарон.

 В.Лидокаин.

 Г.Бета-блокаторы.

50.Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда является:

 +А.Кордарон.

 Б.Новокаинамид.

 В.Бета-блокаторы.

 Г.Лидокаин.

51.Для урежения частоты сердечных сокращений при пароксизмальной фибрилляции предсердий у больных острым инфарктом миокарда можно использовать:

 А.Финоптин.

 Б.Бета-блокаторы.

 В.Сердечные гликозиды.

 Г.Кордарон (В/в).

 +Д.Все перечисленные препараты.

52..При проведении электроимпульсной терапии по поводу трепетания предсердий, как правило, достаточно разряда мощностью:

 А.50-100 Дж.

 Б. 70-120 Дж.

 В.В зависимости от формы импульса дефибриллятора (моно или биполярный)

 +Г. Все перечисленное.

53.При проведении кардиоверсии по поводу фибрилляции предсердий мощность первого разряда, как правило, должна составлять:

 А.50 Дж.

 Б. 100 Дж.

 +В. 200 Дж.

 Г. 360 Дж.

54.Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда нижней локализации:

 А.В большинстве случаев развивается на уровне АВ-узла.

 Б.Как правило,носит обратимый характер.

 В.Обычно не сопровождается выраженными нарушениями гемодинамики.

 +Г.Все ответы правильные.

55.Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда передней локализации:

 А.Является плохим прогностическим признаком.

 Б.Как правило,развивается на уровне дистальных отделов системы Гиса-Пуркинье.

 В.В большинстве случаев наблюдается только у больных с очень обширным поражением миокарда.

 +Г.Все ответы правильны.

 Д.Правильного ответа нет.

56.Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

 А.Асистолия желудочков.

 +Б.Фибрилляция желудочков.

 В.И то, и другое.

 Г.Ни то,и ни другое.

58.При возникновении атриовентрикулярной блокады 3 степени у больных с передним инфарктом миокарда нецелесообразно:

 +А.Внутривенное введение атропина.

 Б.Проведение временной электрокардиостимуляции.

 В.При отсутствии кардиостимулятора можно использовать инфузию изопротеренола (изадрина).

 Г.Правильно 1 и 3.

59.При возникновении отека легких у больных с инфарктом миокарда показано назначение всех перечисленных препаратов, кроме:

 А.Морфина.

 Б.Нитроглицерина.

 +В.Преднизолона.

 Г.Фуросемида.

60.При возникновении отека легких у больного с инфарктом миокарда целесообразно назначение всех перечисленных препаратов, кроме:

 +А.Внутривенного введения хлористого кальция.

 Б.Внутривенного введения фуросемида.

 В.Внутривенного введения морфина.

 Г.Нитроглицерина.

61.Признаками гиповолемии при физикальном обследовании являются:

 А.Спадение подкожных вен.

 Б.Снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации).

 В.Отсутствие хрипов в легких.

 Г.Отсутствие ортопное.

 +Д.Все перечисленное.

62.Основным лечебным мероприятием у больных с выраженной гипотонией или клинической картиной шока при наличии признаков гиповолемии является:

 А.Внутривенная инфузия норадреналина.

 +Б.Внутривенное введение плазмозаменяющих растворов.

 В.Внутривенное введение сердечных гликозидов.

 Г.Правильного ответа нет.

 Д.Все перечисленное.

63.Основным лечебным мероприятием у больных с нижним инфарктом миокарда при возникновении резкой гипотонии и выраженной брадикардии является:

 А.Внутривенная инфузия норадреналина.

 Б.Внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% р-р глюкозы).

 +В.Внутривенное введение атропина.

 Г.Все ответы правильные.

 Д.Правильного ответа нет.

64.Основным лечебным мероприятием при выраженной гипотонии или клинической картине шока у больных с признаками инфаркта миокарда правого желудочка является:

 +А.Внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% р-р глюкозы).

 Б.Назначение диуретиков.

 В.Внутривенное введение сердечных гликозидов.

 Г.Ничего из перечисленного.

65.Для лечения кардиогенного шока целесообразно использовать все перечисленные препараты, кроме:

 А.Инфузии норадреналина.

 Б.Инфузии допамина.

 +В.Кордиамина.

 Г.Правильно 1 и 2.

 Д.Правильно 2 и 3.

66.При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД ) у больного с острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как:

 А.Разрыв межжелудочковой перегородки.

 Б.Тромбоэмболия легочной артерии.

 В.Инфаркт миокарда правого желудочка.

 +Г.Всех перечисленных осложнений.

 Д.Правильного ответа нет.

67.Причиной внезапного возникновения сердечной астмы или отека легких у больного с пансистолическим шумом скорее всего является:

 А.Разрыв свободной стенки левого желудочка.

 Б.Разрыв межжелудочковой перегородки.

 +В.Разрыв папиллярной мышцы.

 Г.Все ответы правильные.

68.Наиболее вероятнеой причиной возникновения острой правожелудочковой недостаточности и внезапного появления грубого систолического шума у больного с острым инфарктом миокарда является:

 А.Разрыв свободной стенки левого желудочка.

 +Б.Разрыв межжелудочковой перегородки.

 В.Разрыв папиллярной мышцы.

 Г.Тромбоэмболия легочной артерии.

 Д.Любое из перечисленных осложнений.

69.Среди осложнений, связанных с аневризмой сердца, реже всего встречается:

 А.Сердечная недостаточность.

 Б.Тромбоэмболия.

 +В.Разрывы миокарда.

 Г.Желудочковые аритмии.

70.К основным показателям, используемым для определения прогноза у больных, перенесших инфаркт миокарда, относятся:

 А.Определение фракции выброса.

 Б.Оценка степени поражения коронарных артерий.

 В.Наличие и выраженность желудочковых аритмий.

 +Г.Все перечисленное.

ять дополнительные отведения V7-V9.

71.При крупноочаговом инфаркте миокарда патологический зубец Q выявляется:

 А.Не позже,чем через 30 мин от начала заболевания.

 +Б.Обычно в течение первых нескольких часов.

 В.Не ранее,чем через 24 часа от начала заболевания.

 Г.На вторые-третьи сутки от начала заболевания.

72.Шум при разрыве межжелудочковой перегородки является:

 +А.Пансистолическим.

 Б.Мезосистолическим.

 В.Систоло-диастолическим.

 Г.Диастолическим.

73.Наиболее частой причиной возникновения систолического шума при остром инфаркте миокарда является:

 +А.Дисфункция папиллярных мышц.

 Б.Разрыв межжелудочковой перегородки.

 В.Отрыв сухожильных мышц.

 Г.Разрыв сухожильных хорд.

74."Ложная" аневризма сердца - это:

 А.Участок миокарда с парадоксальной пульсацией,но без истончения стенки левого желудочка.

 Б.Аневризма, заполненная организованным тромбом.

 В.Аневризма межжелудочковой перегородки.

 +Г."Прикрытая" перфорация.

75.Кардиогенный шок чаще развивается:

 А.При первом инфаркте миокарда.

 +Б.При повторном инфаркте.

 В.Частота возникновения этого осложнения одинакова при первом и при повторном инфаркте миокарда.

 Г.Четкой закономерности не выявляется.

76.При инфаркте миокарда гипотония может быть обусловлена:

 А.Гиповолемией.

 Б.Рефлекторным воздействием.

 В.Поражением миокарда.

 +Г.Всем перечисленным.

77.При истинном кардиогенном шоке у больных с острым инфарктом миокарда летальность достигает:

 А.20-30%.

 Б.40-50%.

 В.60-70%.

 +Г.80-100%.

78.Для истинного кардиогенного шока характерен:

 +А.Метаболический ацидоз.

 Б.Метаболический алкалоз.

 В.Может развиться как ацидоз,так и алкалоз.

 Г.Кислотно-щелочное равновесие существенно не изменяется.

79.Истинный кардиогенный шок при остром инфаркте миокарда развивается как правило:

 А.При поражении 20% массы миокарда.

 +Б.При поражении около 50% массы миокарда.

 В.Развитие кардиогенного шока не связано с объемом поражения миокарда.

80.При кардиогенном шоке пульсовое давление:

 А.Может не изменяться.

 Б.Несколько повышается.

 В.Несколько понижается.

 +Г.Значительно уменьшается.

81.Кожные покровы при кардиогенном шоке:

 А.Цианотичные, сухие.

 Б.Бледные, сухие.

 +В.Бледные, влажные.

 Г.Розовые, влажные.

82.В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:

 +А.Резкое снижение сократительной функции левого желудочка.

 Б.Стрессовая реакция на боль.

 В.Артериальная гипотония.

 Г.Гиповолемия.

83.У больных инфарктом миокарда, осложнившимся кардиогенным шоком, температурная реакция:

 +А.Обычно не выражена.

 Б.Обычно резко выражена.

 В.Обычно выражена в такой же степени, как при неосложненном течении инфаркта миокарда.

84.Тромбоэндокардит при инфаркте миокарда чаще развивается:

 А.При длительном постельном режиме.

 Б.При чрезмерно ранней активизации больных.

 +В.При развитии аневризмы левого желудочка.

 Г.При дисфункции папиллярных мышц.

85.Для лечения тромбоэндокардита у больных с инфарктом миокарда следует применять:

 А.Антибиотики группы тетрациклина.

 Б.Антибиотики из группы аминогликозидов.

 +В.Нестероидные противовоспалительные препараты.

 Г.Производные нитрофурана.

86.Наиболее эффективны при лечении синдрома Дресслера:

 А.Антибиотики.

 Б.Нестероидные противовоспалительные препараты.

 В.Анальгетики.

 Г.Антигистаминные.

 +Д.Глюкокортикоиды.

87.При эпистенокардитическом перикардите у больных инфарктом миокарда могут быть использованы:

 А.Антигистаминные препараты.

 +Б.Нестероидные противовоспалительные препараты.

 В.Глюкокортикоиды.

88.Эффективность электрической дефибрилляции при "первичной" фибрилляции желудочков у больных инфарктом миокарда (в том случае, если она производится своевремен-но)составляет:

 А.30-40%.

 Б.50-60%.

 В.70-80%.

 +Г.свыше 90%.

89.При выполнении закрытого массажа сердца у больных с инфарктом миокарда частота компрессии грудной клетки должна составлять:

 А.40-50 в мин.

 Б.60-70 в мин.

 +В.80-100 в мин.

90.Критериями эффективности тромболитической терапии у больных с острым инфарктом миокарда являются:

 А.Уменьшение болевого синдрома.

 Б."Реперфузионные"аритмии.

 В.Быстрое возвращение сегмента ST ЭКГ к изолинии.

 +Г.Все перечисленное.

 Д.Ничего из перечисленного.

91.При восстановлении проходимости окклюзированной коронарной артерии у больных острым инфарктом миокарда в первые часы заболевания наблюдается:

 +А.Быстрое возвращение сегмента ST к изолинии.

 Б.Исчезновение патологических зубцов Q.

 В.Более медленное возвращение сегмента ST к изолинии.

 Г.Динамика сегмента ST носит обычный характер.

92.У больных с инфарктом миокарда восстановление проходимости окклюзированной коронарной артерии под влиянием тромболитической терапии обычно сопровождается:

 +А.Появлением желудочковых аритмий.

 Б.Антиаритмическим эффектом.

 В.Восстановление проходимости существенно не сказывается на динамике нарушений ритма.

93.При инфаркте миокарда наиболее эффективным способом введения тромболитических препаратов является:

 +А.Внутрикоронарное введение.

 Б.Внутривенное введение.

 В.Внутримышечное введение.

 Г.Эффективность тромболитической терапии не зависит от способа введения.

94.Инфаркт миокарда правого желудочка чаще встречается:

 А.Изолированно.

 Б.При одновременном поражении передней стенки левого желудочка.

 +В.При одновременном поражении нижней стенки левого желудочка.

 Г.При одновременном поражении предсердий.

95.Основным патогенетическим фактором инфаркта миокарда является:

 А.Спазм коронарной артерии.

 +Б.Тромбоз коронарной артерии.

 В.Окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой.

 Г.Внезапное повышение потребности миокарда в кислороде.

96.Бета-блокаторы для вторичной профилактики больным, перенесшим инфаркт миокарда, следует назначить:

 А.На 2-3 месяца.

 Б.На 4-6 месяцев.

 В.На 1-2 года.

 +Г.Пожизненно.

97.У больных, перенесших инфаркт миокарда, длительный прием аспирина:

 +А.Уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда.

 Б.Не влияет на прогноз.

 В.Уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин.

 Г.Благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан.

98.Больные с инфарктом миокарда,осложнившимся первичной фибрилляцией желудочков, по сравнению с остальными больными в целом характеризуются:

 А.Более выраженным ангинозным синдромом.

 Б.Более выраженными нарушениями гемодинамики.

 В.Большими размерами очага некроза.

 Г.Все ответы правильные.

 +Д.Правильного ответа нет.

99.У больных инфарктом миокарда эффективность реанимационных мероприятий:

 +А.При первичной фибрилляции желудочков выше, чем при вторичной.

 Б.При вторичной фибрилляции желудочков выше, чем при первичной.

 В.Одинакова при этих видах фибрилляции.

 Г.Данный вопрос не изучен.

100.Риск развития фибрилляции желудочков у больных инфарктом миокарда наиболее высок:

 +А.В первые минуты заболевания.

 Б.Через 3 - 4 часа от начала заболевания.

 В.К концу первых суток заболевания.

 Г.На вторые сутки заболевания.

101.Улучшить отдаленный прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда, позволяют:

 А.Нитраты.

 Б.Непрямые антикоагулянты.

 +В.Бета-блокаторы.

 Г.Все перечисленное.

 Д.Ни один из перечисленных.

102.Желудочковые аритмии у больных с острым инфарктом миокарда встречаются:

 А.Менее,чем в половине случаев.

 Б.У 50-70% больных.

 +В.Практически у всех больных.

103.Введение лидокаина больным в первые сутки инфаркта миокарда:

 А.Уменьшает вероятность возникновения фибрилляции желудочков.

 Б.Не влияет на частоту возникновения фибрилляции желудочков.

 В.Увеличивает частоту асистолии желудочков.

 +Г.Правильно 1 и 3.

104.Вероятность возникновения "пробежек" желудочковой тахикардии в первые сутки инфаркта миокарда по сравнению с вероятностью развития фибрилляции желудочков:

 А.Значительно ниже.

 +Б.Значительно выше.

 В.Практически такая же.

 Г.Определенных данных по этому вопросу нет.

105.При перикардитах после операций на сердце и у больных с инфарктом миокарда при синдроме Дресслера обычно назначают преднизолон суточной дозе:

 А.15-30 мг.

 +Б.50-60 мг.

 В.70-100 мг.

 Г.120-200 мг.

106.У больных с перикардитом могут быть использованы:

 А.Ацетилсалициловая кислота.

 Б.Глюкокортикоиды.

 В.Индометацин.

 +Г.Любой из перечисленных препаратов.

107.Боль в грудной клетке при остром перикардите, как правило, уменьшается:

 А.В положении лежа на спине.

 +Б.При наклоне вперед.

 В.При движениях туловищем.

 Г.Во время вдоха.

 Д.Правильно 1 и 4.

108.При остром перикардите у большинства больных на ЭКГ отмечается:

 +А.Подьем сегмента ST в большинстве отведений.

 Б.Подьем сегмента PQ в отведении aVR.

 В.Депрессия сегмента PQ в большинстве отведений.

 Г.Все перечисленное.

 Д.Правильно 1 и 2.

109.Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

 А.Нитраты.

 Б.Папаверин или (но-шпа).

 +В.Нестероидные противовоспалительные препараты.

 Г.Стероидные препараты.

 Д.Наркотические анальгетики.

110.Минимальное количество жидкости, которое может привести к тампонаде, при быстром накоплении составляет:

 А.10-50 мл.

 +Б.100-200 мл.

 В.500-1000 мл.

 Г.1,5-2,0 л.

 Д.Более 2,0 л.

111.Для больных с тампонадой сердца характерны:

 +А.Одышка при нагрузке.

 Б.Ортопное.

 В.Приступы сердечной астмы.

 Г.Все перечисленное.

 Д.Ничего из перечисленного.

112.При физикальном обследовании для больных с тампонадой сердца характерно:

 А.Набухание вен шеи.

 Б.Тахикардия.

 В.Парадоксальный пульс.

 +Г.Все перечисленное.

 Д.Правильно 1 и 2.

113.Признаком тампонады сердца при физикальном обследовании является:

 А.Систолический шум.

 Б.Альтернирующий пульс.

 +В.Парадоксальный пульс.

 Г.Все перечисленное.

 Д.Правильно 1 и 3.

 114.Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

 А.Слабость.

 +Б.Приступы сердечной астмы.

 В.Отеки ног.

 Г.Венозный застой в большом круге кровообращения.

 Д.Все перечисленное.

115.Основным признаком правожелудочковой сердечной недостаточности является:

 А.Слабость.

 Б.Одышка.

 В.Приступы сердечной астмы.

 +Г.Венозный застой в большом круге кровообращения.

 Д.Все перечисленное.

116.При кардиогенном шоке наименее выраженное уменьшение кровотока отмечается в сосудах:

 А.Почек.

 +Б.Скелетных мышц.

 В.Мозга.

 Г.Кожи.

 Д.Примерно одинаково снижается кровоснабжение всех перечисленных органов и тканей.

117.Экстракардиальными причинами острой недостаточности кровообращения с клинической картиной шока могут быть:

 А.Кровотечение.

 Б.Сепсис, вызванный грамм-отрицательными бактериями.

 В.Анафилаксия.

 +Г.Все перечисленное.

 Д.Правильного ответа нет.

118.У больных с кардиогенным шоком, как правило, отмечается некроз миокарда, массой не менее, чем:

 А.10% миокарда.

 Б.20% миокарда.

 +В.40% миокарда.

 Г.60% миокарда.

 Д.90% миокарда.

119.При окклюзии правой коронарной артерии:

 А.Никогда не бывает кардиогенного шока.

 +Б.Примерно у 25% больных отмечается сопутствующий инфаркт правого желудочка.

 В.Инфаркт правого желудочка наблюдается крайне редко.

 Г.Никогда не бывает АВ-блокады.

 Д.Правильного ответа нет.

120.К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относятся:

 А.Устойчивая желудочковая тахикардия.

 Б.Мерцание предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

 В.Брадиаритмия у больных с нарушением функции левого желудочка.

 Г.Мерцание предсердий у больных с выраженным аортальным стенозом.

 +Д.Все перечисленное.

121.Частой причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда являются все нижеперечисленные осложнения, за исключением:

 А.Разрыва головки папиллярной мышцы.

 Б.Разрыва межжелудочковой перегородки.

 +В.Перикардита.

 Г.Инфаркта миокарда правого желудочка.

 Д.Разрыва левого желудочка.

122.Причиной кардиогенного шока могут быть следующие поражения:

 А.Обструкция верхней полой вены.

 Б.Внутрисердечные опухоли.

 В.Массивная тромбоэмболия легочной артерии.

 Г.Аортальный стеноз.

 +Д.Все перечисленное.

123.Причиной острой тампонады сердца может быть:

 А.Вирусный перикардит.

 Б.Выпот в перикард при злокачественных опухолях.

 В.Уремия.

 Г.Разрыв левого желудочка.

 +Д.Правильно 1 и 4.

124.Если сердечно-легочную реанимацию осуществляет один человек, то наружный массаж сердца и искусственное дыхание целесообразно проводить в соотношении:

 А.5:1.

 Б.10:1.

 +В.30:2.

*Текущий контроль (может быть несколько ответов).*

1.Укажите при каких осложнениях инфаркта миокарда: 1.отек лёгких, 2.кардиогенный шок, 3.разрыв миокарда, 4.тромбоэмолия, 5.постинфарктный синдром, 6.аритмия наблюдаются следующие симптомы:

А) анурия, Б) гемипарез, В) шум трения перикарда, Г) внезапная смерть, Д) клокочущее дыхание.

2.Укажите при каких заболеваниях: 1.острый инфаркт миокарда, 2.ТЭЛА, 3.спонтанный пневмоторакс, 4.ОКС, 5.плевропневмония наблюдаются следующие симптомы: А) смещение органов средостения, Б)боль за грудиной, В)шум трения перикарда, Г)бронхиальное дыхание, Д)S1-Q3 на ЭКГ.

3.Сопоставьте изменения на ЭКГ: 1.S1-Q3,2.Q V1-V3,3.подъём ST в 1,2,3 отведениях,4.снижение ST в 1,2,avl, 5.подъём ST во 2,3,avf c перечнем заболеваний:

А) инфаркт миокарда, 2)ТЭЛА, 3) перикардит, 4) лёгочное сердце.

4.Сопоставьте имеющиеся у больных признаки: 1.мозговая кома, 2.судороги, парезы, 3.афазия, 4.тошнота, рвота, 5.боли в эпигастрии, 6.запоры,7.парез желудка и кишечника с возможными заболеваниями: АОНМК, Б) острый инфаркт миокарда, В) язвенная болезнь желудка, Г) А+Б.

5.Какие осложнения инфаркта миокарда: 1.разрыв межжелудочковой перегородки; 2.разрыв сосочковых мышц; 3. ТЭЛА могут быть у больных при наличии А) резких загрудинных болей; Б) шока; В) правожелудочковой недостаточности; В) систолического шума; Г) нарастающего отёка лёгких.

6.У больного имеются: 1.кровохарканье; 2.усиление одышки; 3.тахикардия; 4.повышение температуры;5.шум трения плевры. О каких заболеваниях можно думать: А) плевропневмония; Б)инфаркт миокарда; В) ТЭЛА, Г) туберкулёз; Д) +Б; Е)Б+В+Г.

7.Какие нарушения ритма и проводимости: 1.желудочковая экстрасистолия; 2.пароксизм фибрилляции предсердий; 3.фибрилляция желудочков;4.а-в блокада; 5.желудочковая тахикардия наиболее часто встречаются при: А) инфаркте миокарда передней стенки; Б) перикардите; В) инфаркте миокарда задней стенки; Г) миокардите?

8.Какое лечение: 1.анаприлин; 2.лидокаин; 3.новокаинамид;4.поляризующая смесь; 5.всё перечисленное; 6.правильного ответа нет показано при экстрасистолии у больных инфарктом миокарда: А) предсердной Б) частой групповой; В) желудочковой.

9.При каких заболеваниях: 1)ТЭЛА; 2) плевропневмония; 3) инфаркт миокарда 4. расслаивающая аневризма аорты 5. перикардит; 6. острый перикардит могут быть: А)острая левожелудочковая недостаточность; Б) острая аневризма сердца; В) аритмии; Г) тромбоэмболии с инфарктом органов; Д )шок; Е )разрыв сердца; Ж) шум трения перикарда; Е) абдоминальный синдром?

10.Укажите при каких осложнениях инфаркта миокарда: 1.кардиогенном шоке; 2.тромбоэмболии; 3.фибрилляции желудочков; 4.брадикардии; 5.синдроме Дресслера применяют следующие средства: А) строфантин; Б) преднизолон; В) альтеплаза; Г) атропин; Д) дефибрилляцию; Е) гепарин; Ж) допмин?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Тема: «Нарушения ритма и проводимости»**

*Входной контроль*

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

 А.Синусового узла

 +Б.Клеток сократительного миокарда

 В.Атрио-вентрикулярного узла

 Г.Пучка Гиса и его разветвлений

 Д.Волокон Пуркинье

2.Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

 +А.Замедление проведения импульсов

 Б.Ускорение проведения импульсов

 В.Генерация импульсов

 Г.Все переч исленное

 Д.Ничего из перечисленного

3.Наличие аритмии у больного всегда указывает на:

 А.Заболевание сердца.

 Б.Плохой прогноз жизни у данного больного.

 +В.Может выявляться у практически здоровых людей.

 Г.Все перечисленное.

 Д.Только 1 и 2.

4.Абсолютный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

 А.Продолжительности комплекса QRS.

 Б.Продолжительности сегмента ST.

 +В.Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.

 Г.Окончанию зубца T.

5.Относительный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

 А.Продолжительности комплекса QRS.

 Б.Продолжительности сегмента ST.

 +В.Продолжительности зубца T.

 Г.Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.6.Наибольшей автоматической активностью в норме обладают:

 +А.Синусовый узел.

 Б.Атрио-вентрикулярное соединение.

 В.Пучок Гиса.

 Г.Волокна Пуркинье.

 Г.Все ответы правильные.

 +Д.Правильного ответа нет.

 +Г.Все перечисленное.

7.Метод чреспищеводной стимуляции предсердий позволяет:

 А.Провоцировать и купировать ускоренный ритм АВ-содинения.

 Б.Провоцировать и купировать пароксизмы мерцания предсердий.

 +В.Провоцировать и купировать пароксизмы трепетания предсердий.

 Г.Все ответы правильные.

.8.При проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции ритм навязывается:

 А.Правому предсердию.

 +Б.Левому предсердию.

 В.Правому желудочку.

 Г.Левому желудочку.

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

 А.Оценить функцию синусового узла.

 Б.Оценить функцию АВ-узла.

 В.Провоцировать суправентрикулярные пароксизмальные нарушения ритма.

 +Г.Пpовоциpовать желудочковые паpоксизмальные нарушения ритма.

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

 А.Времени восстановления функции синусового узла.

 Б.Корригированного времени восстановления функции синусового узла.

 В.Времени синоатриального проведения.

 +Г.Всех перечисленных параметров.

 Д.Ни одного из перечисленных.

11Наиболее специфические клинические признаки острой левожелудочковой недостаточности:

 А.Ортопное.

 Б.Пароксизмальная одышка (сердечная астма).

 В.Дыхание Чейн-Стокса.

 Г.Отеки на нижних конечностях.

 +Д.Правильно 1 и 2.

12.Самый ранний симптом отека легких:

 +А.Тахипное.

 Б.Страх.

 В.Потливость.

 Г.Кашель с жидкой мокротой.

 Д.Правильно только 2 и 3.

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

 А.Менее 20 в мин.

 Б.20-30 в мин.

 +В.40-50 в мин.

 Г.60-80 в мин.

 Д.90-100 в мин.

14.Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

 А.Менее 20 в мин.

 +Б.20-30 в мин.

 В.40-50 в мин.

 Г.60-80 в мин.

.15 .АV соединение:

 А.Осуществляет задержку проведения импульса из предсердий к желудочкам.

 Б.Является центром автоматизма II порядка.

 В.Является центром автоматизма III порядка.

 Г.Правильного ответа нет.

 +Д.Правильно 1 и 2.

16.Продолжительность интервала PQ пpи увеличении ЧСС в норме:

 А.Увеличивается.

 +Б.Уменьшается.

 В.Обычно не меняется.

17.Синусовая аритмия:

 А.Нередко наблюдается у молодых людей.

 Б.Может быть проявлением нарушения функции синусового узла.

 В.В большинстве случаев связана с актом дыхания.

 Г.Может быть обусловлена нарушениями синоатриальной проводимости.

 +Д.Все ответы правильные.

18.Наиболее достоверным признаком выскальзывающего импульса является:

 А.Уширение комплекса QRS.

 Б.Удлинение интервала PQ.

 +В.Продолжительность нормального импульса до эктопического больше нормального расстояния RR.

 Г.Все ответы правильные.

 Д.Правильного ответа нет.

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

 А.Ретроградный зубец Р за комплексом QRS.

 Б.Отсутствие зубца Р.

 В.Тахикардия.

 Г.Брадикардия.

 +Д.Все ответы правильные.

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

 А.Изменения расстояния РР.

 Б.Изменения амплитуды и полярности Р.

 В.Отсутствие зубца Р у некоторых комплексов QRS .

 +Г.Все ответы правильные.

 Д.Правильного ответа нет.

21.Для ускоренного идиовентрикулярного ритма характерно:

 А.Наличие ретроградного зубца Р перед комплексом QRS.

 Б.Уширение комплекса QRS.

 В.Частота сердечных сокращений > 60 в минуту.

 Г.Все перечисленное.

 +Д.Правильно 2 и 3.

22.При экстрасистолии:

 +А.Продолжительность предэкстрасистолического интервала меньше нормального расстояния RR.

 Б.Всегда наблюдается расширение и деформация комплекса QRS.

 В.И то, и другое.

 Г.Ни то, и ни другое.

23.Для предсердной экстрасистолии характерно:

 А.Отсутствие уширения комплекса QRS.

 +Б.Наличие неполной компенсаторной паузы.

 В.Наличие полной компенсаторной паузы.

 Г.Все перечисленное.

24.Для экстрасистол из АВ-соединения характерно:

 А.Наличие неполной компенсаторной паузы.

 Б.Обычно неуширенный комплекс QRS.

 В.Отсутствие зубца Р перед комплексом QRS.

 +Г.Все перечисленное.

 Д.Ничего из перечисленного.

25.При экстрасистолии из левого желудочка:

 +А.Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса.

 Б.Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса.

 В.Правильного ответа нет.

26.При экстрасистолии из правого желудочка:

 А.Форма комплекса QRS экстрасистолы напоминает в отведениях V1-6 блокаду правой ножки пучка Гиса.

 +Б.Форма комплекса QRS экстрасистолы в отведениях V1-6 напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса.

 В.Правильного ответа нет.

27.Наиболее характерным признаком политопной экстрасистолии является:

 А.Меняющаяся форма комплекса QRS.

 Б.Правильного ответа нет.

 +В.Изменение продолжительности интервала сцепления.

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

 А.II, III и aVFотведениях.

 +Б.V1-2отведениях.

 В.V4-6отведениях.

 Г.I, aVLотведениях.

29.Признаками феномена WPW являются:

 А.Укороченный интервал PQ.

 Б.Наличие волны дельта.

 В.Расширение комплекса QRS.

 +Г.Все перечисленное.

30.При синоатриальной блокаде I степени на ЭКГ:

 А.Имеет место синусовая брадикардия с удлинением интервала РР.

 Б.Часто наблюдается синусовая аритмия.

 В.Могут появляться выскальзывающие сокращения.

 +Г.Патологических изменений не отмечается.

31.При синоатриальной блокаде II степени может наблюдаться:

 А.Постепенное замедление синоатриальной проводимости с последующим выпадением очередного импульса.

 Б.Не меняющееся время синоатриального проведения с выпадением очередного импульса.

 +В.И то, и другое.

 Г.Ни то, и ни другое.

32.При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдается:

 А.Выпадение комплексов РQRST.

 Б.Укорочение интервала РР перед выпадением импульсов.

 В.Выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса РQRST.

 +Г.Все перечисленное.

33.Синоаурикулярная блокада 2:1 на ЭКГ выглядит как:

 +А.Синусовая брадикардия.

 Б.Синусовая аритмия.

 В.Возможен каждый из перечисленных вариантов.

34.При АВ-блокаде II степени по типу Мобитц II наблюдается:

 А.Постепенное удлинение интервала РQ перед выпадением желудочкового комплекса.

 Б.Постепенное укорочение интервала РР перед выпадением желудочкового комплекса.

 +В.Выпадение одного или нескольких комплексов QRS.

 Г.Все ответы правильные.

 Д.Правильного ответа нет.

35.Для АВ-блокады II степени по типу Мобитц II характерно:

 А.Постоянство интервала РQ.

 Б.Пауза в возбужд.желудочков, продолжительность которой = 2 норм.расстояниям РР или кратна им

 В.Наличие выскальзывающих сокращений во время пауз в возбуждении желудочков.

 +Г.Все ответы правильные.

36.При АВ-блокаде II степени с коэффициентом проведения 3:2:

 +А.Из 3 синусовых импульсов на желудочки проводится 2.

 Б.Из 3 синусовых импульсов 2 блокируется.

 В.Правильного ответа нет.

37 .Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса является:

 +А.Резкое отклонение электрической оси влево.

 Б.Отклонение электрической оси вправо.

 В.Деформация комплекса QRS.

 Г.Расширение комплекса QRS > 0,10".

 Д.Изменение конечной части желудочкового комплекса.

38.С внутривенным введением новокаинамида может быть связано:

 А.Уширение комплекса QRS.

 Б.Удлинение интервала QT.

 В.Удлинение интервала РQ.

 Г.Появление тахикардии типа "пируэт".

 +Д.Все перечисленное.

39.С гиперкалиемией может быть связано:

 А.Укорочение интервала QT.

 Б.Высокие остроконечные зубцы T.

 В.Уширение комплекса QRS.

 +Г.Все перечисленное.

40.С гипокалиемией может быть связано:

 А.Уменьшение амплитуды зубца T.

 Б.Увеличение амплитуды зубца U.

 В.Депрессия сегмента ST.

 +Г.Все перечисленное.

41.У больных с острым нарушением мозгового кровообращения может наблюдаться:

 А.Удлинение интервала QT.

 Б.Увеличение амплитуды зубца T.

 В.Инверсия зубца T.

 Г.Депрессия сегмента ST.

 +Д.Все перечисленное.

42.Появление на ЭКГ пауз (прямая линия) продолжительностью 2-3 сек. является признаком:

 А.Синоатриальной блокады I степени.

 +Б.Синоатриальной блокады II степени.

 В.Синоатриальной блокады III степени.

 Г.Атриовентрикулярной блокады II степени.

 Д.Правильно 1 и 2.

43.Желудочковые комплексы типа RSR` в отведении V1 являются признаком:

 +А.Блокады правой ножки п.Гиса.

 Б.Блокады левой ножки п.Гиса.

 В.Блокады левой передней ветви.

 Г.Блокады левой задней ветви.

 Д.Неспецифической внутрижелудочковой блокады.

44.Регистрация в отведениях I и V6 уширенных зубцов R (без зубцов Q и S) является признаком блокады:

 А.Правой ножки п.Гиса.

 +Б.Левой ножки п.Гиса.

 В.Левой передней ветви.

 Г.Левой задней ветви.

 Д.Неспецифической внутрижелудочковой блокады.

45.Для атриовентрикулярной блокады II степени с периодикой Самойлова-Венкебаха характерно:

 А.Постоянство интервалов РR.

 Б.Прогрессивное укорочение интервалов RR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS).

 В.Частое наличие блокады ветвей п.Гиса.

 Г.Прогрессивное удлинение интервала РR перед паузами (перед выпадениями комплексов QRS).

 +Д.Правильно 2 и 4.

46. Сердечно-сосудистые препараты способные вызвать желудочковую тахикардию типа "пируэт":

А.Верапамил;

+Б. Этацизин;

В. Кардикет;

Г. Группа флоксацина;

Д. Амлодипин.

47. После стентирования у больных с фибрилляцией предсердий и риском тромбоэмболических осложнений назначают пожизненно:

 А. Ацетилсалициловую кислоту + клопидогрель.

 Б. Клопидогрель

 В. Ацетилсалициловую кислоту

 +Г. Варфарин.

48 Повышает концентрацию сердечных гликозидов в крови:

А. Дизопирамид.

Б. Пропранолол.

+В. Амиодарон.

Г. Новокаинамид.

49.Наиболее длительным полупериодом выведения из перечисленных препаратов обладает:

 А.Лидокаин.

 Б.Мекситил.

 В.Ритмилен.

 +Г.Кордарон.

 Д.Этмозин.

50.Волчаночноподобный синдром может развиваться при длительном приеме:

 +А.Новокаинамида.

 Б.Хинидина.

 В.Кордарона.

 Г.Этацизина.

*Текущий контроль. (Ответов может быть несколько)*

1. Проанализируйте какие нарушения ритма развиваются при перечисленных синдромах (ответов может быть несколько):

1)предсердная тахикардия

2)пароксизм фибрилляции предсердий

3)пароксизм трепетания предсердий

4)ритм из а-в соединения

5)а-в блокада 11 степени

6)все перечисленное

7)ничего из перечисленного.

А.синдром WPW; Б.СССУ ;В.синдром Фредерика; Г.синдром удлинённого QT

2.При каких из указанных заболеваний чаще встречаются следующие нарушения ритма и проводимости:

1)стенокардия; 2) АГ; 3)митральный стеноз; 4)ДКМП

а) тахикардия; б)брадикардия; в)фибрилляция предсердий; г)а-в блокада III степени.

3.Какие аритмии из указанных: 1) экстрасистолия, 2) синусовая тахикардия, 3) ритм из а-в соединения, 4) феномен WPW являются потенциально опасными для жизни больных

 а)АГ 1 ст. б) сахарным диабетом 2 ст. компенсированным. в)НЦД, г)постинфарктным кардиосклерозом.

4. Соотнесите наиболее характерные жалобы и физикальные данные больных:1)сильное сердцебиение, 2)перебои в области сердца, в)дефицит пульса, г)одышка с полученными данными на ЭКГ: а)экстрасистолия, б) отсутствие зубца Р, в) волны F, г)R-R=0,25сек.

5.Укажите какое расположение зубца Р относительно R характерно для пароксизмальной тахиаритмии:1) предсердной, 2)а-в., 3)желудочковой, 4) трепетания предсердий на ЭКГ: а)Р отсутствует, б)перед R, в)не связан с R, г)после R.

6.Какие методы и препараты применяются для купирования пароксимов:

1)суправентрикулярной тахикардии, б) желудочковой тахикардии, в)тахикардии из а-в соединения, г)тахикардии типа «пируэт»- А.массаж сонной артерии, Б.кардиоверсия, В.верапамил, Г.новокаинамид, Д.дигоксин. Е.А+Б, Ж.В+Д.

7.Какие заболевания чаще всего ведут к развитию: 1) полной а-в блокады, 2)фибрилляции предсердий, 3) политопной желудочковой экстрасистолии,4) блокады ЛНПГ.

Это могут быть: а. порок сердца, б. НЦД, в.тиреотоксикоз, г. ПИКС, д.инфаркт миокарда.

8. Какие методы наиболее эффективны при лечении больных со следующими нарушениями ритма: 1) а-в блокадой 1 ст., 2) а-в блокадой 3 ст., 3) синдромом WPW, 4) фибрилляции предсердий, 5) трепетании предсердий — А. имплантация ИВР. Б. кардиоверсия. В. ЧПЭКС. Г. РЧА. Д. всё перечисленное. Е. ничего из перечисленного.

9. Какие нарушения проводимости могут иметь место при наличии у больных: 1)ПИКС, 2) инфаркта миокарда, 3) ХЛС, 4) тиреотоксикоза - А. нарушения внутрипредсердной проводимости, Б. нарушения внутрижелудочковой проводимости, В. нарушения а-в проводимости

Г. А+Б, Д.Б+В. Е.все перечисленное.

10.Перечислите препараты, применяемые для профилактики пароксизмов при:1) предсердной тахикардии, 3) а-в тахикардии,4) при синдроме WPW/тахикардии, 2) а-в тахикардии,3) желудочковой тахикардии, 4) при синдроме WPW.

**ЗАДАЧИ**

Задача№1

Больной М.,45 л., поступил в больницу с жалобами на сильное сердцебиение, боли в сердце. Заболел остро: за 2 часа до поступления возник приступ болей за грудиной, вскоре появилось сердцебиение. После введения обезболивающих средств врачом ССП госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое, больной бледный, акроцианоз, конечности холодные, тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС-180 уд. В мин., пульс слабый, АД-80/60мм.рт.ст. ЭКГ: R-R-0,33, ритм правильный, QRS-0,14сек., автономный зубец Р. Лейкоциты крови -12000.

Вопросы: 1. Наиболее вероятный диагноз? 2.Какие мероприятия нужно проводить на догоспитальном этапе? 3.Протрактуйте ЭКГ. 4. Какие экстренные мероприятия необходимы?

Ответ: Инфаркт миокарда, пароксизм ЖТ, КШ. 2.наркотики, фибринолитики 3.На ЭКГ –ЖТ.

4. наркотики, кардиоверсия

Задача№2.

Больной Н.,65л., поступил в клинику с жалобами на частые перебои, ощущения замирания и остановки сердца, одышку, несильные боли за грудиной при физическом напряжении, приступы потери сознания. В анамнезе 4 года назад перенес ИМ. Последние 2 года отмечает изредка кратковременные (на несколько сек.) приступы потери сознания. При поступлении состояние средней тяжести, цианоз губ, пастозность голеней, в легких в задненижних отделах единичные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, аритмичные, пульс 48в мин. без дефицита. Живот мягкий, печень на 2см.ниже реберной дуги. ЭКГ-ритм синусовый, P-Q=0,20 сек.R-R-0,15сек,выпадает каждый второй-третитий желудочковый комплекс. Комплекс расширен, время внутреннего отклонения 0,06 сек., резкое отклонение электрической оси влево.

Вопросы:1.Каким заболеванием страдает больной? 2.С каким видом аритмии связаны его жалобы? 3.Какое лечение ему рекомендуется?

Задача №3

Больная 63 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие приступы слабости, головокружения, иногда с потерей сознания, одышку при ходьбе. Больна около 3 лет, когда при ходьбе стали появляться приступы слабости, головокружения .В последний год приступы, сопровождающиеся потерей сознания. В день поступления внезапно потеряла сознание, были судороги, непроизвольное мочеиспускание. При поступлении состояние средней тяжести. Цианоз губ. Отеков нет. В легких в задненижних отделах единичные влажные хрипы. Границы сердца: вправо на 1,5 см.от правого края грудины, левая на 2см от среднеключичной линии. На верхушке 1 тон глухой, но периодически его звучность усиливается, акцент 2 тона на аорте. Пульс 40 уд. / мин.,ритмичен,напряжен.АД-200/80мм.рт.ст.

ЭКГ: зубцы Р не связаны с комплексом QRS.Р-Р=0,75сек.,R-R=1,5сек.При рентгеноскопии :расширение границ сердца, увеличена амплитуда сокращений сердца и аорты.

Вопросы: 1.Назовите ведущий синдром в клинической картине заболевания.2.Какое нарушение ритма лежит в основе этого синдрома? 3.Какие причины могут вызвать эти нарушения? 4.Напишите клинический диагноз. 5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать ведущий клинический синдром. 6. Неотложная помощь во время приступа потери сознания. 7. Лечение в межприступном периоде.

Задача №4

Больная Л.,23г. Через 10 дней после перенесенной ОРВИ появились перебои в работе сердца, которые она ощущает только в горизонтальном положении. Они сопровождаются появлением чувства нехватки воздуха.

 Вопросы.1.Ваша тактика (диагностический поиск). 2.Диагноз. 3.Терапия (мотивировать)

Задача №5

Больной М.47лет. Около месяца испытывает сильное сердцебиение, кратковременные колющие боли в области сердца и одышку при физической нагрузке. Ранее болел только простудными заболеваниями. Злоупотребление алкоголем отрицает. При осмотре обращает на себя внимание телеангиоэктазии на коже лица, инъекция сосудов склер. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены,аритмичные,ЧСС-100 мин. ЭКГ-волны f

Вопросы1.Предположительный диагноз (обосновать) 2.Дифференциальный диагноз. 3.Терапия.

ЗАДАЧА №6.

Больная Ф.58л. Госпитализирована в связи с приступом сильного неравномерного сердцебиения, которое продолжается 3 суток и сопровождается нарастающей одышкой. При осмотре положение тела ортопное, акроцианоз, пастозность стоп и голеней. При аускультации сердца-1 тон громкий, диастолический шум на верхушке, в 5 точке, щелчок открытия митрального клапана. ЧСС-115-137 в мин., пульс 90-100 уд.в мин.ЧДД-23 в мин., в задненижних отделах легких влажные хрипы на фоне жесткого дыхания. Пальпируется болезненный край печени.

Вопросы.1.Расшифруйте ЭКГ (ЭКГ прилагается).2.Диагноз .3.Ваша тактика.

Задача №7.

Больная Д.,37л.В течение 2 лет страдает лабильной АГ с АД 150/80-180/90.В последние месяцы появились приступы сердцебиения длительностью по несколько часов. Ухудшилось настроение, появилась бессонница, плаксивость. ЭКГ-синусовая тахикардия.

Вопросы.1.Дифференциальный дигноз.2.Обследование.3.Терапия.

Задача №8.

Больная К., 64л. Последние 3 месяца беспокоит сильное сердцебиение, усиливающиеся при волнении и ходьбе. При осмотре: цианоз губ, пастозность стоп и голеней; в легких жесткое дыхание, влажные хрипы в заднее-нижних отделах; границы относительной тупости сердца расширены влево; тоны сердца приглушены, аритмичны, систолический шум на верхушке. акцент 2тона над легочной артерией;АД-140/80мм.рт.ст.Нижний край печени на3-4 см.ниже реберной дуги, закругленный, болезненный при пальпации.

1.Вопросы.1.Протрактуйте ЭКГ(прилагается). 2.Дифференциальный диагноз. 3.Необходимое обследование. 4.Диагноз. 5.Терапия.

Задача №9.

Больной М.,26л.Трижды за последние 5 месяцев перенёс приступы сильного сердцебиения, возникающие внезапно и также внезапно заканчивающиеся через 5- 30 мин.Они сопровождаются слабостью, потливостью, иногда частым мочеиспусканием. Вне приступов самочувствие хорошее. При осмотре сердечной патологии не выявлено. ЭКГ вне приступа норма.

Вопросы.1.Предположительный диагноз.2.Обследование.3.Терапия во время приступа и вне приступа.

 Задача№10.

Больной Л. 72 г.Страдает стенокардией ,перенёс инфаркт миокарда, появилась экстрасистолия. АД 130/80 мм.рт.ст. Явлений застойной сердечной недостаточности нет. ЭКГ прилагается.

Вопросы.1.Расшифруйте ЭКГ. 2.Обследование.3.Тактика.

Задача №11.

Больной Т.,32 г. В течение 3 месяцев отмечает появление одышки и сердцебиения при физической нагрузке; недавно появились приступы многочасового сильного сердцебиения, которые удалось зарегистрировать на ЭКГ. При осмотре явлений сердечной недостаточности нет. Границы относительной тупости сердца нормальные. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. АД -90/60мм .рт.ст. ЭКГ прилагается.

Вопросы.1.Расшифруйте ЭКГ.2.Предположительный диагноз.3.Тактика.

Задача №12.

Больной М.,25л. Предъявляет жалобы на ежедневные приступы внезапного сердцебиения. Первый приступ возник в 18-летнем возрасте, значительное учащение приступов произошло за последние 3 месяца после перенесённого ОРВИ. Лечение метопрололом неэффективно. При обследовании вне приступа сердечной патологии не выявлено. Пульс 73 в мин.АД120/80мм.рт.ст.Приступы купируются при натуживании. ЭКГ-норма.

Вопросы.1.Обследование.2.Предположительный диагноз.3.Лечение во время приступа и вне приступа.

Задача №13.

Больной З.,72г. Перенёс инфаркт миокарда, по поводу полной поперечной блокады имплантирован ЭКС.В магазине возник глубокий обморок. Пульс 42-71 в мин.АД 200мм.рт.ст.

Вопросы.1.Предположительный диагноз 2.Дифференциальный диагноз.3.Тактика.

Задача №14.

 Больной Н.,20л. Направлен на обследование в связи ежедневными приступами головокружения и предобморочными состояниями, возникшими 6 месяцев назад после простудного заболевания. ЭКГ-ритм синусовый, правильный, Р-Q-0,24сек.,R-R-075сек.

Вопросы.1.Необходимое обследование.2.Дагноз.3.Тактика.

Задача№15.

Больной К.,73 г.Доставлен после обморока с улицы. Два года тому назад перенёс инфаркт миокарда. При осмотре явлений застойной сердечной недостаточности нет. ЧСС-42,АД-190/90мм.рт.ст. ЭКГ прилагается.

Вопросы.1.Расшифруйте ЭКГ.2.Диагноз.3.Тактика.

Задача№16.

Больная Б.,27л. В течение 9 лет страдает приступами сильного сердцебиения продолжительностью по несколько часов, а последнее время свыше суток и сопровождаются коллапсом. Внутривенные вливания верапамила, новокаинамида, кордарона не всегда купируют приступы аритмии. С целью профилактики безуспешно принимала кордарон, этмозин, изоптин, метопролол. ЭКГ вне приступа норма.

Вопросы.1.Предварительный диагноз.2.Обследование.3.Тактика.