1..При обследовании больных с синдромом слабости синусового узла используется:

А.Проба с атропином.

Б.Проба с дозированной физической нагрузкой.

В.Чреспищеводная стимуляция предсердий.

Г.Суточное мониторирование ЭКГ.

+Д.Все перечисленное.

2.Для синкопального состояния не характерно:

А.Кратковременность потери сознания.

Б.Утрата мышечного тонуса.

В.Обратимость.

+Г.Сохранение слухового восприятия при потере сознания.

3.Наиболее эффективным путем введения лекарственных средств при сердечно-легочной реанимации является:

А.Внутрисердечное введение.

+Б.Внутривенное введение в одну из крупных вен.

В.Внутритрахеальное введение.

4.При мелкоочаговом инфаркте миокарда по сравнению с крупноочаговым инфарктом:

А.Реже наблюдается недостаточность кровообращения.

Б.Меньше объем поражения миокарда.

+В.Оба ответа правильные.

Г.Правильного ответа нет.

5.Электрокардиографическим признаком мелкоочагового инфаркта миокарда может являться:

А.Депрессия сегмента ST.

Б.Инверсия зубца Т.

В.Подъем сегмента ST.

Г.Депрессия сегмента ST в сочетании с инверсией зубца Т.

+Д.Все перечисленное.

6.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.

7.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.

8.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.

9.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.

10.Наиболее рациональным у большинства больных хронической недостаточностью кровообращения в условиях стационара следует считать использование гликозидов:

+А.Per os (внутрь).

Б.Путем внутривенных капельных вливаний.

В.Путем внутривенных струйных вливаний.

11.При аускультации сердца у больных с дефектом межпредсердной перегородки выслушивается:

А.Систолический шум с эпицентром во 2-3-м межреберье по левому краю грудины.

Б.Систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье по левому краю грудины.

В.Усиление 2-го тона над легочной артерией.

+Г.Правильные ответы 1 и 3.

Д.Правильные ответы 2 и 3.

12.Наиболее распространенным врожденным пороком сердца из нижеперечисленных является:

А.Дефект межпредсердной перегородки.

+Б.Дефект межжелудочковой перегородки.

В.Изолированный стеноз легочной артерии.

13.Экстрасистолией называют:

+А.Преждевременные импульсы.

Б.Импульсы, появляющиеся после паузы.

В.И то, и другое.

Г.Ни то, ни другое.

14.Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

А.Пучок Джеймса.

Б.Пучок Махайма.

+В.Пучок Кента.

15. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:

А.Укорочение интервала PR.

+Б."Дельта-волна".

В.Уширение комплекса QRS.

Г.Дискордантное смещение сегмента ST.

16.Желудочковая экстрасистолия:

А.Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца.

Б.Может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

+В.И то, и другое.

Г.Ни то, ни другое.

17.Средние эффективные суточные дозы этацизина составляют:

А.50-100мг.

+Б.150-200мг.

В.250-300мг.

Г.350-400мг.

Д.Более 400мг.

18.Средние суточные дозы кордарона при длительном приеме (после периода насыщения) составляют:

+А.200-400мг.

Б.600-800мг.

В.1000-1200мг.

Г.Более 1200мг.

19.Для урежения частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии назначают все нижеперечисленные препараты, кроме:

А.Финоптина.

Б.Дигоксина.

+В.Хинидина.

Г.Кордарона.

Д.Анаприлина.

20.Наиболее эффективен в купировании приступов наджелудочковой тахикардии:

А.Строфантин.

+Б.Финоптин.

В.Обзидан.

Г.Лидокаин.

Д.Мезатон.

21.Признаком дисфункции синусового узла является:

+А.Выраженная синусовая брадикардия.

Б.Мерцательная аритмия.

В.Предсердная экстрасистолия.

Г.Атриовентрикулярная блокада I степени.

Д.Все перечисленное.

22.Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:

+А.Выпадение комплексов QRS.

Б.Удлинение интервала PR.

В.Уширение комплексов QRS.

Г.Все перечисленное.

23.Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа 2 ("Мобитц-2") характерно:

А.Прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов.

Б.Постоянство интервала PR.

В.Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса.

+Г.Правильно 2 и 3.

Д.Все перечисленное.

24При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени выскальзывающий ритм с широкими комплексами QRS дает основание предположить развитие блокады:

А.На уровне АВ-узла.

Б.На уровне пучка Гиса.

В.На уровне ветвей пучка Гиса.

25. +Г.На любом уровне.

Признаком синоатриальной (СА) блокады II степени является:

А.Эпизодическое выпадение комплексов QRS.

Б.Эпизодическое исчезновение зубцов Р.

В.Отсутствие выскальзывающих сокращений во время паузы.

Г.Все перечисленное.

+Д.Правильно 1 и 2.

26.Эктопическим ритмом называют:

+А.Любой ритм, кроме синусового.

Б.Ритмы с частотой менее 60 в мин.

В.Ритмы с частотой более 100 в мин.

Г.Все ответы правильные.

Д.Правильного ответа нет.

27.Клиническое значение, прогноз и лечебные мероприятия при экстрасистолии и парасистолии:

+А.Примерно одинаковы.

Б.Парасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма.

В.Экстрасистолия, несомненно, является более серьезным нарушением ритма.

28.При частом ритме с широкими комплексами QRS, признаками желудочковой тахикардии являются:

А.Наличие "сливных" и/или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов").

Б.Наличие атриовентрикулярной диссоциации.

В.Наличие ретроградных зубцов Р.

Г.Отсутствие зубцов Р.

+Д.Правильно 1 и 2.

29.Полная нерегулярность ритма желудочковых сокращений наиболее характерна для:

А.Предсердной тахикардии.

+Б.Мерцания предсердий.

В.Атриовентрикулярной узловой тахикардии.

Г.Желудочковой тахикардии.

30.Показаниями к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца являются:

А.Субъективно плохая переносимость сердцебиения и/или перебоев в работе сердца.

Б.Выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией.

В.Неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

31.Наибольшее количество антиаритмических препаратов относится:

+А.К 1-му классу.

Б.Ко 2-му классу.

В.К 3-му классу.

Г.К 4-му классу.

32.Самым опасным осложнением, связанным с приемом хинидина

А.является:

Б.Головокружение.

В.Нарушение функции желудочно-кишечного тракта.

+Г.Возникновение желудочковой тахикардии типа "пируэт".

Д.Возникновение фиброза легких.

33.Средняя доза верапамила (финоптина) при в/в введении составляет:

+А.10 мг.

Б.20 мг.

В.30 мг.

Г.40 мг.

34.Рекомендуемая скорость в/в введения I г (10 мл 10% р-ра) новокаинамида составляет:

А.2 мин (500 мг/мин.).

Б.5-10 мин (100-200 мг/мин.).

+В.10-20 мин (50-100 мг/мин.).

35.Рекомендуемая скорость в/в введения обзидана:

+А.I мг/мин.

Б.2 мг/мин.

В.3 мг/мин.

Г.5 мг/мин.

36.Средством выбора для устранения гипотонии, возможной при в/в введении верапамила (финоптина), является:

А.Мезатон.

+Б.Хлористый кальций (или глюконат кальция).

В.Плазмозамещающие растворы.

Г.Сердечные гликозиды.

37.При назначении комбинации антиаритмических препаратов в уменьшенных дозах в большинстве случаев:

А.Наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений.

+Б.Отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата.

В.Правильного ответа нет.

Г.Наблюдается снижение эффективности.

38.Вероятность возникновения аритмогенного эффекта при назначении антиаритмических препаратов более высока у больных с:

А.Экстрасистолией.

Б.Наджелудочковыми аритмиями.

В.Тяжелыми желудочковыми аритмиями.

Г.Выраженным поражением миокарда.

+Д.Правильно 3 и 4.

39.Частота возникновения аритмогенного эффекта при приеме любого антиаритмического препарата составляет:

+А.Около 5-10%.

Б.20% - 30%.

В.40% - 50%.

Г.Более 50%.

40.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.

41. Основными способами лечения недостаточности кровообращения I стадии являются:

+А.Нормализация веса тела и ограничение употребления соли.

Б.Назначение сердечных гликозидов.

В.Назначение диуретиков.

Г.Все перечисленное.

Д.Только 2 и 3.

42.Средние поддерживающие дозы триампура в большинстве случаев составляют:

А.1 табл. в сут.

+Б.2-4 табл. в сут.

В.5-8 табл. в сут.

43.Максимальные суточные дозы фуросемида у больных сердечной недостаточностью достигают:

А.100 мг.

Б.200 мг.

В.300 мг.

Г.500 мг.

+Д.600 мг и более.

44.К бета-2-стимуляторам относятся все перечисленные препараты, за исключением:

А.Сальбутамола.

Б.Тербуталина.

В.Беротека.

+Г.Интала.

Д.Альбутерола.

45.Предсинкопальное состояние, проявляющееся головокружением, слабостью, бледностью, практически всегда предшествуют:

А.Обмороку при ортоститической гипотонии

+Б.Вазодепрессорному обмороку

В.Обмороку при синдроме Морганьи-Эдемса-Стока

46.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.

47.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.

48.Во время пункции вены мужчина 41 года потерял сознание. При осмотре кожа бледная, влажная, АД 90/50 мм рт.ст. Пульс ритмичный ЧСС 50 в 1 минуту. Через 10 секунд пришел в себя. Наиболее вероятная причина синкопального состояния:

+А.Вазодепрессорный обморок

Б.Ортостатическая гипотония

В.Приступ подкорковой эпилепсии

Г.Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса

49.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.

50.Наиболее частой причиной возникновения инфекционного эндокардита у наркоманов являются:

+А.Стафилококки.

Б.Стрептококки.

В.Энтерококки.

Г.Грибы.

Д.Синегнойная палочка.

51.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.

52.Наиболее частой причиной смерти больных с инфекционным эндокардитом является:

+А.Сердечная недостаточность.

Б.Эмболии в сосуды мозга.

В.Разрывы микотических аневризм.

Г.Неконтролируемая инфекция.

53.Для посева крови при подозрении на инфекционный эндокардит:

А.Как правило, достаточно одноразового взятия крови.

Б.Необходимо несколько проб крови, взятых во время повышения температуры.

В.Для диагноза достаточно получения положительной гемокультуры хотя бы в одной пробе крови.

Г.Правильно 1 и 3.

+Д.Правильно 2 и 3.

54.Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

А.Ревматизм.

Б.Атеросклероз.

В.Инфекционный эндокардит.

Г.Правильно 1 и 3.

+Д.Все перечисленное.

55.Митральный стеноз чаще всего является следствием:

+А.Ревматизма.

Б.Инфекционного эндокардита.

В.Системной красной волчанки.

Г.Атеросклероза.

56.При митральном стенозе тон (щелчок) открытия митрального клапана на ФКГ появляется после II тона через:

+А.0,08-0,11 сек.

Б.0,2-0,3 сек.

В.0,4-0,5 сек.

Г.0,6-0,8 сек.

57.При рентгенологическом исследовании с контрастированным пищеводом у больных митральным стенозом пищевод отклоняется по дуге:

+А.Малого радиуса.

Б.Большого радиуса.

В.Как правило,не отклоняется.

58.Характерными эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются:

А.Однонаправленное движение створок митрального клапана.

Б.Отсутствие расширения полости левого желудочка.

В.Расширение левого предсердия.

Г.Утолщение створок митрального клапана.

+Д.Все ответы правильные.

59.У больных с недостаточностью митрального клапана при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

+А.Вверх и влево.

Б.Влево.

В.Не увеличена.

Г.Все ответы неправильные.

60..При недостаточности митрального клапана I-й тон:

А.Усилен.

Б.Не изменен.

+В.Ослаблен.

62.При рентгенологическом исследовании с контрастированным пищеводом у больных с недостаточностью митрального клапана пищевод отклоняется по дуге:

А.Малого радиуса.

+Б.Большого радиуса.

В.Не отклоняется.

63.Причиной развития стеноза устья аорты могут быть:

А.Ревматизм.

Б.Атеросклероз.

В.Врожденная патология клапана.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

64.Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при:

А.Митральном стенозе.

Б.Недостаточности митрального клапана.

В.Недостаточности аортального клапана.

+Г.Стенозе устья аорты.

65.Характерными изменениями ЭКГ у больных со стенозом устья аорты являются все перечисленные, кроме:

+А.Блокады правой ножки пучка Гиса.

Б.Блокады левой ножки пучка Гиса.

В.Гипертрофии левого желудочка.

66. Для больных с недостаточностью аортального клапана характерным является все перечисленное, кроме:

А.Повышения систолического АД.

Б.Снижения диастолического АД.

В.Увеличения пульсового АД.

+Г.Повышения диастолического АД.

67. Третий тон сердца не должен выслушиваться:

А.У детей.

Б.При недостаточности митрального клапана.

В.При недостаточности трикуспидального клапана.

+Г.При митральном стенозе.

68.Нарушением ритма сердца, наиболее часто встречающимся у больных с митральным стенозом, является:

А.Предсердная пароксизмальная тахикардия.

+Б.Мерцательная аритмия.

В.Атриовентрикулярная диссоциация.

Г.Левопредсердный ритм.

69.Шум Флинта выслушивается на верхушке сердца при:

А.Митральном стенозе.

Б.Стенозе устья аорты.

+В.Недостаточности аортального клапана.

Г.Недостаточности митрального клапана.

70.Выслушивание "двойного" шума Дюрозье на бедренной артерии характерно для:

А.Стеноза устья аорты.

Б.Недостаточности клапана легочной артерии.

+В.Недостаточности аортального клапана.

Г.Недостаточности митрального клапана.

+Д.Низкого систолического артериального давления.

71.Для недостаточности трикуспидального клапана не характерны:

А.Пульсация яремных вен.

+Б.Пульсация сонных артерий.

В.Пульсация печени.

Г.Наличие систолического шума у основания мечевидного отростка.

72.Уменьшение сердечного выброса может быть связано с:

А.Микседемой.

Б.Митральным стенозом.

В.Сердечной недостаточностью.

Г.Тахисистолической формой мерцательной аритмии.

+Д.Всем перечисленным.

73.Целью назначения сердечных гликозидов у больных с митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии является:

А.Восстановление синусового ритма.

Б.Замедление частоты мерцания предсердий.

+В.Замедление частоты сокращений желудочков.

Г.Снижение активности симпатической нервной системы.

Д.Подавление активности блуждающего нерва.

74.К увеличению сердечного выброса могут привести:

А.Стеноз устья аорты.

Б.Сдавливающий перикардит.

В.Митральный стеноз.

+Г.Недостаточность аортального клапана.

75.Для митрального стеноза характерны следующие изменения на ЭКГ:

А."P - mitrale".

Б.Признаки гипертрофии правого желудочка.

В.Признаки гипертрофии левого желудочка.

+Г.Правильно 1 и 2.

Д.Все ответы правильные.

76."Критическим" считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до:

А.6 кв.см.

Б.4 кв.см.

В.3 кв.см.

Г.2 кв.см.

+Д.1 кв.см и менее.

77.Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является:

А.Спазм легочных артериол.

Б.Гипертрофия легочных артериол и артерий.

В.Склероз легочных артериол и артерий.

+Г.Все перечисленное.

78.Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса никогда не наблюдается при:

А.Синоатриальной блокаде

Б.Непольной АВ-блокаде высокой степени

В.Полной поперечной блокаде

+Г.Правильного ответа нет

79.Кровохарканье у больных с митральным стенозом нередко исчезает после:

А.Усиления венозного застоя в легких.

Б.Развития активной легочной гипертензии.

В.Появления недостаточности правого желудочка.

+Г.Правильно 2 и 3.

Д.Правильного ответа нет.

80.К аускультативным признакам митрального стеноза относится все перечисленное, за исключением:

А.Усиления громкости первого тона.

+Б.Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона).

В.Щелчок открытия митрального клапана.

Г.Пресистолический шум.

81.У больных с пролабированием митрального клапана нередко наблюдается:

А.Деформация позвоночника.

Б.Нейро-циркуляторная дистония.

В.Гипомастия у женщин.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

82.У больных старше 60 лет аортальный стеноз чаще всего является:

А.Врожденным.

Б.Ревматическим.

+В.Дегенеративным (" склеротическим").

Г.Вероятность всех 3-х вариантов примерно одинакова.

83.При критическом аортальном стенозе градиент давления, как правило, превышает:

А.5 мм.рт.ст.

Б.10 мм.рт.ст.

В.15 мм.рт.ст.

Г.25 мм.рт.ст.

+Д.50 мм.рт.ст.

84.К прогностически неблагоприятным признакам у больных с аортальным стенозом относится:

А.Стенокардия напряжения.

Б.Обмороки.

В.Выраженная одышка при физической нагрузке.

+Г.Все перечисленное.

Д.Правильно 1 и 2.

85.Рентгенологическими признаками артериальной легочной гипер-тензии при митральном стенозе являются все перечисленные, кроме:

А.Выбухания дуги легочной артерии.

Б.Симптома "ампутации" корней легких.

+В.Прослеживания легочного рисунка до периферии легочных сосудов.

86.Для больных со злокачественной артериальной гипертонией характерны:

А.Гематурия.

Б.Цилиндрурия.

В.Протеинурия.

+Г.Все перечисленное.

87.Повышение содержания ванилилминдальной кислоты в моче, собранной за 24-часовой период, характерно для:

+А.Феохромоцитомы.

Б.Синдрома Конна.

В.Синдрома Кушинга.

Г.Реноваскулярной гипертонии.

88.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.

 89.Реноваскулярная гипертония возникает:

А.При одностороннем поражении почечной артерии.

Б.При двустороннем поражении почечных артерий.

+В.Как при одностороннем, так и при двустороннем стенозировании почечных артерий.

90.Гипотензивный эффект антагонистов кальция связан:

+А.Со снижением постнагрузки на левый желудочек.

Б.Со снижением преднагрузки на левый желудочек.

В.В равной степени со снижением пред- и постнагрузки

Г.на левый желудочек.

Д.Правильного ответа нет.

91.У больных с гипертонической болезнью I стадии наиболее эффективным препаратом является:

А.Гипотиазид.

Б.Каптоприл.

В.Обзидан.

Г.Коринфар.

+Д.Эффективность препаратов существенно не различается

92.Больным гипертонической болезнью препарат каптоприл следует назначать:

А.Только в виде монотерапии.

Б.Только в комбинации с другими группами препаратов.

+В.Правильного ответа нет.

93.Из перечисленных комбинаций гипотензивных препаратов нерациональным является сочетание:

А. Каптоприла с анаприлином

+ Б.Анаприлина с верапамилом.

В.Коринфара с анаприлином.

Г.Клофелина с фуросемидом.

94.Причиной функциональной ортостатической гипотонии является:

А.Уменьшение венозного возврата крови к сердцу.

Б.Снижение венозного тонуса.

В.Гиповолемия.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

95.У больных нейроциркуляторной дистонией:

А.Диагноз устанавливают методом исключения органической патологии.

Б.Прогноз вполне благоприятный.

В.Основным нарушением является расстройство вегетативной регуляции.

+Г.Все ответы правильные.

96.Больным, склонным к ортостатической гипотонии, следует избегать всего, кроме:

А.Работы, связаннной со статическим (изометрическим) напряжением.

Б.Обильного приема пищи.

+В.Употребления продуктов, содержащих большое количество поваренной соли.

Г.Длительного пребывания в горизонтальном положении с опущенным головным концом.

97.Для дилатационной кардиомиопатии характерна:

А.Левожелудочковая недостаточность.

Б.Правожелудочковая недостаточность.

+В.Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.

100.Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

А.Одышка.

Б.Стенокардия напряжения.

В.Обмороки.

+Г.Все перечисленное.

Д.Правильно 1 и 3.

101.Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:

А.Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.

+Б.Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.

В.Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.

Г.Все перечисленное.

102.Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии увеличивается при проведении всех нижеперечисленных приемов, за исключением:

+А.Перехода в положение приседания.

Б.Быстрого вставания из положения приседания.

В.Натуживания.

Г.Приема нитроглицерина.

103.Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии уменьшается:

+А.В положении приседания.

Б.Во время быстрого вставания из приседания.

В.Во время натуживания.

Г.После приема нитроглицерина.

Д.Правильного ответа нет.

104.У больных гипертрофической кардиомиопатией верхушечный толчок:

А.Не изменен.

+Б.Усиленный и продолжительный (вплоть до 2-го тона).

В.Укороченный, высокоамплитудный.

105.Фракция выброса левого желудочка у больных гипертрофической кардиомиопатией:

А.В пределах нормы.

+Б.Увеличена.

В.Снижена.

106.Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии, являются:

А.Сердечные гликозиды и диуретики.

+Б.Бета-блокаторы и антагонисты кальция.

В.Периферические вазодилататоры.

Г.Правильно 1 и 2.

Д.Правильно 1 и 3.

107Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

+А.Вирусные.

Б.Бактериальные.

В.Паразитарные.

Г.Грибковые.

108.На фоне воздействия инфекции или неинфекционного этиологического фактора специфическими признаками миокардита являются:

А.Повышение температуры.

Б.Слабость.

В.Артралгии.

Г.Все перечисленное.

+Д.Ничего из перечисленного.

109.В научных исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом:

+А.Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.

Б.Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.

В.Оба ответа правильные.

110.При установлении диагноза миокардита:

А.Обязательно назначение "противовоспалительных препаратов".

+Б.Лечение в большинстве случаев симптоматическое.

В.Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов.

Г.Обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде".

Д.Правильного ответа нет.

111.Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:

+А.Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.

Б.Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.

В.Оба ответа правильные.

Г.Правильного ответа нет.

112.Снижение сократительной способности левого желудочка наиболее характерно для:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

+Б.Дилатационной кардиомиопатии.

В.Рестриктивной кардиомиопатии.

Г.Всего перечисленного.

113.Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

+Б.Дилатационной кардиомиопатии.

В.Рестриктивной кардиомиопатии.

Г.Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

114.Систолическое движение вперед передней створки митрального клапана характерно для:

+А.Гипертрофичекой кардиомиопатии.

Б.Дилатационной кардиомиопатии.

В.Рестриктивной кардиомиопатии.

Г.Правильно 1 и 3.

Д.Правильного ответа нет.

115.При гипертрофической кардиомиопатии толщина межжелудочковой перегородки:

+А.Обычно превышает толщину задней стенки левого желудочка.

Б.Обычно уступает толщине задней стенки левого желудочка.

В.Обычно равна толщине задней стенки левого желудочка.

116.Для амилоидоза сердца не характерна:

А.Дилатация предсердий.

+Б.Дилатация желудочков.

В.Гипертрофия межжелудочковой перегородки.

Г.Гипертрофия задней стенки левого желудочка.

117.Выпот в перикард наиболее часто встречается при:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

+Б.Дилатационной кардиомиопатии.

В.Рестриктивной кардиомиопатии.

Г.Правильного ответа нет.

118.Фиброз эндокарда характерен для:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

+Б.Рестриктивной кардиомиопатии.

В.Дилатационной кардиомиопатии.

Г.Всех перечисленных видах кардиомиопатии.

Д.Правильного ответа нет.

119.Париетальный фибропластический эндокардит Леффлера относится к:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

Б.Дилатационной кардиомиопатии.

+В.Рестриктивной кардиомиопатии.

Г.Правильного ответа нет.

120.Рестриктивная кардиомиопатия встречается, главным образом в:

А.Европе.

Б.Северной Америке.

В.Азии.

Г.Африке.

+Д.Правильно3 и 4.

121.Патологические зубцы Q, не связанные с перенесенным инфарктом миокарда, могут встретиться при:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

Б.Дилатационной кардиомиопатии.

+В.И в том, и в другом случае.

Г.Ни в одном из перечисленного.

122.Дилатация предсердий достаточно часто встречается при:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

Б.Дилатационной кардиомиопатии.

В.Рестриктивной кардиомиопатии.

+Г.Всех перечисленных заболеваниях.

123.Семейная распространенность свойственна:

+А.Гипертрофической кардиомиопатии.

Б.Дилатационной кардиомиопатии.

В.Рестриктивной кардиомиопатии.

Г.Всем перечисленным.

Д.Правильного ответа нет.

124.Алкогольное поражение сердца приходится в основном дифференцировать с:

А.Гипертрофической кардиомиопатией.

+Б.Дилатационной кардиомиопатией.

В.Рестриктивной кардиомиопатией.

Г.Ни с одной из перечисленных.

125.Нарушения ритма и проводимости сердца характерны для:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

Б.Рестриктивной кардиомиопатии.

В.Дилатационной кардиомиопатии.

+Г.Всех перечисленных форм.

126.Утолщение эндокарда характерно для:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

Б.Дилатационной кардиомиопатии.

+В.Рестриктивной кардиомиопатии.

Г.Всех перечисленных.

127.В норме полость перикарда содержит:

А.Около 5 мл жидкости.

+Б.До 50 мл жидкости.

В.100-200 мл жидкости.

Г.300-500 мл жидкости.

Основными функциями перикарда являются:

128. А.Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.

Б.Фиксация сердца.

В.Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.

Г.Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.

+Д.Все перечисленное.

129.К асептическим поражениям перикарда следует отнести:

А.Перикардиты при заболеваниях крови.

Б.Перикардиты при злокачественных опухолях.

В.Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда.

+Г.Все перечисленные формы.

Д.Ничего из перечисленного.

130.К асептическим перикардитам следует отнести:

А.Постинфарктный перикардит.

Б.Посткомиссуротомный перикардит.

В.Уремический.

+Г.Все перечисленные.

Д.Ничего из перечисленного.

131.При хроническом перикардите:

А.Происходит разрастание грануляционной ткани.

Б.Формируются спайки между листками перикарда.

В.Происходит облитерация полости перикарда.

+Г.Имеет место все перечисленное.

132.Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:

+А.Повышается.

Б.Снижается.

В.Не изменяется.

Г.Изменения не закономерны.

133.Для острого фибринозного перикардита не характерны:

+А.Брадикардия.

Б.Повышение температуры тела.

В.Боль за грудиной.

Г.Шум трения перикарда.

Д.Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

134.При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:

А.Тахикардия.

Б.Шум трения перикарда.

В.Боль за грудиной.

Г.Снижение АД.

+Д.Все перечисленное.

135.Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:

А.Лучше выслушивается в положении сидя.

Б.Не связан с дыханием.

В.Усиливается при надавливании стетоскопа.

Г.Выслушивается в систолу и диастолу.

+Д.Все ответы правильные.

136.Шум трения перикарда можно выслушать:

А.В межлопаточном пространстве.

Б.Над всей зоной абсолютной тупости сердца.

В.На небольшом участке в IV межреберье слева.

+Г.Все ответы правильные.

Д.Правильного ответа нет.

137.Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

А.Аускультации.

Б.Рентгенографии.

В.Электрокардиографии.

+Г.Эхокардиографии.

138.Для болевого синдрома при остром перикардите не характерны:

А.Тупой, давящий характер боли.

Б.Продолжительность боли более 30 минут.

В.Локализация болей за грудиной.

+Г.Уменьшение боли после приема нитроглицерина.

Д.Зависимость боли от дыхания, движения, глотания, положения тела.

139.Для экссудативного перикардита не характерны:

А.Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона".

Б.Застойные явления в большом круге кровообращения.

+В.Брадикардия.

Г.Бронхиальное дыхание в связи со сдавлением легких.

Д.Парадоксальный пульс.

140.При тампонаде сердца наблюдается:

А.Резкая одышка.

Б.Цианоз.

В.Тахикардия.

Г.Нитевидный пульс.

+Д.Все перечисленное.

141.При экссудативном перикардите на ЭКГ часто наблюдается:

А.Отклонение электрической оси вправо.

Б.Депрессия сегмента SТ во II, III, aVF отведениях.

+В.Низкий вольтаж зубцов.

142.При туберкулезном перикардите может наблюдаться:

А.Специфическое воспаление перикарда с выпотом.

Б.Развитие спаечного процесса.

В.Обызвествление.

+Г.Все перечисленное.

143.При рентгенографии на туберкулезный перикардит могут указать:

А.Сглаженность контуров сердца.

Б.Увеличение размеров сосудистого пучка.

В.Значительное расширение границ сердца.

+Г.Очаги обызвествления в перикарде.

144.Для ревматического перикардита характерно:

А.Появление признаков поражения перикарда в начале 2-й недели заболевания.

Б.Относительно небольшое количество выпота при экссудативном перикардите.

В.Сочетание с поражением миокарда.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

145.Дилатация камер сердца у больного с перикардитом свидетельствует о:

А.Накоплении в полости перикарда большого количества экссудата и сдавлении крупных сосудов.

+Б.Сопутствующем поражении миокарда.

В.О том, и другом.

Г.Ни о том, и ни о другом.

146.При вирусном перикардите одновременное поражение миокарда:

А.Никогда не наблюдается.

+Б.Встречается часто.

В.Бывает в исключительных случаях.

147.При констриктивном (сдавливающем) перикардите может наблюдаться:

А.Набухание шейных вен.

Б.Цианоз.

В.Асцит.

Г.Отеки ног.

+Д.Все перечисленное.

148.Наиболее частой жалобой у больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом является:

+А.Одышка при нагрузке.

Б.Перебои в работе сердца.

В.Тяжесть в правом подреберье.

Г.Болевые ощущения за грудиной и в левой части грудной клетки.

149.О прогрессировании патологического процесса при констриктивном перикардите можно судить по:

+А.Повышению уровня венозного давления.

Б.Снижению уровня венозного давления.

В.Повышению уровня артериального давления.

Г.Правильного ответа нет.

150.Для констриктивного перикардита не характерно:

+А.Увеличение объема циркулирующей крови.

Б.Малые размеры сердца.

В.Повышение венозного давления.

Г.Увеличение печени с преходящим асцитом.

Д.Правильного ответа нет.

151.У больных со сдавливающим перикардитом может наблюдаться:

А.Синусовая тахикардия.

Б.Экстрасистолия.

В.Мерцательная аритмия.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

152.У больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом можно наблюдать:

А.Трехчленный ритм.

Б.Ослабление I тона.

В.Ослабление II тона.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

153.Выпот при опухоли перикарда обычно:

А.Серозный.

Б.Гнойный.

+В.Геморрагический.

Г.Любой из перечисленных.

154.Ранним признаком уремического перикардита является:

+А.Появление шума трения перикарда.

Б.Быстрое накопление жидкости в полости перикарда.

В.Быстрое нарастание явлений сердечной недостаточности.

155.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.

156.Жизненно важным показанием для пункции перикарда является:

А.Нарастание явлений тампонады сердца.

Б.Подозрение на гнойный характер экссудата.

+В.И то, и другое.

Г.Ни то, и ни другое.

157.Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом без признаков сдавления сердца и недостаточности кровообращения можно охарактеризовать следующим образом:

+А.Трудоспособность может быть сохранена, если работа не связана с большими физическими нагрузками.

Б.Больные должны быть признаны инвалидами III группы.

В.Больные должны быть признаны инвалидами II группы.

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

А.Лежа на спине.

+Б.Лежа на животе.

В.Стоя.

Г.Правильно 1 и 3.

Д.Правильно 2 и 3.

159.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.

160.Шум трения перикарда классически состоит из:

А.Одного компонента.

Б.Двух компонентов.

+В.Трех компонентов.

Г.Четырех компонентов.

161.Специфичным для острого перикардита изменением ЭКГ является:

А.Инверсия зубца T.

Б.Депрессия сегмента ST в большинстве отведений.

В.Подьем сегмента ST в большинстве отведений.

Г.Подьем сегмента PQ в отведении aVR

+Д.Верный 3 и 4

162.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.

163.При медленном накоплении количество жидкости в полости перикарда может достигать:

А.0,5 л.

Б.1,0 л.

В.1,5 л.

+Г.2,0-3,0 л.

Д.4,0-5,0 л.

164.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.

165.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.

166.Характерными симптомами констриктивного перикардита являются:

А.Высокое венозное давление.

Б.Асцит.

В.Небольшие размеры сердца.

+Г.Все перечисленное.

167.Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

А.Чаще наблюдаются у мужчин.

Б.Нередко рецидивируют (у 15-20%).

В.Продолжаются около 2-х недель.

+Г.Все ответы правильные.

Д.Правильного ответа нет.

168.Эндокардит могут вызывать:

А.Вирусы.

Б.Бациллы лихорадки Ку.

В.Сальмонеллы.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

169.Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является:

+А.Лихорадка.

Б.Артралгии.

В.Петехии на коже и слизистых.

Г.Изменения формы ногтей.

170.Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:

А.Митрального клапана.

Б.Аортального клапана.

+В.Трехстворчатого клапана.

Г.Правильно 1 и 3.

171.При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

А.Диффузный гломерулонефрит.

Б.Инфаркт почки.

В.Очаговый нефрит.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

172.При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

+А.У большинства больных.

Б.Редко.

В.Не встречается.

173.Для больного с острым инфекционным эндокардитом характерно наличие:

А.Бактеремии.

Б.Лейкоцитоза.

В.Увеличениe СОЭ.

+Г.Все ответы правильные.

Д.Правильно 1 и 3.

174.При остром инфекционном эндокардите аортальный порок сердца чаще формируется:

+А.К 2-й неделе от начала заболевания.

Б.К концу 1-го месяца от начала заболевания.

В.К концу 3-4-го месяца заболевания.

Г.К концу 1-го полугодия.

175.Для аускультативной картины поражения аортального клапана при подостром инфекционном эндокардите характерно наличие:

А.Систолического шума с максимумом во II межреберье справа.

+Б.Диастолического шума в точке Боткина.

В.Диастолического шума на верхушке.

176.При подостром инфекционном эндокардите инфаркт миокарда вследствие тромбоэмболии коронарной артерии развивается:

+А.Редко.

Б.Примерно в половине случаев.

В.У большинства больных.

177.Наиболее специфичными для подострого инфекционного эндокардита является:

А.Увеличение СОЭ.

Б.Анемия.

В.Лейкоцитопения.

+Г.Бактериемия.

178.При подостром инфекционном эндокардите наблюдается:

А.Умеренная лихорадка.

Б.Боль в груди.

В.Одышка.

Г.Слабость.

+Д.Все перечисленное.

179Причиной сердечной недостаточности при подостром инфекционном эндокардите может быть:

А.Формирование порока митрального клапана.

Б.Формирование порока аортального клапана.

В.Формирование порока трикуспидального клапана.

Г.Сопутствующий миокардит.

+Д.Все перечисленное.

180.Острый инфекционный эндокардит может осложниться:

А.Разрывом хорды.

Б.Образованием аневризмы аорты.

В.Разрывом межжелудочковой перегородки.

Г.Развитием пиогемоперикарда.

+Д.Всем перечисленным.

181.При инфекционном эндокардите возможно возникновение:

А.Инфаркта почки.

Б.Абсцесса почки.

В.Диффузного гломерулонефрита.

+Г.Всего перечисленного.

Д.Ничего из перечисленного.

182.Для острого инфекционного эндокардита не характерно:

А.Увеличение СОЭ.

Б.Анемия.

В.Тромбоцитопения.

+Г.Лейкопения.

Д.Правильного ответа нет.

183.На прогноз у больных с подострым инфекционным эндокардитом влияют:

А.Чувствительность микрофлоры к проводимой антибактериальной терапии.

Б.Рецидивы заболевания.

В.Наличие сердечной недостаточности.

Г.Хроническая почечная недостаточность.

+Д.Все перечисленное.

184.Назначение антикоагулянтов возможно при:

А.Остром инфекционном эндокардите.

+Б.Подостром инфекционном эндокардите.

В.И то, и другое.

Г.Ни то, и ни другое.

185.У больных с острым инфекционным эндокардитом применяется пенициллин в дозе:

А.1-2 млн в сутки.

Б.5 млн в сутки.

+В.20-40 млн в сутки.

186.Показанием для хирургического лечения больного инфекционным эндокардитом является:

А.Резистентная к терапии сердечная недостаточность.

Б.Повторные эмболии крупных сосудов.

В.Наличие внутрисердечного абсцесса.

Г.Аневризма синуса Вальсальвы.

+Д.Все перечисленное.

187.Показанием для хирургического лечения больного инфекционным эндокардитом является:

А.Инфекционный эндокардит грибковой этиологии.

Б.Хронические очаги инфекции в организме.

В.Предшествующие заболевания сердца.

Г.Наличие искусственных клапанов.

+Д.Правильно 1 и 4.

188.При лечении больных с острым инфекционным эндокардитом и почечной недостаточностью следует предпочесть:

+А.Натриевую соль пенициллина.

Б.Калиевую соль пенициллина.

В.Существенной разницы нет.

189.Самое частое осложнение инфекционного эндокардита:

+А.Сердечная недостаточность.

Б.Микотическая аневризма сосудов.

В.Спленомегалия.

Г.Инфаркт почки.

Д.Все перечисленное.

190.Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются:

А.Порок сердца.

Б.Бактериемия.

В.Эмболии.

Г.Все перечисленное.

+Д.Правильно 1 и 2.

191.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.

192.Инфекционный эндокардит реже всего возникает у больных с:

+А.Незаращением овального отверстия.

Б.Дефектом межжелудочковой перегородки.

В.Митральной недостаточностью.

Г.Аортальной недостаточностью.

Д.Открытым артериальным протоком.

193.Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

А.Дефектом межпредсердной перегородки.

Б.Митральным стенозом.

+В.Митральной недостаточностью.

Г.Гипертрофической кардиомиопатией.

Д.Пролабированием митрального клапана без регургитации.

194.Причиной бактериемии чаще всего являются:

+А.Манипуляции в полости рта и глотки.

Б.Уро-генитальные вмешательства.

В.Операции на желудочно-кишечном тракте.

Г.Катетеризация вен.

195.К относительно специфическим периферическим проявлениям инфекционного эндокардита относятся:

+А.Узелки Ослера.

Б.Множественные кровоизлияния.

В.Эритема.

Г.Все перечисленное.

Д.Правильно 1 и 3.

196.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.

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

+А.Аортальная недостаточность.

Б.Сопутствующий миокардит.

В.Сопутствующий перикардит.

Г.Абсцесс миокарда.

198.Посев крови чаще всего бывает положительным, если причина инфекционного эндокардита:

+А.Стрептококки.

Б.Кишечная палочка.

В.Грибы.

Г.Энтерококки.

Д.Анаэробные бактерии.

199.Наиболее информативным инструментальным методом исследования при инфекционном эндокардите является:

А.Рентгенологическое исследование.

Б.Электрокардиография.

+В.Эхокардиография.

Г.Радионуклидная вентрикулография.

Д.Фонокардиография.

200.Вегетации при инфекционном эндокардите состоят из:

А.Тромбоцитов.

Б.Фибрина.

В.Микроорганизмов.

+Г.Всего перечисленного.

Д.Правильно 2 и 3.

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

А.Пенициллин.

Б.Тетрациклины.

В.Ампициллин в сочетании с гентамицином.

Г.Гентамицин с карбенициллином.

+Д.Правильно 1 и 3.

202.Повышение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке при инфаркте миокарда можно определить:

А.Через 1-2 ч.

Б.Через 4-6 ч.

В.Через 8-12 ч.

+Г.Через 24 ч. и более.

203.Для диагностики инфаркта миокарда в относительно поздние сроки наибольшую ценность представляет определение:

А.Аспартатаминотрансферазы (АСТ).

Б.Аланинаминотрансферазы (АЛТ).

В.Креатининфосфокиназы (КФК).

+Г.Лактатдегидрогеназы (ЛДГ).

204.На специфичность методов ферментной диагностики инфаркта миокарда влияют:

А.Размеры инфаркта.

Б.Срок от начала заболевания.

В.Повторное или однократное определение активности фермента.

+Г.Все перечисленные факторы.

205.Электрокардиографическими признаками заднебазального инфаркта миокарда являются:

А.Патологический зубец Q, подъем сегмента ST и инверсия зубца Т во II, III,aVF-отведениях.

+Б.Высокий зубец R в V1,V2, смещ сегмента ST вниз и увеличение амплитуды зубца Т в этих же отведениях

В.Высокий зубец R в V1,V2, подъем сегмента ST и инверсия зубца Т в этих же отведениях.

Г.Патологический Q, подъем ST в отведении аVR.

206.Для инфаркта миокарда характерен лейкоцитоз:

+А.Со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Б.Со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо.

В.Без сдвига формулы.

207.При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:

А.Появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания.

+Б.Появляется обычно на второй день заболевания.

В.Появляется на 3- 4 день заболевания.

Г.Появляется в более поздние сроки.

208.При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается:

А.Через несколько часов от начала заболевания.

Б.В течение первых суток болезни.

В.В течение вторых суток болезни.

+Г.Через 7-12 дней от начала заболевания.

209.Из нижеперечисленных неспецифических признаков при инфаркте миокарда наиболее ранними являются:

А.Лихорадка.

+Б.Лейкоцитоз.

В.Увеличение СОЭ.

Г.Увеличение содержания фибриногена в крови.

300.Шум при разрыве межжелудочковой перегородки является:

+А.Пансистолическим.

Б.Мезосистолическим.

В.Систоло-диастолическим.

Г.Диастолическим.

301.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.

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

А.20-30%.

Б.40-50%.

В.60-70%.

+Г.80-100%.

303.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.

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

А.Антигистаминные препараты.

+Б.Нестероидные противовоспалительные препараты.

В.Глюкокортикоиды.

305.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.

306.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.

307.Предсказать риск возникновения фибрилляции желудочков у больных острым инфарктом миокарда на основании анализа желудочковых нарушений ритма:

А.Можно.

+Б.Нельзя.

В.Данный вопрос не изучен.

308.Из перечисленных состояний не являются противопоказаниями к санаторному лечению больных, перенесших инфаркт миокарда:

А.Пароксизмальная желудочковая тахикардия.

+Б.Компенсированный сахарный диабет.

В.Тромбоэмболические осложнения в остром периоде.

Г.Ранняя постинфарктная стенокардия.

Д.Все вышеперечисленные.

309.У больных, перенесших инфаркт миокарда, неблагоприятное прогностическое значение имеет наличие:

А.Более 10 желудочковых экстрасистол в час.

Б.Более 30 желудочковых экстрасистол в час.

В.Частых желудочковых экстрасистол высоких градаций.

+Г.Частота желудочковых экстрасистол существенного влияния на прогноз не оказывает.

310.В зависимости от активности ренина можно выделить следующие формы артериальных гипертоний:

А.Норморениновую.

Б.Гиперрениновую.

В.Гипорениновую.

+Г.Все перечисленные.

311.Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:

+А.Поражение артерий сетчатки.

Б.Атеросклероз сосудов нижних конечностей.

В.Нарушения ритма сердца.

Г.Появление блокад сердца.

312.Для гипертонической болезни I стадии характерно:

+А.Транзиторное повышение АД, без поражения органов мишений.

Б.Электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда.

В.Нарушение функции почек.

Г.Геморрагии в сетчатке.

Д.Все перечисленное.

313.Из нижеперечисленных гипотензивных средств наиболее выражен синдром отмены препарата у:

А. Метопролола.

Б.Допегита.

+В.Клофелина.

Г.Гипотиазида.

Д.Коринфара.

314.Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии является:

А.Неспецифический аортоартериит.

Б.Фибромышечная дисплазия.

В.Аневризмы почечных артерий.

+Г.Атеросклероз почечных артерий.

Д.Тромбозы и эмболии почечных артерий.

315.Характерными признаками вазоренальных гипертоний при экскреторной урографии являются:

А.Изменения чашечно-лоханочного аппарата.

+Б.Запаздывание фазы нефрограммы и уменьшение размеров почки на стороне поражения почечной артерии.

В.Обнаружение патологически подвижной почки.

Г.Все ответы правильные.

Д.Правильного ответа нет.

316.Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:

А.Гиперпродукцией кортикостероидов.

Б.Увеличением образования альдостерона.

+В.Увеличением образования катехоламинов.

Г.Гиперпродукцией ренина.

Д.Всего перечисленного.

317.Для первичного гиперальдостеронизме (синдром Конна) характерно:

А.Кризовое течение артериальной гипертонии.

+Б.Стабильное повышение АД без кризов.

В.Нормальное АД.

318.Неспецифический аортоартериит встречается чаще:

+А.У женщин.

Б.У мужчин.

В.Одинаково часто у женщин и мужчин.

319.У больных с коарктацией аорты может наблюдаться как осложнение:

А.Застойная сердечная недостаточность.

Б.Инсульт.

В.Бактериальный эндокардит.

Г.Расслаивание аорты.

+Д.Все перечисленное.

320.При атеросклерозе аорты чаще всего наблюдается:

+А.Повышение систолического АД.

Б.Повышение диастолического АД.

В.Снижение диастолического АД.

Г.Снижение систолического АД.

321.Для лечения неспецифического аортоартериита в период обострения целесообразно использовать:

А.Антибиотики.

Б.Сульфаниламиды.

+В.Глюкокортикоиды.

Г.Делагил.

322.Признаками III стадии артериальной гипертонии являются:

А.Возникновение сердечной недостаточности.

Б.Гипертоническая энцефалопатия.

В.Нарушения мозгового кровообращения.

Г.Хроническая почечная недостаточность.

+Д.Все перечисленное.

323. Причиной симптоматических артериальных гипертоний чаще всего является:

А.Первичный гиперальдостеронизм.

Б.Феохромоцитома.

+В.Заболевание почек.

Г.Поражение сердца и крупных артерий.

324.Повышение преимущественно систолического АД (или изолированная систолическая гипертензия) характерно для:

А.Атеросклероза аорты.

Б.Тиреотоксикоза.

В.Аортальной недостаточности.

Г.Выраженной брадикардии.

+Д.Всего перечисленного.

325.У больных злокачественной артериальной гипертонией отмечается:

А.Выраженное повышение АД.

Б.Резкие изменения на глазном дне (отек сосков зрительных нервов).

В.Прогрессирующее поражение почек.

+Г.Все перечисленное.

326. Быстрое снижение артериального давления противопоказано при:

А.Гипертонической энцефалопатии.

Б.Расслаивающей аневризме аорты.

В.Нарушении мозгового кровообращения.

+Г.Прогрессирующей почечной недостаточности.

327.Наиболее удобен для срочного контролируемого снижения артериального давления (АД):

А. Клофелин.

Б.Пентамин.

В.Дибазол.

+Г.Нитропруссид натрия.

Д.Сернокислая магнезия.

328.Cредством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является:

А.Диазоксид.

Б.Клофелин.

+В.Нитропруссид натрия.

Г.Дроперидол.

Д.Фуросемид.

329.При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

А.Обзидана.

+Б. Нитроглицерина.

В.Финоптина.

Г.Дибазола.

Д.Дигоксина.

330.Наиболее вероятной причиной артериальной гипертонии у больного с жаждой, полиурией, мышечной слабостью и удлинением интервала Q-T на ЭКГ, является:

А.Гипертоническая болезнь.

Б.Хронический пиелонефрит.

+В.Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна).

Г.Феохромоцитома.

331.Наиболее вероятной причиной артериальной гипертонии у больного 50 лет со стенокардией напряжения III функционального класса и шумом,выслушиваемым в области проекции левой почечной артерии, является:

А.Фибромышечная дисплазия.

Б.Неспецифический аортоартериит.

В.Гипоплазия почечной артерии.

+Г.Атеросклероз почечной артерии.

332.Синдром Иценко-Кушинга встречается чаще:

+А.У женщин.

Б.У мужчин.

В.Одинаково часто у женщин и мужчин.

333.В основу классификации ВОЗ артериальной гипертензии положен принцип:

А.Выраженности органных изменений.

Б.Изменений типов гемодинамики.

В.Величины АД.

Г.Все перечисленное.

+Д.Правильно 1 и 3.

334.Факторами риска развития гипертонической болезни являются:

А.Избыточное потребление поваренной соли.

Б.Ожирение.

В.Гиподинамия.

Г.Злоупотребление алкоголем.

+Д.Все перечисленное.

335.Гипотензивным эффектом сопровождается стимуляция:

+А.Центральных альфа-адренорецепторов.

Б.Периферических альфа-адренорецепторов.

В.Центральных и периферических альфа-адренорецепторов.

Г.Ни одного из перечисленных.

336.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.

337.Гиперпродукция глюкокортикоидов имеет основное значение в патогенезе артериальной гипертонии у больных:

А.С синдромом Конна.

+Б.С синдромом Кушинга.

В.С феохромоцитомой.

Г.Всего перечисленного.

Д.Правильного ответа нет.

338.Симптомокомплекс, включающий артериальную гипертонию, полидипсию, полиурию, мышечную слабость и гипокалиемию характерен, для:

А.Реноваскулярной гипертонии.

Б.Ренопаренхиматозной гипертонии.

+В.Синдрома Конна.

Г.Синдрома Кушинга.

339.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.

340.Реноваскулярная гипертония возникает:

А.При одностороннем поражении почечной артерии.

Б.При двустороннем поражении почечных артерий.

+В.Как при одностороннем, так и при двустороннем стенозировании почечных артерий.

341.Гипотензивный эффект антагонистов кальция связан:

+А.Со снижением постнагрузки на левый желудочек.

Б.Со снижением преднагрузки на левый желудочек.

В.В равной степени со снижением пред- и постнагрузки

Г.на левый желудочек.

Д.Правильного ответа нет.

342.Антагонисты кальция рекомендуют назначать больным с гипертонической болезнью:

А.I стадии.

Б.II стадии.

В.II-III стадии.

+Г.Всех стадий.

Д.Правильного ответа нет.

343.Идиопатические формы поражения миокарда включают:

А.Гипертрофическую форму кардиомиопатии.

Б.Дилатационную форму кардиомиопатии.

В.Рестриктивную форму кардиомиопатии.

+Г.Все перечисленное.

Д.Правильно 1 и 2.

344.Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:

А.Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.

+Б.Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.

В.Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.

Г.Все перечисленное.

345.Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии увеличивается при проведении всех нижеперечисленных приемов, за исключением:

+А.Перехода в положение приседания.

Б.Быстрого вставания из положения приседания.

В.Натуживания.

Г.Приема нитроглицерина.

346.На ЭКГ у больных гипертрофической кардиомиопатией:

+А.Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка.

Б.Чаще всего регистрируются признаки гипертрофии правого желудочка.

В.Обычно ЭКГ в пределах нормы.

Г.На ЭКГ обычно регистрируются признаки блокады левой ножки пучка Гиса.

Д.На ЭКГ обычно регистрируется неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

347.Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:

А.Аллергических реакций.

Б.Токсических воздействий.

В.Химических воздействий.

Г.Воздействий физических факторов.

348. +Д.Всего перечисленного.

В научных исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом:

+А.Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.

Б.Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.

349. В.Оба ответа правильные.

Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью:

А.Сцинтиграфии миокарда с таллием-201.

+Б.Биопсии миокарда.

В.Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.

Г.Радионуклидной вентрикулографии.

Д.Всего перечисленного.

350.При лечении миокардитов с тяжелым течением:

А.Очень эффективно применение глюкокортикоидных гормонов.

+Б.Убедительных доказательств эффективности применения глюкокортикоидных гормонов пока не получено.

В.Доказана высокая эффективность применения азатиоприна.

Г.Наиболее эффективно применение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Д.Правильного ответа нет.

351.Синдром стенокардии напряжения наиболее характерен для больных с:

+А.Гипертрофической кардиомиопатией.

Б.Дилатационной кардиомиопатией.

В.Рестриктивной кардиомиопатией.

Г.Встречается с одинаковой частотой при всех формах.

352.В патогенезе так называемого "пивного" сердца основное значение имеет:

А.Избыточное потребление алкоголя.

Б.Избыточное потребление жидкости.

+В.Наличие кобальта в пиве.

353.Для амилоидоза сердца характерно:

А.Увеличение толщины стенки желудочков.

Б.Уменьшение размеров полости желудочков.

В.Дилатация предсердий.

+Г.Все вышеперечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

354.Выпот в перикард наиболее часто встречается при:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

+Б.Дилатационной кардиомиопатии.

В.Рестриктивной кардиомиопатии.

Г.Правильного ответа нет.

355.Фиброз эндокарда характерен для:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

+Б.Рестриктивной кардиомиопатии.

В.Дилатационной кардиомиопатии.

Г.Всех перечисленных видах кардиомиопатии.

Д.Правильного ответа нет.

356.Дилатация предсердий достаточно часто встречается при:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

Б.Дилатационной кардиомиопатии.

В.Рестриктивной кардиомиопатии.

+Г.Всех перечисленных заболеваниях.

357.Нарушения ритма и проводимости сердца характерны для:

А.Гипертрофической кардиомиопатии.

Б.Рестриктивной кардиомиопатии.

В.Дилатационной кардиомиопатии.

+Г.Всех перечисленных форм.

358.Нарушение диастолической функции желудочков выражено у больных с:

А.Гипертрофической кардиомиопатией.

Б.Дилатационной кардиомиопатией.

В.Рестриктивной кардиомиопатией.

+Г.Характерно как для гипертрофической, так и для рестриктивной кардиомиопатии.

359.В кровоснабжении эндокарда участвуют:

А.Внутренние грудные артерии.

Б.Бронхиальные артерии.

+В.Коронарные артерии.

Г.Все перечисленные.

360.Наиболее частой причиной сдавливающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:

+А.Туберкулез.

Б.Сифилис.

В.Ревматизм.

Г.Ранения перикарда.

Д.Системные заболевания соединительной ткани.

361.Причиной “пародоксального пульса” при перикардите является:

+А.Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.

Б.Повышение сердечного выброса на выдохе.

В.Нарушения ритма.

Г.Все перечисленное.

Д.Правильного ответа нет.

362.Для острого фибринозного перикардита не характерны:

+А.Брадикардия.

Б.Повышение температуры тела.

В.Боль за грудиной.

Г.Шум трения перикарда.

Д.Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

363.Для диагностики острого фибринозного перикардита наиболее важным симптомом является:

А.Тахикардия.

+Б.Шум трения перикарда.

В.Боль за грудиной.

Г.Дисфагия.

Д.Снижение АД.

364.Для болевого синдрома при остром перикардите не характерны:

А.Тупой, давящий характер боли.

Б.Продолжительность боли более 30 минут.

В.Локализация болей за грудиной.

+Г.Уменьшение боли после приема нитроглицерина.

Д.Зависимость боли от дыхания, движения, глотания, положения тела.

365.Для экссудативного перикардита не характерны:

А.Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона".

Б.Застойные явления в большом круге кровообращения.

+В.Брадикардия.

Г.Бронхиальное дыхание в связи со сдавлением легких.

Д.Парадоксальный пульс.

366.При экссудативном перикардите на ЭКГ часто наблюдается:

А.Отклонение электрической оси вправо.

Б.Депрессия сегмента SТ во II, III, aVF отведениях.

+В.Низкий вольтаж зубцов.

367.Туберкулезный перикардит часто сочетается с поражением:

А.Плевры.

Б.Брюшины.

+В.И того, и другого.

Г.Ни того, ни другого.

368.При рентгенографии на туберкулезный перикардит могут указать:

А.Сглаженность контуров сердца.

Б.Увеличение размеров сосудистого пучка.

В.Значительное расширение границ сердца.

+Г.Очаги обызвествления в перикарде.

369.В полости перикарда при ревматическом перикардите:

+А.Обычно количество выпота невелико.

Б.Характерно большое количество выпота.

370. В.Обычно выпота не бывает.

Достоверным признаком вирусной этиологии перикардита могут служить:

А.Особенности клинического течения.

Б.Отсутствие признаков воспалительного процесса со стороны крови.

+В.Обнаружение вируса в перикардиальной жидкости или увеличение титра антител к ним в крови.

Г.Все перечисленное.

370.При вирусном перикардите одновременное поражение миокарда:

А.Никогда не наблюдается.

+Б.Встречается часто.

В.Бывает в исключительных случаях.

371.При констриктивном (сдавливающем) перикардите встречается:

А.Повышение центрального венозного давления.

Б.Тахикардия.

В.Уменьшение амплитуды пульсации сердца.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

372.При сдавливающем перикардите, сопровождающимся выраженной недостаточностью кровообращения:

А.Увеличиваются преимущественно правые отделы сердца.

Б.Увеличиваются преимущественно левые отделы сердца.

В.Происходит увеличение всех отделов сердца.

+Г.Чаще размеры сердца остаются нормальными.

373.При сдавливающем (констриктивном) перикардите:

А.Происходит снижение венозного давления и повышение артериального.

+Б.Отмечается снижение артериального давления и повышение венозного.

В.Артериальное и венозное давление существенно не меняются.

374.Для констриктивного перикардита не характерно:

+А.Увеличение объема циркулирующей крови.

Б.Малые размеры сердца.

В.Повышение венозного давления.

Г.Увеличение печени с преходящим асцитом.

Д.Правильного ответа нет.

375.У больных со сдавливающим (констриктивным) перикардитом можно наблюдать:

А.Трехчленный ритм.

Б.Ослабление I тона.

В.Ослабление II тона.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

376.Выпот при опухоли перикарда обычно:

А.Серозный.

Б.Гнойный.

+В.Геморрагический.

Г.Любой из перечисленных.

377.У больных с уремическим перикардитом при проведении гемодиализа можно наблюдать:

А.Развитие геморрагического перикардита с тампонадой.

Б.Резкое падение уровня артериального давления.

В.Развитие сепсиса.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

378.У больных с перикардитом могут быть использованы:

А.Ацетилсалициловая кислота.

Б.Глюкокортикоиды.

В.Индометацин.

+Г.Любой из перечисленных препаратов.

379.Жизненно важным показанием для пункции перикарда является:

А.Нарастание явлений тампонады сердца.

Б.Подозрение на гнойный характер экссудата.

+В.И то, и другое.

Г.Ни то, и ни другое.

380.Трудоспособность больных со слипчивым перикардитом без признаков сдавления сердца и недостаточности кровообращения можно охарактеризовать следующим образом:

+А.Трудоспособность может быть сохранена, если работа не связана с большими физическими нагрузками.

Б.Больные должны быть признаны инвалидами III группы.

В.Больные должны быть признаны инвалидами II группы.

381.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.

382.Шум трения перикарда классически состоит из:

А.Одного компонента.

Б.Двух компонентов.

+В.Трех компонентов.

Г.Четырех компонентов.

383.Специфичным для острого перикардита изменением ЭКГ является:

А.Инверсия зубца T.

Б.Депрессия сегмента ST в большинстве отведений.

В.Подьем сегмента ST в большинстве отведений.

Г.Подьем сегмента PQ в отведении aVR

+Д.Верный 3 и 4

384.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.

385.Симптоматика выпотного перикардита определяется следующими факторами:

А.Обьемом жидкости, накопившейся в полости перикарда.

Б.Скоростью накопления жидкости.

В.Физическими характеристиками перикарда.

+Г.Всем перечисленным.

386.Для больных с тампонадой сердца характерны:

+А.Одышка при нагрузке.

Б.Ортопное.

В.Приступы сердечной астмы.

Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

387.Признаком тампонады сердца при физикальном обследовании является:

А.Систолический шум.

Б.Альтернирующий пульс.

+В.Парадоксальный пульс.

Г.Все перечисленное.

Д.Правильно 1 и 3.

388.Характерными симптомами констриктивного перикардита являются:

А.Высокое венозное давление.

Б.Асцит.

В.Небольшие размеры сердца.

+Г.Все перечисленное.

389.Вирусные и идиопатические острые перикардиты:

А.Чаще наблюдаются у мужчин.

Б.Нередко рецидивируют (у 15-20%).

В.Продолжаются около 2-х недель.

+Г.Все ответы правильные.

390. Д.Правильного ответа нет.

Наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:

А.Митральный клапан.

+Б.Аортальный клапан.

В.Трехстворчатый клапан.

391.Фибринолитическая активность крови при применении гепарина:

А.Повышается.

Б.Понижается.

+В.Не изменяется.

392.У здоровых людей адреналин:

+А.Увеличивает частоту сердечных сокращений.

Б.Уменьшает частоту сердечных сокращений.

В.Не влияет на частоту сердечных сокращений.

393.Курение следует считать:

А.Фактором риска развития перемежающейся хромоты.

Б.Одним из факторов риска в развитии ишемической болезни сердца.

В.Одним из факторов риска в развитии бронхогенного рака легких.

+Г.Все ответы правильные.

Д.Правильно 1 и 3.

394.В физиологических условиях между величиной минутного объема и величиной общего периферического сосудистого сопротивления суще-ствует:

+А.Обратная зависимость.

Б.Прямая зависимость.

В.Нет четкой зависимости.

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

А.80-84 мм.рт.ст.

+Б.85-89 мм.рт.ст.

В.90-94 мм.рт.ст.

Г.95-99 мм.рт.ст.

396.Транспорт липидов крови обеспечивается:

+А.Белками.

Б.Форменными элементами крови .

В.Углеводами.

Г.Липиды находятся в плазме в свободном состоянии.

397.Основной транспортной формой эндогенного холестерина являются:

А.Хиломикроны.

Б.Липопротеиды очень низкой плотности.

+В.Липопротеиды низкой плотности.

Г.Липопротеиды высокой плотности.

Д.Все ответы правильные.

398.Дислипопротеидемия считается "атерогенной", если:

А.Понижено содержание липопротеидов низкой плотности.

Б.Понижено содержание липопротеидов очень низкой плотности.

В.Повышено содержание липопротеидов высокой плотности.

Г.Все ответы правильные.

+Д.Правильного ответа нет.

399.Для гиперлипопротеидемии II "А" типа характерно:

+А.Повышение уровня холестерина.

Б.Повышение уровня триглицеридов.

В.Повышение уровня холестерина и триглицеридов.

Г.Правильного ответа нет.

400.Передняя поверхность сердца представлена в основном:

А.Ушком правого предсердия и правым предсердием.

+Б.Правым желудочком.

В.Левым желудочком.

401.Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

+А.Аортальной недостаточности.

Б.Трикуспидальной недостаточности.

В.Митральной недостаточности.

Г.Митрального стеноза.

402.Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

А.Синдрома Конна.

Б.Дефекта межжелудочковой перегородки.

В.Триады Фалло.

+Г.Неспецифического аортоартериита.

403.Положительный венный пульс наблюдается при:

А.Аортальной недостаточности.

Б.Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.

+В.Трикуспидальной недостаточности.

Г.Митральной недостаточности.

404.Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

А.Митрального стеноза.

Б.Митральной недостаточности.

+В.Недостаточности трехстворчатого клапана.

Г.Стеноза устья аорты.

405.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.

406.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.

407.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.

408.В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контору образована:

А.Ушком левого предсердия.

Б.Дугой аорты.

В.Нисходящей аортой.

+Г.Легочной артерией.

Д.Левым желудочком.

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

А.

Б.II,III,avF.

В.V1-V2.

+Г.V5-V6.

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

А.Эпилепсия.

+Б.Синдром слабости синусового узла.

В.АВ-блокада II-III степени.

Г.Стеноз устья аорты.

411.При проведении чреспищеводной электрокардиостимуляции ритм навязывается:

А.Правому предсердию.

+Б.Левому предсердию.

В.Правому желудочку.

Г.Левому желудочку.

412.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.

413.Наиболее чувствительным методом в диагностике стенокардии напряжения является:

А.24-часовой мониторинг ЭКГ.

+Б.Проба с дозированной физической нагрузкой.

В.Фармакологические пробы.

Г.Холодовая проба.

414.Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является:

А.Однонаправленное диастолическое движение створоки митрального клапана.

+Б.Систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана.

В.Диастолическое "дрожание" передней митральной створк.

Г.Касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу.

415.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.

416.Наиболее информативным методом диагностики реноваскулярной гипертонии является:

А.МР-томография.

Б.Рентгеновская компьютерная томография.

+В.Рентгеноконтрастная аортография.

Г.Изотопная ренография.

417.Наиболее информативным методом диагностики спонтанной стенокардии при не измененных коронарных артериях является:

А.Проба с дозированной физической нагрузкой.

Б.Дипиридамоловая проба.

В.Чреспищеводная электрокардиостимуляция.

+Г.Эргоновиновая проба.

418.24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ дает возможность диагностировать:

А.Безболевую ишемию миокарда.

Б.Нарушения ритма сердца.

+В.И то,и другое.

Г.Ни то,и ни другое.

419.Самый частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии:

А.Боль в грудной клетке.

Б.Кровохарканье.

+В.Внезапная одышка.

Г.Потеря сознания.

420.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.

421.Венозное давление повышается при:

А.Сердечной недостаточности.

Б.Заболеваниях перикарда.

В.Гиперволемии.

Г.Сдавлении верхней полой вены.

+Д.Все верно.

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

А.Расслоении аорты.

Б.Тромбоэмболии легочной артерии.

В.Остром панкреатите.

+Г.Всем перечисленном.

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

А.Стенокардии.

Б.Инфаркта миокарда.

+В.Расслоения аорты.

424.Внезапная одышка может наблюдаться при:

А.Тромбоэмболии легочной артерии.

Б.Отеке легких.

В.Пневмотораксе.

Г.Тампонаде сердца.

+Д.При всех перечисленных состояниях.

425.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.

426.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.

427.Преобладание отечности лица над выраженностью отеков ног нередко отмечается при:

А.Констриктивном перикардите.

Б.Обструкции верхней полой вены.

В.Микседеме.

+Г.Всех перечисленных состояниях.

Д.Правильного ответа нет.

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

А.Сердечной недостаточности.

Б.Болезней вен.

+В.Ожирения.

Г.Всех перечисленных состояний.

429.Болезненность при пальпации характерна для отеков при:

А.Тромбофлебите.

Б.Тромбозе глубоких вен.

В.Сердечной недостаточности.

+Г.Правильно 1 и 2.

430.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.

431.Отсутствие предвестников (предобморочных реакций) характерно для:

А.Вазодепрессорного обморока.

Б.Обмороков при функциональной ортостатической гипотонии.

+В.Обмороков при аритмиях.

Г.Всех перечисленных состояний.

Д.Правильно 1 и 3.

432.Пульсация сонных артерий увеличенной амплитуды характерна для:

А.Аортальной недостаточности.

Б.Тиреотоксикоза.

В.Выраженной анемии.

+Г.Всего перечисленного.

Д.Правильно 1 и 2.

433.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.

434.Для коронарного кровотока характерно:

А.Увеличение в систолу.

+Б.Увеличение в диастолу.

В.Уменьшение в диастолу.

Г.Правильно 1 и 3.

435.Кровохарканье может быть симптомом:

А.Митрального стеноза.

Б.Инфаркта легкого.

В.Рака легкого.

+Г.Всего перечисленного.

Д.Правильно 2 и 3.

436. Смещение верхушечного толчка не отмечается у больных с:

+А.Митральным стенозом.

Б.Недостаточностью аортального клапана.

В.Недостаточностью митрального клапана.

Г.Стенозом устья аорты.

437.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.

438.Амплитуда зубца P во II отведении в норме составляет:

А.Менее 2,0 мм.

+Б.До 2,5 мм.

В.До 3,5 мм.

Г.До 4,0 мм.

439.Продолжительность интервала PQ у взрослых в норме составляет:

А.0,08-0,12 сек.

+Б.0,14-0,20 сек.

В.0,22-0,24 сек.

Г.0,26-0,48 сек.

440.Продолжительность интервала PQ пpи увеличении ЧСС в норме:

А.Увеличивается.

+Б.Уменьшается.

В.Обычно не меняется.

441.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

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

А.При тромбоэмболии легочной артерии.

Б.При миксоме правого предсердия.

В.При хронических неспецифических заболеваниях легких.

+Г.Во всех перечисленных случаях.

Д.Ни при одном из перечисленных случаев.

443.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.

444..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.

445.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.

446.Для предсердной экстрасистолии характерно:

А.Отсутствие уширения комплекса QRS.

+Б.Наличие неполной компенсаторной паузы.

В.Наличие полной компенсаторной паузы.

Г.Все перечисленное.

447.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.

448.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.

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

А.II, III и aVFотведениях.

+Б.V1-2отведениях.

В.V4-6отведениях.

Г.I, aVLотведениях.

450.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.

451.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.

452.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.

453.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.

454.Критериями положительной велоэргометрической пробы при диагностике ИБС являются:

А.Возникновение пароксизма желудочковой тахикардии.

+Б.Горизонтальная депрессия сегмента ST в одном или нескольких отведениях 1 мм и более.

В.Развитие синкопального состояния.

Г.Появление одышки.

Д.Все перечисленное.

455.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.

456.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.

457.При проведении пробы с дозированной физической нагрузкой можно:

А.Уточнить диагноз ишемической болезни сердца.

Б.Определить толерантность к физической нагрузке.

В.Оценить эффективность терапии нарушений ритма.

Г.Выявить нарушения ритма,которые могут быть у больного.

+Д.Возможно все перечисленное.

458.Достаточно специфичным признаком инфаркта миокарда правого желудочка является:

А.Блокада правой ножки пучка Гиса.

Б.Патологический зубец Q в III и аVF отведениях.

В.Подъем ST в отведениях V1-2.

+Г.Ничего из перечисленного.

Д.Все перечисленное.

459.После перенесенного острого перикардита на ЭКГ может длительно наблюдаться:

А.Подъем ST в ряде отведений.

Б.Снижение ST в отведениях V1-5.

+В.Отрицательный зубец T в нескольких отведениях.

Г.Правильного ответа нет.

Д.Все ответы правильные.

460.Специфичными для миокардита являются:

А.Нарушения проводимости на различных уровнях.

Б.Эктопические ритмы.

В.Синусовая тахикардия.

Г.Мерцательная аритмия и экстрасистолия.

+Д.Специфических нарушений ритма и проводимости нет.

461.При ожирении на ЭКГ может наблюдаться:

А.Снижение вольтажа зубцов комплекса QRS.

Б.Горизонтальное положение электрической оси.

В.Синусовая тахикардия.

Г.Некоторые признаки гипертрофии левого желудочка.

+Д.Все перечисленное.

462.При приеме сердечных гликозидов можно наблюдать все, за исключением:

+А.Удлинения интервала QT.

Б.Корытообразного смещения сегмента ST.

В.Двухфазного зубца T.

Г.Удлинения интервала РQ.

Д.Правильного ответа нет.

463.С гиперкалиемией может быть связано:

А.Укорочение интервала QT.

Б.Высокие остроконечные зубцы T.

В.Уширение комплекса QRS.

+Г.Все перечисленное.

464.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.

465.Интервал РR в норме не должен превышать:

А.0,12 сек.

Б.0,15 сек.

В.0,18 сек.

+Г.0,20 сек.

Д.0,22 сек.

466.У здоровых лиц (без признаков сердечно-сосудистых заболеваний) на ЭКГ могут отмечаться:

А.Синдром SI,SII,SIII.

Б.S-тип ЭКГ.

В.Неполная блокада правой ножки п.Гиса.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

467.Признаки гипертрофии правого предсердия на ЭКГ могут встречаться при:

А.Синусовой тахикардии.

Б.Гипокалиемии.

В.Астенической конституции.

+Г.Всего перечисленного.

Д.Ничего из перечисленного.

468.Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ является:

+А.Увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1.

Б.Увеличение высоты зубца Р в отведениях II, III и аVF.

В.Заостренная форма зубцов Р.

Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

469.К признакам гипертрофии левого желудочка относятся:

А.Увеличение высоты зубцов R в отведениях аVF, III и увеличение глубины зубцов S в отведениях V1-2.

Б.Конкордантное смещение сегмента ST и зубца T.

В.Электрическая ось типа SI-SII-SIII.

Г.Все перечисленное.

+Д.Ничего из перечисленного.

470.К признакам гипертрофии правого желудочка относятся:

А.Отклонение электрической оси вправо.

Б.В отведении V1зубец R больше зубца S.

В.В отведении V6 зубец S больше зубца R.

+Г.Все перечисленное.

Д.Ничего из перечисленного.

471.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.

472.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.

473.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.

474.У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

А.Может не быть изменения ЭКГ.

Б.Может отмечаться инверсия зубцов T.

В.Может отмечаться депрессия сегмента ST.

Г.Может отмечаться подьем сегмента ST.

+Д.Возможны все перечисленные варианты.

475.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.

476.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.

477.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.

478.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.

479.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.

480.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.

481.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.

482.Для синдрома ранней реполяризации желудочков наиболее характерна регистрация на ЭКГ:

А.Отрицательных зубцов T.

Б.Депрессии сегмента ST.

+В.Подъема сегмента ST.

Г.Высокоамплитудных зубцов R.

Д.Глубоких остроконечных зубцов S.

483.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.

484.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.

485.К дополнительным ЭКГ-признакам ишемии миокарда припроведении пробы с физической нагрузкой относятся все перечисленные, за исключением:

А.Увеличения высоты зубца R .

+Б.Уменьшения высоты зубца R.

В.Уменьшения зубца Q в отведении V6.

Г.Появления отрицательного зубца "U".

Д.Удлинения корригированного интервала QT.

486.Уменьшение амплитуды зубца T и появление высоких зубцов "U" является признаком:

А.Гиперкалиемии.

+Б.Гипокалиемии.

В.Гиперкальциемии.

Г.Гипокальциемии.

487.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.

488.Признаком острого легочного сердца на ЭКГ является:

А.Синдром QIII SI.

Б.Возникновение блокады правой ножки п.Гиса.

В.Появление отрицательных зубцов T в отведениях V1-4.

Г.Смещение переходной зоны влево.

+Д.Все перечисленное.

489.У больных с выпотом в полость перикарда на ЭКГ может отмечаться:

А.Снижение вольтажа.

Б.Электрическая альтернация.

+В.И то,и другое.

Г.Правильного ответа нет.

490.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.

Д.Правильно 2 и 3.

491.К электрокардиографическим признакам интоксикации сердечными гликозидами относится все перечисленное, кроме:

А.Желудочковой экстрасистолии.

Б.Ритма атриовентрикулярного соединения.

В.Желудочковой тахикардии с блокадой выхода 3:2.

Г.Предсердной тахикардии с атриовентрикулярной блокадой II степени.

+Д."Корытообразной" депрессии сегмента ST.

492. Антиангинальным препаратом у больных ИБС при наличии синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокаде является:

А. Пропранолол, надолол;

Б. Метопролол, атенолол;

В. Верапамил, дилтиазем;

+Г. Дигидропиридиновая группа антагонистов кальция.

493.Синдром отмены нитратов описан:

А.У больных со спонтанной стенокардией.

Б.У больных со стабильной стенокардией.

В.У больных с недостаточностью кровообращения.

Г.Все ответы правильны.

+Д.Правильного ответа нет.

494.Нитраты показаны при:

А.Стенокардии напряжения.

Б.Спонтанной стенокардии.

В.Сердечной астме.

+Г.Все ответы правильные.

Д.Правильные только 2 и 3.

495.Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:

+А.Нифедипин.

Б.Верапамил.

В.Дилтиазем.

Г.Различий между данными препаратами нет.

496.Побочная реакция в виде отека лодыжек чаще развивается при приеме:

+А.Коринфара.

Б.Финоптина.

В.Кардила (дилтиазема).

Г.Правильного ответа нет.

497.Отрицательный хронотропный эффект наиболее свойственен:

А.Коринфару.

+Б.Финоптину.

В.Антагонисты кальция не обладают отрицательным хронотропным эффектом.

Г.Данный эффект у коринфара и финоптина выражен в одинаковой степени.

498.Гинекомастия может развиться также при приеме:

А.Этакриновой кислоты.

+Б.Верошпирона.

В.Гипотиазида.

Г.Триамтерена.

Д.Амилорида.

499.Гиперурикемия может развиться при приеме:

А.Гипотиазида.

Б.Фуросемида.

В.Этакриновой кислоты.

+Г.Всех перечисленных препаратов.

Д.Ни одного из них.

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

А.Верапамил;

+Б. Этацизин;

В. Кардикет;

Г. Группа флоксацина;

Д. Амлодипин.